

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 25 • 1/2021



**SDKO:s nyhetsbrev • Fallbeskrivningar • Nyheter om PsoReg
Webbutbildning i teledermatoskopi • Rapport från EADV Board
Intervju med Intressegruppen för psoriasis • Dermatoskopiquiz**

Annons



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

Chefredaktör:

Josefin Ulriksson
josefin.ulriksson@skane.se

Redaktörer:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

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

Ansvarig utgivare:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Ordförande SSDV:

Amra Osmanovic
amra.osmanovic@gu.se

Hemsida:

ssdv.se

Produktion:

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

Layout:

Elin Anskär, elin@mediahuset.se

Annonser:

Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Omslagsbild:

Del av "OUT/Judy and Dorothy (The song from somewhere)". Elsa Tomkowiak. Openart 2019.

Foto: Christian Steczko Nilsson

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
ST-representantens infobrev.....	4
SDKO:s nyhetsbrev 2021.....	10
ST-kurs i arbets- och miljödermatologi.....	12
Fallbeskrivning genitala utslag.....	15
Nyheter om PsoReg.....	16
Webbutbildning i teledermatoskopi.....	18
Rapport från EADV Board.....	21
Psoriasis- och livsstilsmottagning Västerbotten.....	25
Fallbeskrivning årstidsrelaterade hudutslag.....	27
DCH-stipendiet 2018.....	29
Intervju med Intressegruppen för psoriasis.....	33
Vaccination mot covid-19.....	37
Hudteckningar.....	41
Dermatoskopiquiz.....	45
Dermatoskopiquiz - Lösning.....	46
SSDV:s styrelse.....	47
Kalender 2021 - 2022.....	48

Allt har sin tid



Det är väl få saker som upptar vår uppmärksamhet lika mycket som olika aspekter av tid. Tid vi inte har eller önskade att vi hade, tider vi ska passa, tid som rinner i väg. Många upplever att de saknar tid för allt som de måste, borde eller vill göra. Arbetstid, fritid, egentid och kvalitetstid konkurrerar om samma utrymme. Jag är väl inte den enda som upplever att arbetssituationen har blivit mer tidspressad. De små luckor för mikropaus och tidsreserver som tidigare fanns har täppts till. Patienterna vill ha mer av ens tid och det finns inga lediga tider. Man springer fortare för att hinna mer och bli klar i tid. Oftast till mindre nytta eftersom något glöms eller blir fel och man får börja om. En dator som läser sig känns som om inte jordens så i alla fall mottagningens undergång. Enligt relativitetsteorin går tiden långsammare om man rör sig snabbt. Ur ett, låt oss säga, konspirationsfilosofiskt perspektiv kan man ju då undra om det är en medveten strategi att få folk att jobba och röra sig snabbare, för att på så sätt få tiden att gå långsammare och i slutändan få mer tid och utrymme för ytterligare arbetsmoment. Det sägs också att tiden går snabbare ju äldre man blir. Undantaget den symboliska innebörden, är väl det annars en intressant paradox eftersom de flesta processer och rörelser vanligtvis går långsammare med stigande ålder. Oavsett relativiteter är tiden för de flesta i praktiken en konstant som vi inte kan påverka. Vi har att förfoga över 24 timmar per dygn och som successivt räknas av från vår oförutsägbara men uppskattningsbara och delvis påverkbara livstid. Vi väljer vad vi fyller den med. När jag som student skrev mitt vetenskapliga arbete ringde jag, antagligen stressad och med deadline flåsandes i nacken, vid ett tillfälle en pensionsnära professor för att dubbelkolla några fakta. Så här i efterhand något naivt, passade jag på att fråga om det inte kändes lite sorgligt att sluta nu när man var som mest erfaren och kunnig inom sitt område. Svaret kom snabbt och osentimentalt: "Allt har sin tid". Oavsett om det var genomtänkt och baserat på egen lång erfarenhet eller bara ett effektivt svar på en näsvis fråga, hade hon ju förstås

helt rätt. I det stora och det lilla. Allt vi tar oss för tar tid och förlöper under viss tid, och på det hela taget kanske varken snabbare eller långsammare hur fåfängt vi än stressar och försöker.

Efter 8 år som redaktör i SSDV:s styrelse lämnade jag i samband med värmötet 2020 över till min efterträdare. Tiden har varit fylld med intressant och stimulerande arbete! Hela tiden tillsammans med engagerade och vänliga kollegor. Mycket har hänt under dessa år och bland det viktigaste vill jag nämna uppbyggnaden av SSDV:s hemsida och förmånen att följa och delta i arrangemanget av Nordiska kongressen i Göteborg, "g19". Man knyter kontakter, man lär sig nytt och man får en större och mer övergripande förståelse för specialiteten och dess förutsättningar och utmaningar. Det har varit roligt! Tack för förtroendet!

I detta nummer

Årets första nummer öppnar starkt med många och intressanta artiklar och kursreferat. Flera artiklar belyser olika aspekter av psoriasis, vi bjuds på två spännande fallrapporter, kollegor världen runt delar med sig av bilder från Covid-19-vaccination och vi hoppas snart få fylla på med fler! Sist men inte minst: quiz! God läsning!



Christian Steczko Nilsson

Redaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Annons

Nytt år, nya möjligheter?

Jul- och nyårshelgerna har präglats av covid-19 som begränsat kontakt och umgänge med andra, vilket slagit oss hårt. Därför fick skrivna ord via email, vackra julkort och andra hälsningar en större betydelse i våra liv. Jag läste mycket noggrant vartenda ord, vissa flera gånger, just för att kunna få en känsla av det som stod bakom raderna. På några av de bilder jag fick, försökte jag fånga en min, ett ansiktsuttryck som kunde förknippas med det som stod omklämt i orden.

God och bibehållen hälsa var det som nämndes som viktigast i allas önskningar. Därefter nämndes ofta att "nyttja dagen till fullo". Den kända strävan efter att hinna med och göra klart så många uppgifter man kan, men samtidigt försöka fånga dagen, "carpe diem"! Kanske kommer de spirituella värderingarna att få större utrymme i och påverkan på vardagen just tack vare den pandemi som tvingat oss att tänka på vardagen, miljön och det globala samhället.

Den svåra situationen under pandemin har igen påmint oss om betydelsen av vetenskap, vikten av att ha förtroende för systematiserad kunskap och att vi måste investera i forskning.

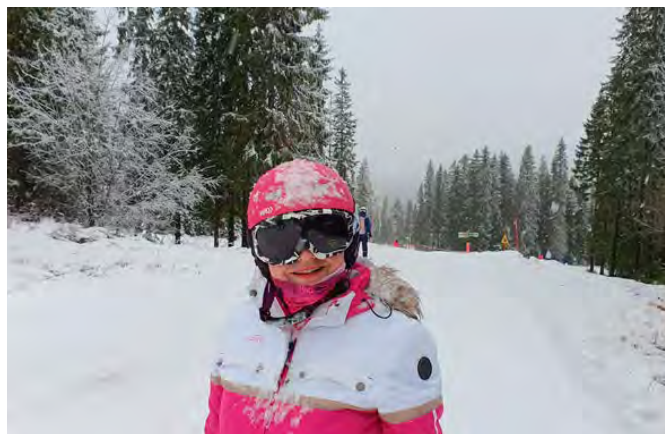
Vetenskap, humanism och solidaritet är de riktiga värden som står långt över den materialism och det konsumtionstänkande som varit styrande under de senaste åren. Vi har lärt oss att tillvaron kan förändras över en natt och att vi alla sitter i samma existentiella båt.

Många visioner finns för 2021, särskilt nu när vaccinationerna mot covid-19 kommer igång. Den första är att återgå till en vanlig arbetsmiljö där vi förhoppningsvis kan ta våra patienter i hand och undersöka dem på vanligt sätt utan all skyddsutrustning som ofta kan kännas störande och vara i vägen. Att fysiska träffar återupptas när det är möjligt i synnerhet i utbildningssituationer där detta är av yttersta vikt för lärande och interaktion men också där det sociala samspelet bör förstärkas. Att få tillbaka friheten och tryggheten när man befinner sig i närheten av andra människor.

Samtidigt är vi väl medvetna om att utbildningen är grundfundamentet för kontinuerlig professionell utveckling. Vi får arbeta för att alla ST-läkare inom dermatovenereologin i Sverige idag får en likvärdig utbildning och känner den fulla dermatovenereologiska kraften och kompetensen när man kliver in i specialistläkarrollen. För att kvalitetssäkra ST-utbildningen och säkerställa att samtliga kompetenskrav uppfylls har vi tagit fram uppdaterade rekommendationer gällande ST-utbildning med reviderad målbeskrivning. Den omfattar minst 4 års tjänstgöring under handledning på en dermatovenereologisk, SPUR-inspekterad enhet, så att man sedan kan hantera akuta och komplexa tillstånd. Rekommendationerna omfattar också en godkänd europeisk specialistexamen.

Vi ser fram emot att det nya årets fortbildningar tillgodoser vårt behov av att vi okomplicerat tar del av nyheter och uppdateringar gällande diagnostik, behandlingar och prevention av många dermatovenereologiska tillstånd. I rapporterna från det senaste virtuella EADV-mötet <https://emj.emg-health.com/wp-content/uploads/sites/2/2020/12/European-Academy-of-Dermatology-and-Venereology-EADV-2020-Virtual-Congress.pdf> läste jag några intressanta fynd:

- En del patienter med "långtidscovid" har uppvisat långvariga dermatologiska symtom (> 60 dagar). Man anser att dessa dermatologiska symtom som kvarstår efter den inledande fasen skulle kunna bidra till förståelsen av det långvariga inflammatoriska förloppet. Dessutom kunde dermatologiska fynd hjälpa till att förutsäga svårighetsgraden av covid-19. Alla patienter med purpura fick svår covid-19 och krävde



sjukhusvård. Däremot hospitaliserades endast 16% av de som utvecklade pernio/chilblains.

- "Crosstalk" mellan tunntarmen och immunsystemet är väl etablerat, vilket gör detta till ett attraktivt terapeutiskt mål för immunmoderande sjukdomar som psoriasis. Bakterieterapeutiska experiment i en Fas Ib-studie med peroralt intag av en icke-levande stam av bakterien kan ha god effekt vid mild till måttlig psoriasis.

- Användning av nanopartiklar av zinkoxid i strumpor kan motverka "bromodosis" (illaluktande fötter) och "pitted keratolysis" (den bakteriella infektion som får fötterna att lukta).

- Diskussion om ökat intag av vitamin B3 kan ha skyddande effekt mot UV-exponering, exempelvis minska risken för non-melanoma hudcancer.

- Råd om social distansering under covid-19-pandemin hindrade inte riskabelt sexuellt beteende och akuta STI ökade, enligt en studie från Milan.

Dessa ord skriver jag vid årsskiftet och när ni läser dem är det redan dags att tänka på våren. Förhoppningsvis hinner våra mest känsliga och sårbara samhällsmedlemmar bli vaccinerade mot covid-19 och vi kommer känna oss friare att planera för ett fysiskt SSDV-årsmöte i Stockholm. Nu, med erfarenhet av covid-19-sjukdomen och allt som den inneburit är det väsentligt att förebygga eventuella nya pandemier, tidigt agera, vara väl förberedda men också nyttja våra dagar samt leva livet till fullo.

Med önskningar om en frisk och schön vår,



Amra Osancevic
Ordförande SSDV

Universitetssjukhusöverläkare, Docent
Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
amra.osancevic@vgregion.se

Information från ST-representanten

Nytt år, nya möjligheter? 2020 var ett år vi alla kommer att minnas, låt oss hoppas att 2021 blir minst lika minnesvärt, om än för mer positiva saker.

Jag vill börja med att be dig reflektera kort över varför du blev läkare och senare ville bli dermatolog? Du har säkert en rad olika skäl till det yrkes- och kanske livsval du gjort. Ställ dig sedan frågan – för vems skull är du anställd som hudläkare?

Svaret är egentligen ganska enkelt – för patienterna. Och gentemot dem är det odiskutabelt vilken nivå av vård vi ska leverera, och framför allt vilken kunskap läkaren de träffar ska besitta. Våra privata val, varför vi valt att bli dermatologer, eller vilken ”sorts” läkare vi själva vill vara, får aldrig inkräkta på patientens rätt att träffa en läkare med tillräcklig kunskap inom det område där patienten söker vård.

SSDV jobbar hela tiden med att ST-utbildningen i Sverige ska hålla hög kvalitet. Det gör vi genom SSDV:s utbildningsgrupp som kontinuerligt bevakar ST-läkarnas villkor, kurser etc. Utöver utbildningsgruppen håller SSDV bland annat i ett nätverk för hudklinikenas studierektorer och ett för verksamhetscheferna där SSDV också har möjlighet att lyfta utbildningsfrågor. Vi bevakar även att klinikerna kan hjälpa till med ST-kurser och att kurserna ges i tillräcklig omfattning, ordnar ST-träffen (även känd som SSDV:s höstmöte), m.m. Det är även SSDV som utformar målbeskrivningen som styr ST-tjänstgöringen. I målbeskrivningen regleras hur din ST ska gå till; vilka kunskapskrav du bör uppfylla, på vilket sätt de ska uppfyllas (kurs, tjänstgöring, sidotjänstgöring) etc. Tanken med målbeskrivningen är ju att alla som söker specialistbevis för dermatovenereologi i Sverige ska ha uppnått samma höga och breda kompetens, oavsett var i Sverige man jobbar.

Bakom allt det här ovan finns det drivna personer som lägger ner mycket tid på att undersöka och utreda, kontakter och för diskussioner med både Läkarförbundet, Socialstyrelsen, regioner och enskilda kliniker.

Du kan känna dig trygg med att du i SSDV har ett gediget team bakom dig när du gör ST. Under några förutsättningar. Det krävs nämligen att både du, din handledare, studierektor och verksamhetschef drar ett strå till stacken.

ST-tjänsten regleras såklart inte bara genom SSDV:s målbeskrivning. Utbildningen är dessutom reglerad av en rad regler och föreskrifter. Till exempel regleras ST-tjänsten av Socialstyrelsen genom olika föreskrifter, SOSFS 2008:17 samt SOSFS 2015:8. Du kan läsa mer om dessa på sidan 8. En del beslut som tas från SSDV, som t.ex. rör målbeskrivningen, kan för den enskilde ST-läkaren upplevas som begränsande eller något som komplicerar tillvaron. Men vi fattar inte beslut för att krångla till tillvaron för ST-läkarna. Besluten fattas för att vi är övertygade om att ST-läkarna måste hålla en hög kunskapsnivå och att denna inte får variera allt för mycket inom landet. När man är färdig specialist är ju detta en kvalitetsstämpel som ska garantera att läkaren som får kalla sig specialistläkare inom dermatovenereologi just är specialist. Inte inom en del av dermatologin, utan har en bred och djup kunskap inom alla dermatovenereologins områden. Det ställer höga krav på dig som ST-läkare, men även alla de som cirkulerar kring en ST-läkare under dennes utbildning.

Hur säkerställer vi då att kvaliteten på våra nybakade specialister verkligen är så hög som vi vill? Svaret är tragiskt nog att vi inte har något bra sätt att kontrollera kunskapsnivån. SSDV är med i EBDV (European Board of Dermato-Venereology). Detta europeiska organ



ordnar bland annat den europeiska specialisttentamen, men bedriver också ett brett arbete för att bevaka nivån på ST-utbildningarna.

I en nyligen genomförd undersökning på SSDV:s önskemål har det visat sig att Sverige skiljer ut sig på ett lite pinsamt sätt. Vi är ett av mycket få länder som inte har någon oberoende kontroll av ST-läkarnas kunskaper. I många länder är det obligatoriskt med specialisttentamen. Det förekommer även duggor och mindre tentamina som man måste genomgå längs vägen. Kurser avslutas med tentamen och kunskapskrav du ska ha uppnått. ST-läkarna granskas externt av andra än de på deras egen klinik. Och var man får göra sin ST är också reglerat för att säkerställa att man som ST-läkare får ta del av all typ av dermatovenereologi, i tillräcklig utsträckning. När de övriga länderna fick höra om den i deras öron obefintliga kontrollen i Sverige blev de minst sagt oroliga. För egentligen är det ju så att vi som ST-läkare lätt kan glida igenom en ST utan några hårda kontroller. Enstaka kliniker ställer som krav på deras ST-läkare att de ska göra den europeiska tentamen, men i våra årliga undersökningar genom ST-enkäten har det visat sig vara en försvinnande liten del. När vi går en kurs avslutas den med en öppen gemensam quiz. När du går igenom din ST granskas din kunskap av din handledare, din studierektor och ett godkännande krävs av din verksamhetschef – tre personer som du har en personlig relation till och som knappast kan kallas för oberoende. Och ska vi vara ärliga är vi, i min mening, ganska obekväma med att kritisera och ställa krav på varandra i Sverige.

I ett försök att kvalitetssäkra klinikerna är alla kliniker med ST-läkare, oavsett specialitet, tvungna att enligt Socialstyrelsen granskas minst vart 5:e år. Detta görs genom en så kallad SPUR-inspektion som följer en bestämd mall. Enligt mig är det ett rätt trubbigt verktyg. Vilken ST-läkare vågar öppet kritisera en klinik som inte sköter sig, framför allt om kliniken är liten och den du kritiserar både står för din anställning och lön? Dessutom finns inget tvingande, även om det framkommer brister. SPUR kan t.ex. inte förlägga en klinik som inte sköter sig med ST-förbud.

Sedan jag började som ST-representant har både jag och styrelsen fått höra, både direkt och indirekt, om ST-läkare som hamnar i kläm och

Annons

Annons

som anställs under orimliga villkor. Att bli dermatovenerolog är oerhört attraktivt, och det är svårt att få en ST. För många unga kollegor vars dröm är att få bli hudläkare är det svårt att tacka nej till en tjänst när man erbjuds den, kanske efter år av avslagna ansökningar. Det är dock svårt att som ung läkare veta att den tjänst du anställts på verkligen kommer ge dig möjligheter att bli tillräckligt kunnig. Inte tillräckligt kunnig för din chef, utan för att nå upp till de höga kunskapskrav som alla dermatovenerologer minst borde nå upp till.

Hur jobbar SSDV med detta? Jo, dels genom framför allt målbeskrivningen. Det senaste året har det skett ett gediget arbete och några nya och skärpta mål är ute på remiss. Målen har stötts och blötts, varit uppe hos styrelsen i några omgångar och sedan bearbetats igen innan de nu är utskickade till landets studierektorer för att få in deras åsikter. För vissa kan det tyckas att de nya målen sätter käppar i hjulet, men de är ju inte framtagna för att krångla till tillvaron för dig – utan för att sätta press både på den enskilde ST-läkaren och framförallt för att hjälpa ST-läkaren att sätta press på sin arbetsgivare så att de verkligen ger hen förutsättningar att bli en specialist i dermatovenerologi med hög och bred kompetens, oavsett var i Sverige eller på vilken klinik man är anställd.

Det har framförts önskemål om riktlinjer för hur många patienter som en ST-läkare bör träffa under sin ST. Både styrelsen och utbildningsgruppen har diskuterat frågan flera gånger men kommit fram till att denna siffra riskerar att bli missvisande. Alla kan ju lära sig enkla dermatologiska diagnoser och på så sätt snabbt komma upp i den rekommenderade siffran. Det gagnar inte ST-läkarens kunskapsutveckling. Vi menar att det är bredden av fall, både enkla och komplicerade, öppenvård, dermatologisk dagvård och slutenvård, patienter som är ineliggande eller aktuella inom andra specialiteter men som behöver en dermatologisk bedömning för t.ex. en intermedicinsk åkomma med dermatologiska manifestationer - allt detta som ST-läkaren behöver. Inom vissa områden räcker det med en kortare tjänstgöring eller auskultation, men vi hävdar bestämt att ST-läkaren behöver längre tids tjänstgöring inom kärnan av dermatologin med både enkla och mer krävande fall. Förutsättningarna för detta ser olika ut i olika regioner beroende på storlek och organisation – men vi kan inte sänka kompetenskraven p.g.a. detta. Då måste vi lägga upp ST-tjänsten på ett sätt som gör att ST-läkaren ändå uppfyller kompetenskravet. Och det ska vara samma i hela landet, inte definierat av vad din verksamhetschef tycker är tillräckligt.



Jag har vänner som är ST-läkare inom andra specialiteter och bor i Norrland. De har i perioder fått långdistanspendla, veckopendla eller till och med fått flytta med sig hela familjen när de ska göra särskilda sidotjänstgöringar för att deras kloka studierektor och verksamhetschef insett att kliniken inte kan erbjuda tillräcklig utbildning. Definitivt inte roligt på ett personligt plan – men helt nödvändigt för att bli tillräckligt kompetent. Vi inom dermatovenerologi kan väl inte tro att vi kan slippa undan tillräcklig utbildning för att det komplicerar livet?

Det finns inom andra specialiteter kliniker, även på universitetssjukhus, som fått indraget sin möjlighet att ha ST-läkare då de inte kunnat erbjuda tillräcklig utbildning inom specialiteten. Låt oss inte hamna där.

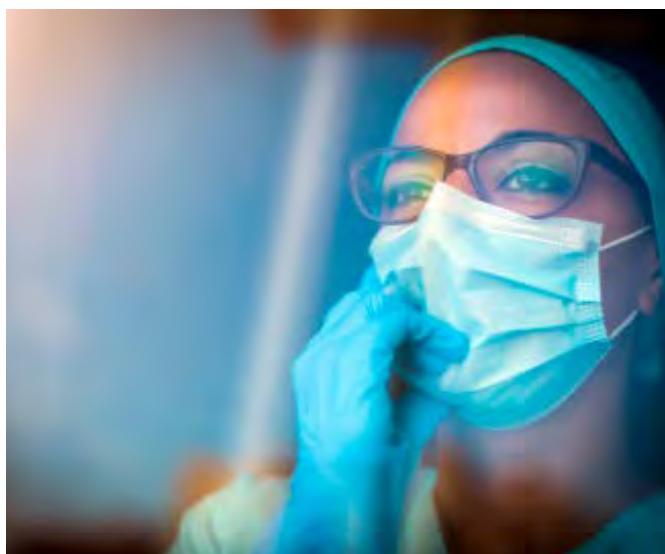
Vad kan du som ST-läkare då göra? Se till att du känner till dina rättigheter och din arbetsgivares skyldigheter. För din arbetsgivare måste se till att vissa basala villkor är uppfyllda, t.ex. utbildad handledare, återkommande handledningstid, en studierektor, etc.

Kort sammanfattat kan du läsa lite om detta på sidan 8. Men läs gärna mer på Socialstyrelsens hemsida. En annan bra källa till kunskap är ST-boken av Ola Björgell och Ulrika Uddenfeldt Wort. Kan du mer kan du också ställa krav. Är ni flera ST-läkare som kan gå ihop för att förbättra ST-villkoren och utbildningen är det ju lättare än att stå själv.

Får du inte gehör så kan du vända dig både till SSDV:s utbildningsgrupp eller mig som ST-representant. Glöm inte bort facket, Läkarförbundet. SYLF driver och bevakar frågor som rör din ST och kan vägleda dig om du upplever att dina rättigheter som ST-läkare inte respekteras.

Jag tillhör gruppen som tycker att det är jobbigt med tentamen och kunskapskontroll. Jag är bekväm av mig och längtar verkligen inte tillbaka till läkarutbildningens stress, sena inläsningsnätter inför tentamen och ångesten över att bli prövad. Men under det här arbetets gång har jag reviderat och jobbat med min inställning; jag har ett personligt ansvar att bli en dermatolog med så breda och omfattande kunskaper att min patient aldrig ska behöva komma till skada för att jag är för bekväm för att bli tillräckligt kompetent.

Så då vill jag åter att du ställer dig frågan; för vem är du anställd? Vilken typ av dermatolog tänker du bli? Och finns förutsättningarna för att nå dit?



Hur styrs och regleras ST-tjänstgöringen?

Jag har försökt sammanfatta några av de viktigaste spelarna kring ST-tjänsten, och deras respektive skyldigheter. Informationen är hämtad från:

- Sveriges läkarförbunds broschyr "Läkarnas ST - vad krävs?"
- Information från Socialstyrelsens hemsida
- ST-boken, av Ola Björgell och Ulrika Uddenfeldt Wort

Den senare kan jag varmt rekommendera till alla som på ett eller annat sätt är involverade i ST-utbildningen, inkl. ST-läkaren. Den innehåller både hårda fakta, många matnyttiga tips och reflektioner.

Följande förkortningar används: Socialstyrelsen (SoS), vårdgivare (VG), verksamhetschef (VC), studierektor (SR), handledare (HL).

I föreskrifter och förordningar förekommer ord som ska och bör. Föreskrifter innehåller bindande regler och de anges med "ska". Allmänna råd om tolkning av föreskrifterna läses som "kan" eller "bör" – d.v.s. att här finns utrymme för mer individuella lösningar för olika verksamheter.

I Sverige styrs ST-tjänstgöringen av en rad regler och lagar, bland annat hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen m.fl. Den myndighet som har fått ansvar för läkarnas specialiseringstjänstgöring är SoS. De utformar föreskrifter och allmänna råd, samt prövar din ansökan om specialistbevis. Utöver SoS har Läkarförbundet och de flesta specialistföreningar författat rekommendationer som kompletterar och konkretiserar målbeskrivningarna som regleras i SoS:s föreskrifter.

SoS granskar inte kvaliteten på ST men utformar alltså dess regelverk, ST-förordningen. I förordningen står det bland annat att ST ska granskas genom regelbundna, externa inspektioner - SPUR-inspektioner.

ST-tjänstgöringen regleras i SoS:s två föreskrifter; SOSFS 2008:17 samt SOSFS 2015:8. Den senare började gälla från 1 maj 2015. Den som fått sin legitimation efter detta datum skall följa den senare föreskriften. Har man en läkarlegitimation utfärdad innan detta datum, kan man gå efter den tidigare föreskriften - om man ansöker om specialistbevis senast 30 april 2022 och ens tjänstgöringsställe tillåter det.

Ansvaret för själva ST-tjänstgöringen ligger på region/landsting, som har till uppgift att se över tjänstgöringens kvalitet och bevaka behovet av specialistläkare samt deras utbildningsmöjlighet. Det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att utforma och inrätta ST-tjänsterna.

Socialstyrelsen (SoS)

SoS betonar några extra viktiga områden under ST-tjänstgöringen; handledning, tjänstgöringsprogram, kurser och teoretisk utbildning, att lokaler och utrustning är tillräckliga och ändamålsenliga, samt kompetens hos medarbetare. I ST-boken går det att läsa om kraven från SoS; "tjänstgöring under handledning är den grundläggande kompetensgivande förutsättningen för att erhålla specialistbevis".

I SoS:s föreskrifter regleras vem som har vilket ansvar (se nedan).

Vårdgivare (VG)

- VG som vill anställa en ST-läkare ska säkerställa att det finns förutsättningar i verksamheten att genomföra specialisttjänstgöring.



- I ansvaret ingår att VG ska se till att ST-läkarna har tillgång till en studierektor (SR) och en handledare (HL).
- VG har ansvar för att den verksamhet som tar emot ST-läkare har nödvändiga förutsättningar för att genomföra ST-tjänstgöring av jämn och hög kvalitet, och att den uppfyller kraven i SoS:s föreskrifter.
- VG ska säkerställa kvaliteten på ST-tjänsten, som också ska granskas och utvärderas av extern aktör. Denna granskning bör ske vart 5:e år. Om SPUR-granskningen visar brister ska VG åtgärda dessa.

Verksamhetschef (VC)

VC är den som svarar för verksamheten, och avser chefen för verksamheten där ST-läkaren gör huvuddelen av sin tjänstgöring.

- ska ha bevis om specialistkompetens inom samma specialitet som ST-läkaren ska uppnå specialistkompetens i. Om verksamhetschefen inte har det ska bedömningen delegeras till en läkare som har det.
- ska ansvara för att en huvudhandledare utses, och denne ska vara verksam där ST-läkaren huvudsakligen tjänstgör, ska ha specialistkompetens inom samma specialitet och ha genomgått godkänd handledarutbildning.
- bör inte vara samma person som handledaren. Detta för att det ska vara två personer som bedömer ST-läkarens kompetens inför specialistanmälan.
- ansvarar för att ett individuellt utbildningsprogram upprättas, i samråd med ST-läkaren, SR och huvudhandledaren. Detta bör upprättas så snart som möjligt, och även för de läkare som vikarierar där man planerar att vikariatstiden ska tillgodoräknas i ST-tjänstgöringstiden.
- bör hålla regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkaren.

I realiteten delegeras nog en hel del av dessa uppgifter till t.ex. SR, framför allt om VC inte själv är läkare.



Studierektor (SR)

- bör ha relevant specialistkompetens, och ska ha gått handledarutbildning
- ska samordna ST-läkarens interna och externa utbildningar, t.ex. ordna utbildningsdagar och ha kontakt med enheter för sidotjänstgöring
- bör ha en stödjande funktion till VC, HL och ST-läkare, t.ex. genom att se till att alla spelare vet vilka regler som gäller
- bör utarbeta ett introduktionsprogram
- skriver inte under något intyg för uppnådd specialistkompetens, men bör rådfråga av VC och HL inför detta
- kan få stöd av Läkarförbundets nätverk för studierektorer www.lakarforbundet.se/studierektorer

Handledare (HL)

Huvudhandledaren;

- bör tjänstgöra där ST-läkaren har sin huvudsakliga placering under ST
- ska ha specialistkompetens inom ST-läkarens specialitet
- ska ha genomgått handledarutbildning, som bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation, etik.
- ska tillsammans med VC kontinuerligt bedöma ST-läkarens kompetens, med utgångspunkt i målbeskrivningen.
- är den som tillsammans med VC skriver under intyget om uppnådd specialistkompetens.

Handledare;

- är den som leder ST-läkaren under en kortare period, t.ex. en extern sidoutbildning.
- ska finnas vid varje sidotjänstgöring, ha relevant specialistkompetens och ska ha genomgått handledarutbildning.

Handledning

- ska ges fortlöpande. Läs mer i SoS:s föreskrifter som stöd och vägledning
- bör planeras in i ordinarie tjänstgöringsschema.

ST-läkaren

- ska regelbundet dokumentera sin kompetensutveckling och t.ex. handledarsamtal.
- SYLF poängterar att ST-läkaren har ett långtgående eget ansvar att planera och genomföra sin utbildning. Detta kräver att ST-läkaren har god insyn i regelverk och målbeskrivningen, initierar planering av ST-tjänsten, tar ansvar för feedback och bedömning - men också påtalar brister i ST-tjänsten eller sin egen kompetens.

SPUR

Samordnas av Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården (LIPUS). De granskar kvaliteten på vårdgivarnas ST-utbildning genom inspektioner, som bör ske vart 5:e år. Läs mer på www.lipus.se.

Utbildningsprogram

VC är den som har ansvar för att programmet upprättas, och det ska vara individuellt. Det bör innehålla:

- 1) planerad intern och extern utbildning.
- 2) planerat deltagande i forsknings- och kvalitetsutvecklingsarbeten.
- 3) planerad tid för regelbundna självstudier.

Bedömning av kompetensutveckling

Görs av VC och HL och bör ske kontinuerligt. Den utgår från specialitetens målbeskrivning. SR bör få ta del av bedömningarna, som ska dokumenteras och vara grunden för intygen om uppnådd specialistkompetens när hela ST-tjänsten är till ända, och skickas in med övriga handlingar till SoS.

Dokumentation

Det ställs högre krav på dokumentation i föreskrifterna SOSFS 2008:17 och SOSFS 2015:8 än tidigare. All dokumentation behöver inte skickas in vid ansökan om specialistbevis, men det kan vara bra om den finns tillgänglig om en granskning görs.

- krav på dokumentation av handledarsamtal (ST-läkaren)
- krav på dokumentation av ST-läkarens kompetensutveckling (VC, HL, ST-läkaren)

Tjänstgöringstid

ST-tjänstgöringen skall pågå i minst 5 år, motsvarande heltidstjänst. Man får räkna in semester och jourkomp, men inte föräldraledighet eller sjukskrivning. Är kompetensnivån inte uppnådd efter denna tid ska VC och HL förlänga tjänstgöringen tills nivån för specialistkompetens är uppnådd.

Om man har specialistbevis inom annan specialitet kan man få tillgodoräkna sig relevant tjänstgöring. Den tid man önskar tillgodoräkna sig ska granskas och godkännas av HL och VC i den nuvarande verksamheten. Enligt SoS får man max tillgodoräkna sig 2,5 år från sin tidigare specialitet. SSDV rekommenderar dock minst 4 år inom dermatologi och venerologi då man anser att så lång tid behövs för att få tillräcklig mängd specialiserad dermatologisk kunskap.

När din ansökan inkommer till SoS kommer den att bedömas av en medicinsk sakkunnig specialistläkare med specialistkompetens inom samma eller närliggande specialitet.



Malin Krantz

ST-representant i SSDV
ST-läkare, Hudkliniken, Helsingborgs lasarett

SDKO:s Nyhetsbrev 2021

ett annorlunda år har passerat, men här kommer ändå som traditionen bjuder nyhetsbrevet för medlemmar i Svenska sällskapet för dermatologisk kirurgi och onkologi (SDKO). Det är späckat med information kring vad SDKO har företagit sig under 2020 samt tips på kurser och kongresser under 2021, även om formen för dessa i nuläget kan vara osäker.

Stimulerande styrelsearbete

Vill du vara med och påverka vad som händer nationellt och regionalt inom hudcancerområdet? Är du engagerad i hudcancerverksamheten i din region eller på din klinik? Är du disputerad eller doktorand med forskningsområde hudcancer? Eller är du verksam både som dermatolog och patolog? Vi söker flera nya entusiastiska styrelsemedlemmar till SDKO - anmäl gärna ditt intresse till sekreterare *ingela. ahnlide@skane.se*. Arbetet sker helt ideellt men är mycket givande. Är du intresserad av hudcancer, ta chansen att få vara med och arbeta i SDKO-styrelsen!

Resebidrag med enkel ansökan

SDKO:s resebidrag höjdes förra året till 8000 SEK. Resebidraget ska användas för besök på en vårdenhets i Sverige eller utomlands. Ansökningsprocessen är enkel och hittas på SSDV:s hemsida under SDKO/Stipendier och resebidrag/SDKO:s resebidrag. På hemsidan kan du



även läsa reserapporter från medlemmar som tidigare fått anslag. Ansökningar från SDKO:s medlemmar tas emot av sekreterare *ingela. ahnlide@skane.se* och bedöms fortlöpande. Styrelsen har med ledning av SDKO:s ekonomi rätten att besluta om hur många bidrag som maximalt kan delas ut per år.

Nationella vårdprogram

Under året som gått har nationella vårdprogram för merkelcellscancer, skivepitelskancer och ma-

ligt melanom gått ut på remiss. Vårdprogrammen har diskuterats flitigt inom SDKO och styrelsen har inkommit med remissvar. Länk till vårdprogrammen kommer att läggas upp på SDKO:s sida så snart de är publicerade.

Några av de föreslagna förändringarna i vårdprogrammet för melanom är:

- Ändrad rekommenderad operationsmarginal till 1 cm istället för 2 cm för melanom med tumörtjocklek till och med 2 millimeter
- Förtydligande att 2 mm histopatologisk marginal är tillräcklig vid in situ melanom

Mohs kirurgi

Medel- och högaggressiva basaliom behandlas internationellt i större utsträckning med Mohs kirurgi än i Sverige. Rekommendationer kring Mohs kirurgi finns i SDKO:s riktlinjer för handläggning av basalcancers men ett nationellt vårdprogram och samordning kring Mohs kirurgi har saknats. Under året har det inkommit en remiss i ärendet från läkare ansvariga för Mohs kirurgi på Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skånes universitetssjukhus Lund och Karolinska universitetssjukhuset. Styrelserna för SSDV och SDKO har diskuterat remissen och ställer sig positiva till det som kan leda till en bättre samsyn i landet. Detta har utmynnat i en rekommendation. De viktigaste punkterna är att Mohs kirurgi bör vara förstahandsvalet vid:



- Primär högaggressiv basaltcellscancer (typ III) i ansiktet
- Primär kliniskt svåravgränsad medelaggressiv basaltcellscancer (typ II) i ansiktet
- Recidiv eller icke-radikal basaltcellscancer av medel- till högaggressiv typ (typ II-III) i ansiktet

Samt att Mohs kirurgi kan övervägas vid primär kliniskt välavgränsad basaltcellscancer av medelaggressiv typ (typ II) på kirurgiskt mycket komplicerad lokal i ansiktet.

Euromelanoma 2021

Beslut har under hösten 2020 fattats om att Euromelanomaprojektet i sin tidigare form, med bland annat remissfria screeningsmottagningar inte längre kommer att organiseras i Sverige. Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) i samarbete med Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har fått ett regeringsuppdrag att nationellt hantera all primärprevention av hudcancer och därmed avvaktar SDKO och SSDV vad som kommer att ske inom området hudcancerprevention på en nationell nivå. SDKO har under våren 2020 riktat frågan till SSM om övertag av Euromelanoma men inresset har varit svalt.

Medlemsavgift

SDKO kommer fortsätta att ha en medlemsavgift på 100 kr under 2021. För närvarande går medlemsintäkterna i huvudsak direkt till SDKO:s resebidrag. Allt för att komma medlemmarna till godo.

Årsmöte

Alla SDKO:s medlemmar hälsas varmt väl-



komna till SDKO:s årsmöte 25 maj 2021 klockan 14-15 i samband med SSDV:s vårmöte i Stockholm. Digitalt eller på plats, det är frågan.

Kurser och kongresser

Tips på kurser och kongresser följer nedan.

- SSDV:s vårmöte 26-28 maj, Stockholm
- SDKO:s sektion planerar under vårmötet att fokusera på korttidsuppföljning av atypiska pigmentlesioner och yrkesrelaterad hudcancer.
- 5th Nordic Dermoscopy Course, 14-15 januari, virtuellt från Göteborg <http://nordicdermatologycourses.org/nordic-dermoscopy-course/>
- 7 th Nordic Course on Skin Surgery, (datum ej klart). Köpenhamn <http://nordicdermatologycourses.org/nordic-course-on-skin-surgery/>

- ST-kursen Hudtumörer, 27 september – 1 oktober, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.
- EADV Fostering Courses <https://www.eadv.org/eadv-school> (Inga datum tillgängliga än)
- ESMS Mohs Surgery Course <http://esmscourse.org/> (datum ej klart).
- 17th EADO (European Association of Dermato Oncology) Congress & 10th World Congress of Melanoma Interactive Virtual meeting, 15-17 april, Virtuellt. <https://worldmelanoma2021.com/>
- Hugh Greenway's 38th annual superficial anatomy and cutaneous surgery course, UC San Diego School of Medicine, La Jolla, USA (datum ej klart). <https://cme.ucsd.edu/superficialanatomy/index.html>
- 6th World Congress of Dermoscopy, 10-12 Juni, Buenos Aires, Argentina. <https://wcd2021.com/>
- Basic Dermoscopy, onlinekurs samt International short course on Dermoscopy, Graz, Österrike (datum ej klart). <http://www.medunigraz.at/en/dermoscopy/>

Hudläkarforum

Vi vill även tipsa om en facebookgrupp som heter Hudläkarforum. Det är sedan 2016 en samlingsplats för nordens hudläkare (och blivande sådana). Där diskuteras allt som rör specialiteten så som patientfall, behandlingar, dermatoskopi, läkemedel och kurser. Den startades och drivs fortfarande av den engagerade hudläkaren Jan Eklind.

Bästa hälsningar,

Styrelsen för SDKO



Testavläsning på distans under senaste kursen i arbets- och miljödermatologi

Den 9-12 november 2020 gick ST-kursen i arbets- och miljödermatologi av stapeln. Kursen arrangerades av Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen (YMDA) på Skånes universitetssjukhus i Malmö, men genomfördes helt digitalt. Kursledningen med Nils Hamnerius i spetsen lotsade oss genom intensiva och givande dagar framför datorn. Spännande med onlineformat tyckte jag!

Första kursdagen fick vi en introduktion i arbets- och miljödermatologi följt av föreläsningar om arbetsrelaterade hudtumörer, det irritativa kontakteksemet och den immunologiska bakgrunden till det allergiska kontakteksemet. Efter en timmes lunch - då jag passade på att ta en lunchpromenad för att rensa huvudet och sträcka ut benen - bjöds vi på en djupdykning i lapptestning, och en första föreläsning om några av ämnena i Svensk basserie.

Inför kursen hade alla kursdeltagare fått i uppgift att förbereda ett patientfall från den egna kliniken. Dessa patientfall hade kursledningen omarbetat till gruppövningar. Som avslut på dagen slussades vi in i olika virtuella grupprum i grupper om 6 personer. Första gången var det lite oklart om och när alla hade anslutit sig, men det gick bättre att kommunicera för var dag.

Dag 2 bjöd bland annat på information om innehållsförteckningar och säkerhetsdatablad, kemiska analysmetoder, fortsatt fördjupning om ämnen i Svensk basserie samt kursens trogligtvis mest uppskattade moment, nämligen testavläsning! Den fick ju ske på ett sätt som egentligen är omöjligt – tvådimensionellt från ett foto – men med Nils Hamnerius tilläggsinformation om reaktionen egentligen var infiltrerad/palpabel eller inte så var detta ett mycket givande lärotillfälle. Det kändes till exempel efter avslutad övning tydligt vilken skillnaden är mellan en tveksamt positiv reaktion och en irritativ reaktion (en tveksamt positiv reaktion kan utgöras av en infiltrerad rodnad som ej fyller ut hela testområdet medan en irritativ reaktion kan ha varierande utseende som till exempel



Kvinna som epikutantestats med Svensk basserie. Vid första avläsningen ses en +++ reaktion för nickel samt irritativa reaktioner motsvarande krom och kobolt.

enbart en skrynklighet i huden).

Dag 3 bestod av en blandad kompott av föreläsningar om atopiskt eksem i arbetslivet, om dentala implantat, arbetsrelaterad hudsjukdom som inte är eksem, fotokontaktallergi, växter/naturläkemedel och kontakturtikaria med mera. Dagen avslutades med patientfall/gruppövningar.

På fjärde och sista dagen förmedlades matnyttig information om intygsskrivande gällande arbetsskada och sjukskrivning, kemiska brännskador och komplikationer till artificiella skönhetsingrepp så som tatueringar, fillers och konstgjorda naglar. Vid lunchtid avrundades kursen och en kursutvärdering mailades ut.

Många ansikten på övriga kursdeltagare var bekanta från tidigare ST-träffar och ST-kurser. Förstås hade det varit trevligt att socialisera under raster och middagar, men att slippa resor, hotellboende och att vara hemma direkt efter kursens avslut gjorde att jag tyckte att ett digitalt format var nog så gott som en kurs "på

plats". Jag vill ge en stor eloge till kursarrangörerna som lyckats anpassa och genomföra kursen på ett mycket bra sätt!



Sara Carlsson
ST-läkare, Hudmottagningen,
Uddevalla sjukhus

Annons

Annons

Genitala utslag



Alopeci i området med mest aktivitet. Tecken till återväxt av hår i hudområden som delvis normaliserats.



Kerion celsi i kombination med en klassisk bild av tinea corporis med en aktiv randzon. Det ses även mindre satellitleSIONER med pustler.

Kontaktsak

Söker på könsmottagningen på grund kliande utslag i pubisområdet efter sexuell kontakt.

Bakgrund

30-årig man, tidigare hudfrisk.

Aktuellt sjukdomsförlopp

Söker på könsmottagningen med 2 veckors anamnes på rodnad och klåda i pubisområdet. Debuterade efter sexuell kontakt. Hudläkare bedömer det som erythema migrans och han erhåller behandling med doxycyklin.

Söker åter 10 dagar senare p.g.a. försämring, nu tilltagande vätskning i området. Klinisk bild av tinea corporis och kerion celsi. Direktmikroskopi utförs på mottagningen och det ses rikligt med sporer, enstaka hyfer. Sätts direkt in behandling med terbinafin 250 mg x 1 p.o i kombination med utvärtes terbinafin. Odling

bekräftat dermatofytinfektion med *Trichophyton tonsurans*. Infektionen läker på given behandling efter cirka 8 veckor. Det ses ingen kvarvarande alopeci 3 månader efter avslutad behandling.

Diagnos: Kerion celsi i pubisområdet.

Diskussion

Kerion celsi är en abscess orsakad av en svampinfektion. De vanligaste lokalerna är på skallen och i ansiktet, men det finns beskrivet även i pubis- och ljumskområdet (1). Bakteriell superinfektion är vanlig, och kerion celsi feldiagnostiseras dessutom ofta som en bakteriell infektion (2).

Tinea kan smitta via sexuell kontakt, vilket vi antar är fallet för denna patient, och kanske är detta en underskattad transmissionsväg för dermatofyter (3).



Eira Forsberg

ST-läkare, Hudkliniken,
Södra Älvsborgs sjukhus

Referenser:

1. Gómez Moyano E, Martínez Pilar L, Martínez García S, Crespo Erchiga V. Kerion Celsi with erythematous tumefaction on the groin due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Revista iberoamericana de micología*. 2017;34(4):249-50.
2. Feetham JE, Sargant N. Kerion celsi: a misdiagnosed scalp infection. *Archives of disease in childhood*. 2016;101(5):503.
3. Luchsinger I, Bosshard PP, Kasper RS, Reinhardt D, Lautenschlager S. Tinea genitalis: a

new entity of sexually transmitted infection? Case series and review of the literature. *Sexually transmitted infections*. 2015;91(7):493-6.

Nyheter om PsoReg, samarbete mellan NPO och PsoReg:s styrgrupp



Möjligheterna att behandla psoriasis och få kontroll över sjukdomen har utvecklats enormt under de senaste åren. Strävan efter att uppnå tydligt definierade behandlingsmål med en välfungerande, individanpassad behandling och monitorering har varit i dermatologiskt fokus länge. Detta har förstärkts genom det arbete som Socialstyrelsen & SBU har lagt ned för att utarbeta nationella riktlinjer för vård vid psoriasis (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-3-11.pdf>). PsoReg startade med insamling av patientdata 2006 och har haft en central roll för att dokumentera, analysera och vidareutveckla den svenska psoriasisvården (<https://www.psoReg.se/>).

Nationella programområdet (NPO) Hud- och könssjukdomar, som sedan 2018 leder kunskapsstyrningen inom vårt område, har även bistått PsoReg:s styrgrupp med att förbättra och utveckla registret.

Under 2020 har flera förbättringar åstadkommit:

Registrets **hemsida**: <https://www.psoReg.se> har genomgått flera förbättringar som kommer både allmänheten och professionen till del:

- Under fliken **Information till patienter** hittas statistik avseende PASI och DLQI för olika kliniker, och länk till "Vården i siffror" där det även ges möjlighet att välja olika parametrar som kön, ålder respektive olika tidsperioder. Dessa värden uppdateras kvartalsvis.

- Under fliken **Registrera** ligger nu dokumentet **Rutiner för registrering**.

- o Här anges när inregistrering bör ske samt vid vilka intervall uppföljande registreringar bör ske (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psoriasisbehandling och rekommendationer från SSDV samt NPO).
- o Förfarandet är att när en patient flyttar till annan vårdgivare skall utskrivning ske.
- o Avseende utskrivning av avlidna patienter har Register Centrum Norr (RCN) fått i uppdrag att hitta en automatisk lösning av detta i framtiden.
- o En komplettering är på gång avseende utskrivning när patienter gör längre uppehåll med eller avslutar sin systembehandling.

- o Rutiner för hur man registrerar patienter som behandlas både av reumatolog och dermatolog.
- o Under denna flik kan även DLQI-formulär på andra språk laddas ner.

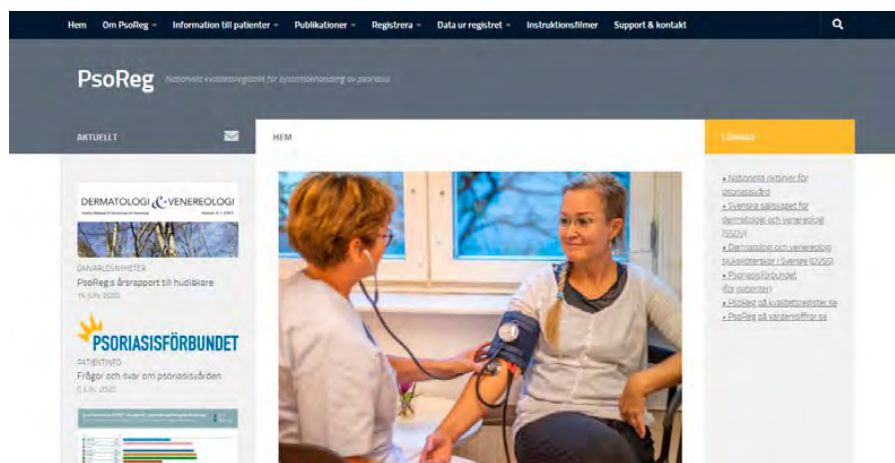
Avseende måluppfyllelse kommer en ny figur att publiceras framöver med en sammanvägning av PASI och DLQI som åskådliggör måluppfyllelse av PASI<3, DLQI≤5. Här kan varje klinik jämföra sina resultat, dels med tidigare år men även med andra kliniker, regioner och riket. Även mellangruppen PASI 3-7 och DLQI≤5 kommer att anges, en grupp där terapiförändring ej alltid är nödvändig. Denna figur planeras att finnas på startsidan av PsoReg (<https://www.psoereg.se>). En jämförelseperiod på 3 år kommer att finnas för alla regionrapporter.

Rapporten "Systembehandling" kommer att sorteras under substansnamn och i bokstavsordning.

För att screena kardiiovaskulära riskfaktorer kommer det att läggas till nya lab.värden; faste P-glukos samt P-LDL-kolesterol.

För årsrapporten planeras även en ny figur med antal registrerade psoriasispatienter per 100 000 invånare och region.

Flera **andra förbättringar** har arbetats fram under det senaste året, där det krävs en insats även från RCN för att genomföra dessa beställningar. I dessa förslag ligger förändringar på startsidan avseende det som har kallats online-rapporter, som har bytt namn till "Färdiga rapporter för din klinik". Här kommer figurer för måluppfyllelse, hälsodata, systembehandlingar (fördelning av läkemedel) samt kvartalsrapporter att hittas.



Även förslag på **nya figurer** avseende utveckling av hälsodata som rökning och BMI över tid samt i jämförelse med befolkningen i riket är framtagna. Våra förhoppningar är att de färdiga rapporterna på startsidan skall göra att klinikerna lättare kan tillgodogöra sig den information som finns i registret och därmed ökar motivationen till att förbättra registreringarna. På startsidan finns även information om antalet nyinskrivna patienter och antalet registreringar under året på din klinik.

Arbetet med att patienter själva skall kunna fylla i DLQI och EQ-5D på nätet blir klart inom de närmaste månaderna. Patienterna ska då kunna logga in med BankID via 1177 och registrera sina data. Dessa data förs automatiskt över till registret.

NPO framhåller i sin skrivelse av manual för registrering vikten av **att arbeta i team på klinikerna** för att upprätthålla registret. Situ-

ationen ser olika ut i landet. Flera kliniker har startat upp psoriasismottagningar på ett strukturerat sätt. Vissa läkemedelsföretag har för en del kliniker tagit en aktiv roll i dessa processer. Dessa processer är ju resursberoende och har för vissa försenats p.g.a. corona-läget. Styrgruppen har ej så stora möjligheter att påverka dessa processer men påtryckningar från NPO är i detta läge värdefulla.

Styrgruppen har sedan flera år medlemmar som stöttar och undervisar genom personliga besök. I registret finns nu även inlagt besöks-typ: videobesök. Framtiden och vår erfarenhet får utvisa vilka möjligheter detta ger för att lättare genomföra fler registreringar.

För framtiden hoppas vi på ett fortsatt samarbete med NPO och alla kliniker i landet, oavsett om det är offentliga eller privata verksamheter, för att få flera engagerade i registeranvändningen.



Kari Dunér
Karlskrona



Birgitta Stymne
Linköping



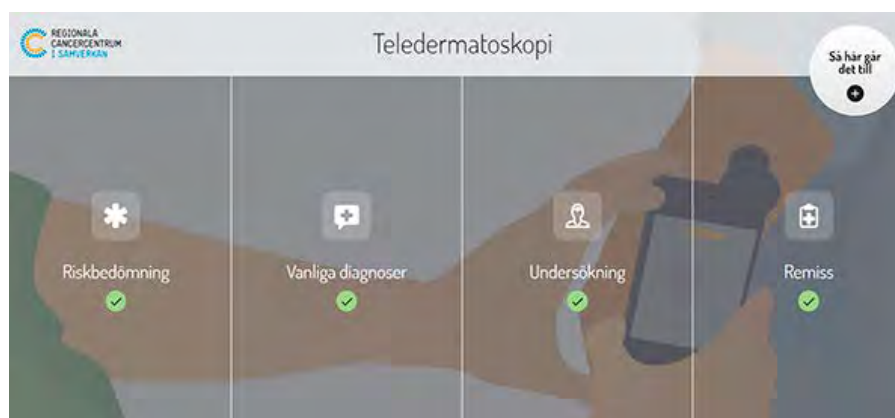
Amra Osmancevic
Göteborg

Styrgruppen för PsoReg och NPO

Webbutbildning i teledermatoskopi för landets primärvård

En av de största förbättringarna de senaste åren när det gäller vårt arbete med hudtumörpatienter är att teledermatoskopi börjat införas i flera delar av landet. I tidigare rapporter kring detta har utbildning för primärvården tagits upp som en av de delar som behövs för att få remissmetoden att fungera optimalt. I början av 2020 inleddes därför arbetet med att ta fram en webbaserad utbildning, som vänder sig till hela landets primärvård. Synpunkter kring innehåll och upplägg har samlats in från medlemmar i SDKO samt Svensk förening för allmänmedicin (SFAM). Arbetet har nu avslutats och utbildningen finns tillgänglig via Regionala cancercentrum i samverkans hemsida.

Utbildningen består av fyra moduler, där varje modul är tänkt att ta ca 15 minuter vardera. Den första modulen tar upp riskfaktorer för de vanliga hudcancerformerna och bygger bland annat på de nationella vårdprogram och riktlinjer som finns. Den andra modulen handlar om de vanligaste maligna och benigna hudtumörerna och basal dermatoskopi av dessa. Här ingår exempel med kliniska och dermatoskopiska bilder i flera bildspel. Modul tre handlar om strategier och sätt att tänka som kan vara användbara när man möter patienter med hudtumörer på en vårdcentral. Den fjärde modulen handlar om



den teledermatoskopiska remissen med fokus på hur man tar bilder av god kvalitet.

Tanken är att utbildningen ska vara anpassad till primärvården genom att fokusera på det vanliga, vara begränsad i omfattning och gå att genomföra en del åt gången, på begränsad tid. Målgruppen är alla läkare i primärvården och alla, oavsett personalkategori, som tar bilder som ingår i teledermatoskopiska remisser.

Utöver att vara en utbildning som man går

igenom för att lära sig om hudcancer och teledermatoskopi kan man återkomma till den för att gå igenom bildmaterialet eller för att påminna sig vad som är viktigt vid fotografering.

För remissbedömande hudläkare kan den också vara något man kan hänvisa till när teledermatoskopi införs eller när man tar emot remisser av bristfällig kvalitet.

Utbildningen nås via: <https://cancercentrum.selsamverkan/cancerdiagnoser/hud-och-ogon/webbutbildning-i-teledermatoskopi/>



Johan Dahlén Gyllencreutz

Verksamhetsöverläkare, Hudmottagningen,
Frölunda Specialistsjukhus

Annons

Annons

Rapport från EADV Board



EADV Board träffades virtuellt den 26-27 oktober 2020.

I oktober 2020 var det tänkt att den 29:e EADV-kongressen skulle gå av stapeln i Wien, Österrike. Detta var som bekant inte möjligt p.g.a. covid-19 och dess påverkan på samhället. Kongressen gjordes istället om till ett virtuellt möte med >12 000 registrerade deltagare och 570 föreläsare. Två dagar innan kongressen hölls det traditionsenliga styrelsemötet för EADV digitalt, precis som föregående möte under våren 2020 trots inställt vårsymposium.

Styrelsen, EADV Board, motsvarar ett litet EU-parlament med 1-2 deltagare per land i Europa beroende på antal medlemmar (över 100 medlemmar innebär två delegater i styrelsen). Sverige representeras numera av 2 delegater, docent John Paoli, samt undertecknad, båda från Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Mötet har en tydlig struktur med rapporter från diverse organ inom EADV. Det röstar om att tillsätta personer till olika kommittéer som t.ex. Scientific Programming Committee som styr vilka som blir inbjudna föreläsare till kongressen. Precis som i andra styrelser går skatt-

mästaren igenom ekonomin, stadgar ses över och aktiviteter diskuteras. I samband med kongressen i år skedde också det planerade skiftet av ordförande där Carle Paul, från Frankrike, efterträddes av Alexander Stratigos, från Grekland.

Vid tidpunkten för styrelsemötet var det planerat att EADV:s vårmöte 2021 skulle hållas i Porto, Portugal som ett fysiskt möte. I efterhand har det dock visat sig vara omöjligt och nu är det beslutat att även detta möte blir virtuellt och kommer att vara under 2 dagar, 6-7 maj 2021. På eadvsymposium2021.org hittar ni mer info. I skrivande stund är den 30:e EADV-kongressen planerad som ett fysiskt möte i Wien ånyo 29 september till 2 oktober 2021. Vi får förstås se hur det går med vaccinationerna under året och återkomma om planen ändras.

Alla EADV:s fysiska kurser planerade under 2020 ställdes in och ersattes av 25 webinarer med över 4 000 registrerade deltagare. Det är oklart när fysiska utbildningar kommer att starta upp igen. För närvarande är alla inställda även under 2021 men planen är att en del av dessa kommer att gå som virtuella kurser.

EADV:s hemsida (eadv.org) är det bästa sättet att hålla sig uppdaterad i detta svårförutsägbara landskap som vi befinner oss i nu.

Något som redan finns på hemsidan är den så kallade "E-learning"-portalen (eadv.org/e-learning) där färdiga kurspaket i olika moduler finns att gå igenom. Ett exempel på detta är en så kallad "Nail masterclass" på totalt 8 h men det finns även kurser i kutana lymfom och dermatopatologi.

Så som tidigare år kommer det finnas stipendier att söka till både vårmötet och EADV-kongressen i Wien (se hemsidan för detaljer). Det finns även stipendier att söka för forskningsprojekt och ca 5 miljoner kronor finns i potentialen. Förra året inkom 62 ansökningar varav 8 beviljades. Tyvärr var det inga ansökningar från Sverige.

EADV:s vetenskapliga tidskrift JEDV fortsätter att förbättra sin impact factor som nu ligger runt 5,3. Tidskriften rankas som nummer 5 inom ämnesfältet, vilket är glädjande. Baksidan av det myntet är dock en allt högre "rejection rate" som uppgår till ca 90% i nulä-

get. Många av de manuskript som inte accepteras för publikation i dagsläget kan ändå vara väldigt bra. För att råda bot på detta, och följa en väg som även andra prestigefyllda tidskrifter har börjat slå in på, kommer en systertidning (preliminärt namnförslag är "JEDV Clinical Practice") att startas. Förslaget beviljades vid styrelsemötet och vi tror att detta kommer att bli ett bra komplement till JEDV. Professor Johannes Ring, JEDV editor, menar att tidskrifterna kommer att hjälpa varandra och attrahera ännu fler manuskript vilket i förlängningen stärker varumärket.

I tillägg har EADV/JEDV startat en podcast där olika teman belyses samt genomförs intervjuer med författare till utvalda artiklar. Dessa podcasts kan ni också lyssna på via Spotify. Sök på "EADV" så hittar ni "The Dermatology Podcast" bland alla andra podcasts.

Ledarskapsprogrammet för EADV-medlemmar "Leadership Development Initiative" lanserades nyligen och den första upplagan har genomförts. Den andra upplagan har utvalda deltagare men har satts på "standby" tills covid-situationen stabiliseras. I korthet syftar det till att skapa nya ledare inom Europas dermatologi och består av en blandning av internat, online-föreläsningar samt personlig coach-

ning. Till omgång 2 sökte 62 personer från 34 länder och av dessa valdes 30 personer ut som kommer att delta. Planen är att detta skall bli en återkommande satsning så håll utkik på EADV:s hemsida och nyhetsbrev för nästa ansökningsperiod.

Slutligen kan jag varmt rekommendera att bli medlem i EADV om du inte redan är det. Årsavgiften är endast €150 som specialist och €50 för ST-läkare. Några uppenbara fördelar med medlemskapet, förutom sänkt avgift för EADV-kongresserna är:

- E-learning 1. Det finns numera ett flertal kurser online via EADV:s hemsida inom ämnen som nagelkirurgi, STD, kosmetik och graviditetsdermatoser. Dessa kurser kan bestå av ett antal moduler. Fler kurser är planerade och hemsidan fylls kontinuerligt på.

- E-learning 2. Mängder av "webinars" finns även de tillgängliga på hemsidan. De utgörs av mer klassiska föreläsningar med powerpoint och är inte lika omfattande som kurserna beskrivna ovan. Ämnen som dermatoskopi, tropisk dermatologi och histopatologi går igenom.

- Möjlighet att söka kurser/utbildningsaktiviteter, stipendier och ledarskapsprogram som ges i EADV:s regim.

- Tillgång till JEDV och fler än 20 andra

medicinska tidskrifter som JAMA Dermatology, British Journal of Dermatology och Rooks lärobok.

Som alltid är ni välkomna att maila mig (oscar.zaar@vgregion.se) eller John Paoli (john.paoli@vgregion.se) om ni har frågor om EADV:s organisation och aktiviteter. Vi återkommer framgent med ännu fler uppdateringar och nyheter från EADV.



Oscar Zaar

Överläkare, med. dr., Hudkliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

EADV:s vårsymposium 2021 blir också virtuell.

Annons

Annons

Psoriasis- och livsstilsmottagning på Hud- och STD-kliniken Västerbotten



Tvärprofessionellt samarbete i omhändertagandet av psoriasispatienter. Från vänster: Anna-Lotta Stjernbrandt, ST-läkare och Jeanette Stål, undersköterska på kliniken.

Ioch med intåget av biologiska läkemedel och den ökande kunskapen om psoriasis som en systemsjukdom har psoriasisvården fått ökad uppmärksamhet. Det har blivit viktigare med ett strukturerat omhändertagande av patienterna. Det innebär systematisk bedömning av sjukdomsutbredning i huden och utvärdering av behandlingseffekt. Men också att uppmärksamma andra faktorer hos psoriasispatienterna, såsom livsstilsfaktorer och samsjuklighet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psoriasis ställer också krav på ett strukturerat omhändertagande.

På Hudmottagningen vid Norrlands Universitetssjukhus har vi under många år arbetat medvetet mot ett helhetsfokus och bättre förutsättningar för jämlik vård för psoriasispatienterna. Som ett komplement till läkarbesök vid en strukturerad psoriasismottagning erbjuds patienterna också kontakt med hudklinikens egen livsstilsmottagning.

Psoriasismottagning

Vid psoriasismottagningen träffar patienterna både omvårdnadspersonal

och läkare vid besöken. Alla patienter får fylla i DLQI och sjukdomsutbredningen dokumenteras genom PASI och med foto. Kartläggning av riskfaktorer utförs genom mätning av vikt, midjemått och blodtryck. Vid läkarbesöket utvärderas den aktuella behandlingen och samtal förs om livsstilsfaktorer. Målet för behandlingen utformas med stöd av SSDV:s och Socialstyrelsens nationella riktlinjer i samråd med patienten och både PASI och DLQI vägs in. Utifrån beslut om behandling kan patienten därefter få instruktioner kring lokalbehandling eller injektionsteknik av omvårdnadspersonalen. Sedan 2019 rapporteras patienter med systembehandling till PsoReg.

Förutom en utarbetad grundstruktur för mottagningsbesöken finns också rutiner för uppföljning av samtliga systembehandlade patienter. Alla följs upp 6 veckor efter nyinsättning genom telefonkontakt med sjuksköterska. Detta för att efterhöra om patienten kommit igång med behandlingen, ge möjlighet att ta upp eventuella frågor och tidigt fånga upp eventuella biverkningar. Tre månader efter behandlingsstart sker sedan återbesök vid psoriasismottagningen för utvärdering.

Livsstilsmottagning

Livsstilsmottagningen är uppbyggd så att den följer Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Denna bemannas av sjuksköterskor som gått särskild utbildning i motiverande samtal. I dagsläget erbjuds besök på livsstilsmottagningen till våra patienter med psoriasis och hidradenitis suppurativa.

På livsstilsmottagningen ligger fokus på att utbilda patienterna ytterligare om hudsjukdomen och vilken koppling som finns mellan diagnosen, livsstilsfaktorer och samsjuklighet. Patienterna erbjuds möjlighet att inrikta sig särskilt på deras individuella riskfaktorer. En kortfattad enkät om levnadsvanor som täcker fyra olika områden fylls i. Dessa fokusområden är fysisk aktivitet, tobaksbruk, alkoholbruk och matvanor. Vid det första besöket görs också screening för fysiska riskfaktorer, såsom förhöjt blodtryck, vikt, blodfetter och blodsocker. Patienterna får grundläggande information om sjukdomen och samtalet utgår ifrån enkäten om levnadsvanor. Det är sedan upp till patienterna själva, att besluta vilken typ av förändringar de tycker är viktiga att göra. På livsstilsmottagningen är behandlingsmålen individualiserade och utformade av patienterna med stöd från personalen. Beroende på mål och önskad förändring kan sedan patienterna få råd och stöttning i sitt beslut genom fortsatta kontakter med livsstilsmottagningen. Ibland behövs remittering eller hänvisning till andra specialiserade mottagningar, till exempel för kvalificerad rådgivning vid rökavvänjning. Fysisk aktivitet på recept är också ett vanligt förekommande verktyg. Med denna typ av livsstilsintervention vill vi skapa förutsättningar för hållbara förändringar som sker i patienternas vardagsmiljö.

Motiverande samtal

- På engelska *motivational interviewing*, MI.
- Samtalsmetodik som används i rådgivning och behandling av livsstilsrelaterade faktorer.
- Behandlarens roll är att hjälpa klienten till en egen förståelse av sitt problem och egen motivation till förändring.

Kombinationen psoriasis mottagning, med större fokus på läkemedelsbehandling av sjukdomen, och livsstilsmottagning, med fokus på patientutbildning och levnadsvanor, är ett exempel på hur en hudmottagning kan erbjuda psoriasispatienter ett brett omhändertagande. Detta görs på plats, av vårdpersonal som känner patienten och som har god kännedom om psoriasis sjukdomen.



Anna-Lotta Stjernbrandt

ST-läkare, Hud- och STD-kliniken Västerbotten,
Norrlands Universitetssjukhus Umeå

Annons

När detektivarbete krävs för att ställa rätt diagnos



Kontaktsak

Utslag på händerna.

Bakgrund

Kvinna, 60 år. Frisk och medicinfri. Hemmahörande i Västsverige. Jobbar i klädbutik sedan många år tillbaka.

Aktuellt

Sedan 2 år tillbaka återkommande symtom bilateralt på händerna, i form av rodnad hud, vätskefyllda blåsor och mycket uttalad klåda. Aldrig tidigare haft liknande symtom. Ingen annan i familjen med liknande besvär. Själv inte kunnat identifiera någon utlösande faktor. Varit väldigt försiktig och undvikit alla tänkbara irritationsfaktorer, men symtomen har ändå återkommit utan förvarning, både när patienten varit i tjänst och på semester.

Symtomen går i regress efter några veckors behandling med grupp 3 steroid enligt nedtrappningsschema.

Utredning

Genomgått epikutantestning med Svensk basserie 2019 och testning med patientens egna produkter, men utan påvisad kontaktallergi för något av testämnen.

Undertecknad träffar patienten första gången i samband med testavläsning nr 2.

Anamnesen penetreras ytterligare. Det framkommer då att symtomen trots allt verkar komma periodvis från april till augusti. Däremellan är patienten helt symtomfri.

Det framkommer även att patienten för 2 år sedan flyttat till ett hus vid stranden, där det bland annat växer mycket palsternacka som hon plockar och tillagar. Hon vill nog minnas att det alltid varit soligt då symtomen debuterat. Således misstänks fototoxisk reaktion efter kontakt med palsternacka. Patienten får rådet att använda handskar i samband med plockning och beredning av palsternacka.

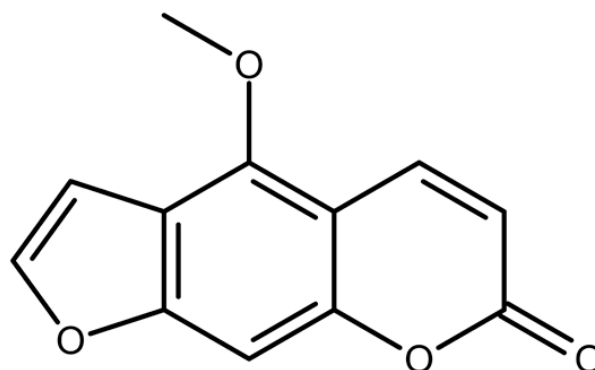
Sammanfattning

Undertecknad träffar patienten återigen till hösten efter en varm och solig sommar.

Patienten har noggrant följt rekommendationerna och inte haft ett enda skov. Har fortsatt äta palsternacka utan några som helst symtom, men varit försiktig vid hudkontakt.

Kuriosa

Palsternacka (*Pastinaca sativa*) är en växt som odlades redan i antikens Grekland, men kom till Sverige först på 1500-talet. Idag växer palsternacka vilt i södra Sverige där den också är relativt vanlig och förekom-



Strukturformel för ämnet 5-metoxypsoralen, ett ämne som tillhör gruppen furokumariner och som förekommer i palsternacka.

mer vid bland annat landsvägar, gräsmattor och badstränder.

Palsternacka är en växt som kan orsaka fototoxiska hudreaktioner, eftersom palsternackans växtsaft innehåller ämnen från gruppen furokumariner, som gör saften fototoxisk. När växtsaften kommer i kontakt med huden som utsätts för solljus blir det mycket hudirriterande och kan orsaka stora sår och blåsor som kan ta flera veckor att läka.

Jag avslutar denna fallrapport med ett citat från den store Albert Einstein som en gång sa:

“Education is not the learning of facts, but the training of the mind to think”.



Tanja Gavric

ST-läkare, Hudkliniken;
Hallands sjukhus, Halmstad

Referenser

Aberer W. Occupational dermatitis from organically grown parsnip (*Pastinaca sativa* L.). *Contact Dermatitis*. 1992 Jan;26(1):62.
Bang Pedersen N, Pla Arles UB. Phototoxic reaction to parsnip and UV-A sunbed. *Contact Dermatitis*. 1998 Aug;39(2):97.

Annons

Hugh Greenway's 35th Annual Superficial Anatomy & Cutaneous Surgery Course

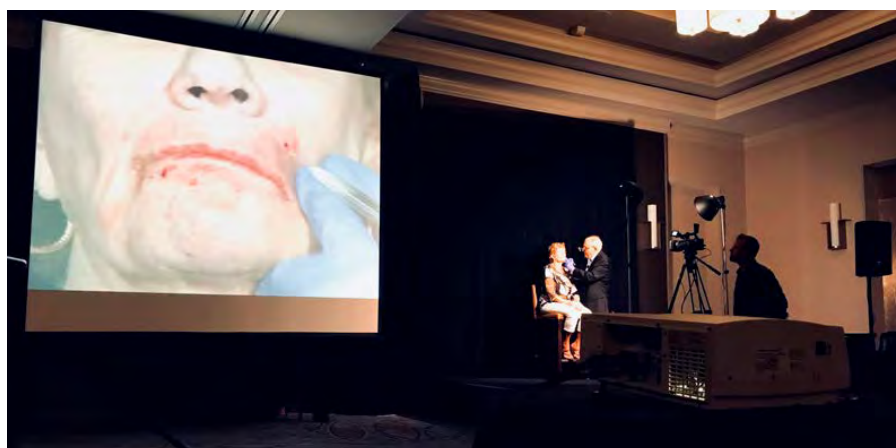
I augusti 2018 gick den 35:e upplagan av den världskända hudkirurgikursen i La Jolla i norra San Diego, korrekt benämnd såsom i rubriken, av stapeln. Över hundra hudläkare från runtom i världen, med övervikt av deltagare från USA (*no pun intended*), samlades under fem intensiva dagar för föreläsningar, praktiska övningar och demonstrationer. Från klockan 07:00-07:30 varje morgon till klockan 21:00 på kvällarna, med pauser för lunch och middag, pågick det sessioner, och tonvikten för kursen överlag var rekonstruktioner efter Mohs kirurgi. Hela kedjan ifrån granulering/sekundärläkning, primärförslutning, del- och fullhudstransplantat samt olika lambåer (enligt akronymen "ARTI" i svårighetsordning: advancement, rotation, transposition och interpolation) gick igenom dels i föreläsningsform med rikliga exempel, samt i praktiska övningar. För dessa transporterades samtliga kursdeltagare till välkylda och ventilerade källarlokalerna på University of California, San Diego School of Medicine, där cirka 20 stycken helkroppshumanpreparat fanns till vårt förfogande under hela veckan. Med hjälp av instruktörer samt det för ändamålet så lämpligt utförligt laminerade kurshäftet utförde vi allsköns ingrepp för att korrigera påhittade huddefekter efter Mohs kirurgi. Värdet av dessa praktiska övningar kan inte överskattas.



De svenska kursdeltagarna tillsammans med Dr. Hugh Greenway i egen hög person i mitten (från vänster: Jakob Wikström, Gunilla Elmer Lans, Hugh Greenway, Frida Appelqvist, Philip Curman).



Namnskyltarna medförde möjligheter till spännande kulturella utbyten.



Livedemonstration av fillers inför hela auditoriet.

I kursen ingick även genomgångar av ytanatomi, sårhantering, suturteknik, antibiotikaanvändning, hemostas, Mohsfokuserad dermatopatologi, laserkirurgi, injektionsteknik, botox, fillers, nagelkirurgi, tumescensanestesimetoder, översikt av vanliga och ovanliga hudtumörer och mycket mera. Kvällssessionerna var mer frivilliga och där återfanns ämnen som för oss svenska deltagare närmast bidrog med en intressant inblick i det amerikanska försäkringsmedicinska klimatet, såsom "Att undvika att ta sig an kosmetiska ingrepp som medför hög risk för missnöjdhet och efterföljande stämning" och "Vad gör jag om jag blir stämd?". Under kursen bjöds alla deltagare på en fin buffémiddag vid havet där värdefulla möjligheter till mingel och spännande kulturellt utbyte med kollegor från runtom i världen gavs.

Jag kan inte nog rekommendera kursen till kirurgiskt intresserade kollegor. Under 2020 hölls en virtuell variant som säkert var lyckad, men jag hoppas att världsläget möjliggör en fysisk kurs under 2021 då de praktiska kirurgiska övningarna tveklöst var bland de mest värdefulla inslagen. Jag är mycket tacksam över att ha fått DCH-stipendiet 2018 då det möjliggjorde deltagande på denna kurs.



Hög koncentration under föreläsningarna.



Artikelförfattaren på hike i Big Sur.



Philip Curman
ST-läkare, Hudkliniken
Karolinska Universitetssjukhuset,
Stockholm

Annons

Annons

Expertgrupp inom SSDV

– viktig spelare i kunskapsstyrningen

Intersegruppen för psoriasis inom SSDV bildades 2014 och arbetar för att stärka kunskapsläget och utveckla nationella behandlingsriktlinjer. Expertgruppen som vill underlätta för kliniker att fatta beslut i val av behandling, består av såväl offentligt som privatanställda dermatologer från olika regioner i Sverige.

Mycket har hänt inom psoriasisvården de senaste åren, inte minst på läkemedelssidan. Forskning har lett fram till ny kunskap om inflammatoriska signalvägar, och behandlingsmöjligheter som nu finns tillgängliga kan innebära en stor skillnad för patienterna.

Psoriasis, som är en kronisk systemsjukdom, påverkar två till fyra procent av befolkningen.

– Rätt använda läkemedel kan förändra livet för människor med psoriasis. Men många går dessvärre åratals innan de får korrekt behandling. Vi behöver arbeta för att sprida kunskap och få med hela sjukvårdssystemet, inte minst primärvården, säger Åke Svensson, dermatolog vid hudkliniken på Skånes universitetssjukhus i Malmö.

Rejåla forskningskliv

Han är en av sju ledamöter i intersegruppen för psoriasis inom SSDV och har varit med sedan gruppen bildades 2014. Vid den tiden hade psoriasisforskningen tagit rejåla kliv framåt och väsentligt förbättrat behandlingsmöjligheterna. I början av 2000-talet introducerades de första biologiska läkemedlen: TNF-hämmare som exempelvis etanercept och adalimumab. Drygt tio år senare introducerades en ny generation av biologiska läkemedel med nya verkningmekanismer, och behandlingsmöjligheterna tog ytterligare ett språng framåt.

– Det hände mycket vid den här tiden. Jag var då ansvarig för införandet av all biologisk behandling inom olika specialitetsområden som reumatologi, gastroenterologi och dermatologi i Skåne. Det fanns dock en stor tveksamhet, inte minst bland dermatologer, att använda biologisk behandling. Så vid den här tiden fanns ett stort behov av att sprida kunskap och se till att modern behandling introducerades på ett korrekt sätt, säger Åke Svensson.



Psoriasisgruppen.

Nätverkande expertgrupp

När intervjun äger rum pågår covid-19-pandemin och skärpta restriktioner har införts. Delar av intersegruppen för psoriasis möts därför digitalt för att berätta om sitt arbete. Det är en informell grupp som träffas några gånger per år. Huvuduppgifterna är att utveckla nationella behandlingsrekommendationer för psoriasis, arbeta för tidig upptäckt av samsjuklighet vid svår psoriasis samt en förbättrad uppföljning av patienter med psoriasis i samarbete med primärvården.

– Det ursprungliga skälet till att vi startade var att det tog lång tid för myndigheter som Läkemedelsverket och Socialstyrelsen att agera och ta fram uppdaterade riktlinjer. Läkemedelsverket publicerade sina 2011, men det skulle dröja till 2019 innan de första riktlinjerna från Socialstyrelsen publicerades. Det fanns även europeiska riktlinjer att ta hänsyn till och många verksamheter hade även egna informella riktlinjer och rekommendationer. Vi såg att det fanns ett stort behov av att skapa en samsyn över landet och att få en tätare uppdatering av kunskapsläget, säger Tore Särnhult, privatpraktiserande dermatolog vid Hallandskustens hudmottagning i Kungsbacka.

Han har varit privatpraktiserande dermatolog sedan 2012 och arbetat länge med att utveckla effektiva mål och riktlinjer för behandling av psoriasis. Innan han började arbeta i privat regi jobbade han i drygt 20 år som specialist på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Fortlöpande uppdateringar

Kunskapsläget ändras snabbt och nya behandlingar står för dörren. Expertgruppen arbetar fortlöpande med att uppdatera och revidera kunskap och innehåll. Det kan handla om nyheter på läkemedelsområdet eller om vaccinationer och hur man som dermatolog ska förhålla sig till behandling under den pågående pandemin.

– Vi arbetar för att ta fram underlag som kan underlätta för kliniker att fatta beslut vid val av behandlingar. Vi vill ligga i framkant och presentera uppdaterad kunskap på ett lättillgängligt sätt. Det blir som ett slags informativt nyhetsbrev som är enkelt att ta till sig, säger Tore Särnhult.

Psoriasis är en underbehandlad sjukdom och det finns stora regionala skillnader vad gäller behandling och tillgänglighet.

I den nya kunskapsstyrningen för hälso- och

sjukvården finns en nationell arbetsgrupp för psoriasis som ska bidra till att patienten ska få en kunskapsbaserad, jämlik och säker vård som även tar hänsyn till individens behov.

– Jag sitter med som representant i den nationella arbetsgruppen. Det finns ju arbetsgrupper även på regional och lokal nivå som speglar det arbete som görs på nationell nivå. Intressegruppen för psoriasis är en viktig spelare och kunskapskälla i den här nationella kunskapsstyrningen, säger Åke Svensson.

Mer inslag av statlig styrning

Ett av målen för intressegruppen är att arbeta för en jämlik vård och tillgång till modern behandling. Sedan 2015 finns en nationell modell i Sverige för ordnat införande av nya läkemedel. En viktig funktion är NT-rådet (Nya terapier). En av flera viktiga uppgifter för rådet är att värdera kostnaden och bedöma nyttan som ett nytt läkemedel ger i förhållande till behandling, samt att lämna rekommendationer till regionerna om användningen av nya läkemedel. Modellen är ett försök att skapa en mer jämlik vård och få bort de största ojämligheterna.

– Men fortfarande ser det olika ut i regionerna, beroende på var man bor. Exempelvis skiljer sig användningen av systemiska läkemedel för svår psoriasis väsentligt i olika delar av landet och många med svår psoriasis är fortfarande underbehandlade trots att våra möjligheter att ge effektiv behandling aldrig varit bättre. Jag skulle vilja se en starkare styrning både för en mer jämlik vård och för ett ordnat införande av de nya mycket effektiva läkemedlen mot psoriasis så att de verkligen kommer rätt patientgrupp till del säger Toomas Talme, dermatolog och överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Region Halland är en av få regioner i Sverige med en centraliserad läkemedelsbudget. Skulle kostnadsansvaret vara decentraliserat skulle en privat mottagning/klinik ha svårt att klara kostnaderna, menar Tore Särnhult.

– Vi för en ständig dialog med regionens läkemedelsenhet som har den samlade överblicken av den totala förskrivningen. Som kliniker är det skönt att slipa diskutera kostnader för läkemedel med enskilda patienter. Och om vi på vår lilla klinik skulle bära kostnadsansvaret skulle hela vår omsättning gå till läkemedelskostnader.

Livskvalitet och livsstil

Effektiv systembehandling har lett till att svårighetsgraden av psoriasis kraftigt har minskat hos patienter med psoriasis (PsoRegs årsrapport 2019).

Men det finns fortfarande mycket kvar att



Amra Omancevic



Toomas Talme



Åke Svensson

göra, menar Amra Omancevic, överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

– Många patienter har en samsjuklighet och upplever en nedsatt livskvalitet. Vi behöver bemöta patienterna på ett lyhört sätt och fånga deras behov för att sedan skraddarsy så välfungerande och riskfria behandlingar som möjligt. Vi behöver också hänga med i den tekniska utvecklingen, underlätta för patienter med psoriasis och ge stöd till positiva livsval, men även öka och sprida evidensbaserad kunskap och bjuda in patienter att vara delaktiga i sin vård och behandling.

Amra Omancevic vill även understryka betydelsen av teamarbete och sjuksköterskans viktiga roll i psoriasisvården.

– Mycket har hänt de senaste åren med stort fokus på teamarbete. Vi har väldigt drivna sjuksköterskor som gör ett enastående arbete och hjälper till att driva utvecklingsarbetet framåt.

Intressegruppen för psoriasis ser gärna ett tillskott av fler medlemmar. Ambitionen är hög och sammanhållningen i gruppen är stark.

– Vi har väldigt kul i vår grupp. Det är också ett spännande område där det händer otroligt mycket, att delta i vår grupp innebär att man håller sig uppdaterad inom ett dynamiskt kunskapsområde, säger Amra Omancevic.

Representanter i intressegruppen för psoriasis:

- **Amra Omancevic**, Hudkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, amra.omancevic@vgregion.se
- **Toomas Talme**, Hudkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, toomas.talme@karolinska.se
- **Tore Särnhult**, Hallandskustens Hudmottagning, Kungsbacka, tore.sarnhult.07@ptj.se
- **Åke Svensson**, Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö, ake.svensson@skane.se
- **Oliver Seifert**, Hudkliniken, Länssjukhuset Ryhov Jönköping, oliver.seifert@rjl.se
- **Charlotta Enerbäck**, Linköpings universitet Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköping, charlotta.enerback@liu.se
- **Birgitta Stymne**, Hudkliniken, Universitetssjukhuset Linköping, Linköping, Birgitta.Stymne@regionostergotland.se

Eva Nordin
Journalist

Annons

Annons

Vägledning angående covid-19, vaccination och immundämpande behandling

Under det nuvarande covid-19 coronavirus-utbrottet finns det många frågor bland personer med kroniskt inflammatoriska sjukdomar som tar immunosuppressiva läkemedel, såsom biologiska läkemedel, JAK-hämmare, kortison och andra immundämpande läkemedel.

Efter granskning av rekommendationer från internationella organisationer för kroniska inflammatoriska sjukdomar är slutsatsen att patienter som får immundämpande läkemedel mot hud- och reumatiska sjukdomar **INTE** bedöms vara en riskgrupp för svår covid-19-infektion. Däremot bör man beakta att många patienter med en kronisk inflammatorisk sjukdom har en ökad samsjuklighet och kan därför tillhöra en riskgrupp av andra skäl (exempelvis hög ålder, samtidig hjärt- eller lungsjukdom, diabetes eller högt blodtryck), se Folkhälsomyndighetens hemsida: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/>.

Vid alla kontakter med 1177 och sjukvårdsinstanser bör patienten ange att de behandlas med immundämpande behandling.

Rädsla för att bli smittad ska inte medföra att patienter slutar med sin behandling. Det kan inte uteslutas att försämring i kronisk inflammatorisk sjukdom också medför sämre förmåga att bekämpa en covid-19-infektion.

Om patienter med immundämpande mediciner, inklusive biologisk behandling, med samtidiga övre luftvägssymtom ringer för frågor om sin behandling ska de tillfrågas om i huvudsak tre saker: 1. Finns hosta? 2. Finns feber? 3. Finns andningspåverkan?

Om patienten har något av dessa symtom rekommenderas tillfälligt uppehåll med behandlingen. Patienten ska stanna hemma och kontakta 1177 för vidare rådgivning om eventuell provtagning. Om patienten inte har något av symtomen 1 – 3 och inte tillhör någon



riskgrupp enligt ovan kan behandling fortsätta som vanligt. Om patienten använder kortison eller klorokinfosfat/hydroxyklorokin bör denna behandling fortsätta om inte andra rekommendationer givits av behandlande läkare. Om patienten uppfyller kriterier för att ingå i riskgrupp enligt ovan görs en individuell bedömning.

Generellt gäller att patienterna kan åter påbörja sin behandling efter 2 dagars symtomfrihet, d.v.s. framför allt frånvaro av feber, ihållande hosta och andningspåverkan. I tveksamma fall rekommenderas bedömning av behandlande läkare.

Vaccinering mot covid-19

Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccination mot covid-19 till alla i Sverige boende personer som är 18 år eller äldre. Beroende på vaccinet och den enskilda individens grundproblematik, kan vaccination i särskilda fall diskuteras med behandlande läkare.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/rekommendationer-for-vaccination-mot-covid-19/>

De vacciner som är eller inom kort kommer att bli tillgängliga är inte levande vaccin. Immundämpande behandling mot exempelvis psoriasis utgör således inget hinder för vaccination mot covid-19. Patienter som behandlas med rituximab (Mabthera®, Ritemvia®, Rixathon® och Ruxience®) kan vaccineras 4 månader efter given behandling och behandlingen kan återupptas tidigast 2 veckor efter sista booster-dosen av vaccinet.

**SSDV:s styrelse
Intressegruppen för psoriasis
NPO Hud-och könssjukdomar**

En hälsning från nyvaccinerade kollegor världen över



*Beth Leocadia Fernandes - Expert inom dermatoskopi
São Paulo, Brasilien - 27 januari 2021*



*Finn Filén - Dermatoverereolog på Venerhälsan
Södersjukhuset i Stockholm - 26 jan 2021*



*Cristina Carrera - Expert inom dermatoskopi
Barcelona, Spanien - 11 jan 2021*



*Lidia Rudnicka - Expert inom Triekologi
Warsawa, Polen - 4 jan 2021*



*Iris Zalaudek - Ordförande International Dermoscopy Society
Trieste, Italien - 7 jan 2021*

Christian Posch
26m · 🌐

Vaccinated!! 🇪🇺
Fighting #COVID19 and winning the battle! Let's all get the shot
and win the war too. 🚫🦠🚫

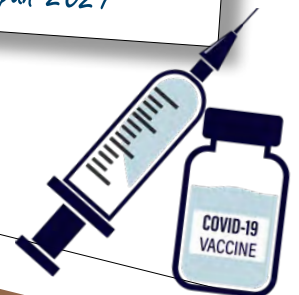


*Christian Posch - Section Editor JEADV
München, Tyskland - 5 jan 2021*

Pablo Boixeda 3 h



*Myrto Trakatelli - Chairperson EADV School
Aten, Grekland - 8 jan 2021*



*Pablo Boixeda - Laserspecialist
Madrid, Spanien - 12 jan 2021*



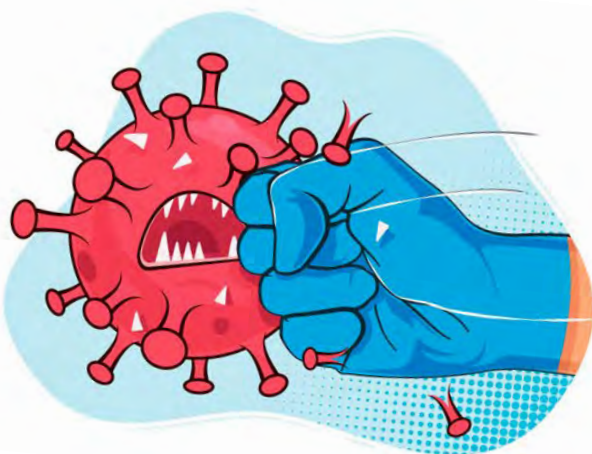
*Ssk Camilla Erkenborn vaccinerar IVA-personal på
Sahlgrenska Universitetssjukhuset 20 jan 2021*



*Giuseppe Argenziano - Editor-in-Chief DPC Journal
Napoli, Italien - 3 jan 2021*



*Ražica Tončić- Social Media Manager DPC Journal
Zagreb, Kroatien - 22 jan 2021*



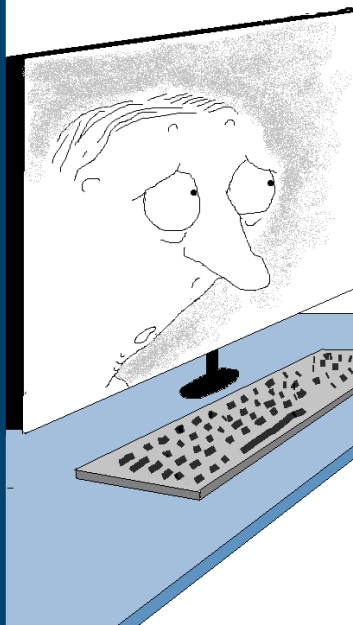
*Raimonds Karls - Styrelsemedlem i EADV
Riga, Lettland - 12 jan 2021*

EN DERMATOLOGS VARDAG

ATT VARA MENTOR...



DIGITAL UTBILDNING...



ICP-MS, FTIR ELLER ATR. OTROLIGT VA!!

... (SÄGER ETT SKÄMT)...HA,HA..ROLIGT VA!!

...ÄR DET NÅGON DÄR??!!...HALLÅ!!

KAN NÅGON SÄTTA PÅ SIN KAMERA!!!!!!



Ylva Lundquist
ST-läkare,
Hudkliniken,
Ängelholms sjukhus

SSDV utlyser forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar

Syfte:

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Vene-
reologis Forskningsstipendium har instiftats,
med stöd av Novartis Sverige AB, i syfte att
stödja svensk forskning inom kroniska inflam-
matoriska hudsjukdomar. Stipendiet delas ut i
samband med SSDV:s årsmöte då också mör-
tagaren av stipendiet uppmuntras hålla en kort
presentation om sitt forskningsprojekt.

Vem kan söka?

SSDV:s medlemmar verksamma i forsknings-
projekt som syftar till förbättrad vård och be-
handling eller ökad förståelse kring kroniska
inflammatoriska hudsjukdomar. Stipendiets
storlek är 100 000 kronor.

Ansökan:

Ansökan ska innehålla en projektbeskrivning
på maximalt 3 sidor med syfte, mål, relevans,
projektplan (inklusive tidsplan och budget),
samt CV med publikationslista. Stipendiet är
inte avsett för finansiering av resor till kongres-
ser och dylikt.

Ansökan skickas till:

SSDV:s kansli

E-mail: info@ssdv.se

SSDV tillhanda senast 31 mars 2021.

Beslutskommittén:

I beslutskommittén ingår Anna Josefson, vice
ordförande i SSDV samt 3–4 forskningsmeri-

terade specialister. Beslut om stipendiat tas se-
nast den 22 april. Stipendiet delas ut i samband
med SSDV:s årsmöte i maj 2021 på Värmötet i
Stockholm. Efter beslut om stipendiat kommer
Novartis att få ta del av ansökningarna.

Sponsor:

Novartis Sverige AB



SSDV:s vårmöte 26-28 maj 2021

SSDV:s vårmöte har tidigare planerats till den 26-28 maj 2021 i Stockholm. Den pågående covid-19-pandemin kan komma att påverka detta. Håll dig uppdaterad via mailutskick från SSDV och information på SSDV:s hemsida!



Dags att betala medlemsavgiften till SSDV för 2021

Logga in och betala via hemsidan www.ssdv.se.

Har ni glömt ert medlemsnummer kan ni e-maila Agneta (info@ssdv.se)





EBDV
European Board of Dermato-Venereology



EU-tentamen

SSDV utdelar ett bidrag till de som planerar att skriva EU-tentamen. Denna organiseras av UEMS-EBDV Board of examination (www.uems-ebdv.org/web/index.php/uems-board-examination) i Frankfurt, varje år och avgiften är på €550. För 2021 planeras en examination online (se nedan). Eftersom SSDV:s styrelse vill uppmuntra till ett ökat deltagande från Sverige, så beredes möjligheten för fem SSDV-medlemmar att söka bidrag till anmälningsavgiften i år. Sänd ansökan med kopia av anmälningsblanketten till EU-tentan till SSDV:s kansli: info@ssdv.se.

Sista ansökningsdag är 1 maj 2021 (vilket även är sista dag för ansökan till UEMS-EBDV Board Examination 2021).

Bidraget utdelas enligt principen först till kvarn, så vänta inte för länge!

OBS! Bidraget utbetalas efter att tentamen genomförs.

Ansökningar tas emot från 1 februari 2021.

Sista anmälningsdag 1 maj 2021.

Sista dag för betalning 31 maj 2021.

Datum för prov (online) 8 oktober 2021.



Deadline för kommande nummer 2021

Nr. 26	17 mars
Nr. 27	17 augusti
Nr. 28	26 oktober

Välkommen med ditt bidrag!
/Redaktörerna



Ansök om SPIRA-stipendiet 2021

För vårdutvecklande insatser inom psoriasis, HS eller atopiskt eksem

Psoriasis, hidradenitis suppurativa (HS) och atopiskt eksem är komplexa immunologiska sjukdomar med samsjuklighet och stor påverkan på patientens livskvalitet. Omhändertagandet ställer inte bara krav på vården, det finns även ett stort behov av kunskap hos de som lever med de olika sjukdomarna.

För åttonde året har SSDV glädjen att dela ut SPIRA-stipendiet för vårdutvecklande insatser inom psoriasis, HS eller atopiskt eksem. Syftet med stipendiet är att främja och belöna insatser som förbättrar vården för personer som lever med dessa sjukdomar. Genom att stimulera till nya idéer vill vi uppmärksamma och uppmuntra vårdpersonal att hitta nya sätt att utveckla omhändertagandet av dessa grupper.

Stipendiaterna utses av en kommitté under ledning av SSDV och finansieras av AbbVie. Den totala stipendiesumman på 150000 kronor kommer att fördelas mellan 1 till 3 stipendiaterna enligt kommitténs bedömning. Stipendiet delas ut vid SSDV:s vårmöte i Stockholm 26-28 maj 2021.

Vem kan söka?

Sökande kan vara specialistläkare eller ST-läkare med medlemskrav i SSDV. Sjuksköterska kan vara medsökande utan medlemskrav i SSDV.

Projektet kan handla om utvärdering av behandling, uppföljning av behandlingsmål, om att främja patientutbildning, kommunikation och följsamhet till behandling/vårdplan eller om utveckling av verktyg för screening av samsjuklighet inom psoriasis, HS eller atopiskt eksem.

Ansökningsformulär hittar du via QR-koden nedan eller här: <https://ssdv.se/nyheter/447-ansok-om-spira-stipendiet-2021>

För mer information om stipendiet kontakta:

Anna Josefson, vice ordförande SSDV
anna.josefson@regionorebrolan.se

Sista ansökningsdag är den 31 mars 2021!

Välkommen med din ansökan!



Dermatoskopiquiz

I årets första quiz skulle jag vilja be er att svara på två frågor igen:

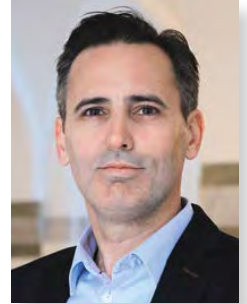
1. Vad heter det dermatoskopiska fyndet som nedanstående tre fall har gemensamt utöver pigmentnätverket?
2. I vilken vetenskaplig artikel beskrevs detta fynd för första gången?

Bonuspoäng får de skickliga dermatoskopister som kan gissa om dessa tre diagnoser är benigna eller maligna.

Extra bonuspoäng får de som gissar exakt diagnos på alla tre fallen.

Skicka gärna era förslag på diagnos och handläggning via mail till: john.paoli@vgregion.se. Facit får ni som vanligt i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de duktiga dermatoskopister som svarar rätt på denna quiz.

Bästa hälsningar,



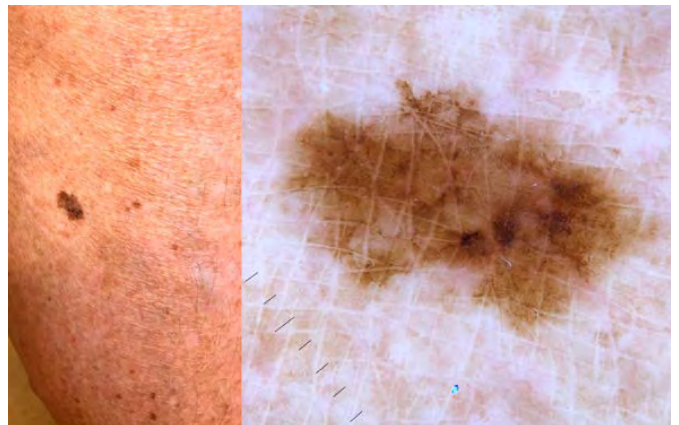
John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fall 1. Pigmenterad lesion på låret hos en 65-årig kvinna.



Fall 2. Pigmenterad lesion på underbenet hos en 81-årig man.



Fall 3. Pigmenterad lesion på underbenet hos en 81-årig kvinna.



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 24 • 4/2020

Facit:

I förra numret av D&V fick ni bedöma denna lesion på axeln hos en 36-årig kvinna som hade funnits i många år men plötsligt ändrat utseende.



Dermatoskopiskt ses en centralt välvgränsad och lätt upphöjd blåviolett lesion omringad av en platt ring med rödviolett färg. Trots okänt trauma var ett hematom runt en benign lesion den mest rimliga förklaringen. Detta utseende ses huvudsakligen vid två diagnoser: targetoid hemosiderotic angioma eller targetoid hemosiderotic nevus.

Korrekt svar på handläggning var därför att ge **lugnande besked och råd om egenkontroll** eller att **monitorera lesionen efter 1 månad** för att se hur lesionen såg ut efter att hematomet hade absorberats. I detta fallet valdes sistnämnda alternativet och nedan ser ni hur det såg ut vid återbesöket.



När hematomet hade absorberats nästan helt kunde man visualisera lesionen bättre. Man såg inga lakuner som vid angiom utan istället ett typiskt nätverk runt en central dermal komponent med brunt pigment.

Om man lägger ihop fynden med ålder och anamnes så blev slutgiltiga diagnosen efter återbesöket ett **"targetoid hemosiderotic nevus"**.

Korrekt svar på detta kluriga fall gavs till alla som svarade:

- "D. Nevus" och "A. Ger lugnande besked och råd om egenkontroll"
- "D. Nevus" och "B. Exspektans och kontroll om 1 månad"
- "E. Angiom" och "B. Exspektans och kontroll om 1 månad" (vilket hade resulterat i att man då kände igen det som ett nevus vid återbesöket).

Följande skickliga dermatoskopister skickade in någon av ovanstående kombinationer avseende förslag på diagnos och handläggning:

- Fredrik Johansson, Helsingborgs lasarett
- Mihaela Adriana Ilie, Länsjukhuset i Kalmar
- Sara Carlsson, NU-sjukvården, Uddevalla
- Jenna Pakka, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Stort tack till alla som skickade in svar!



John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

SSDV:s styrelse


Ordförande

Amra Osmancevic
(Göteborg)


Utbildningsansvarig

Maria Haraldsson
(Skövde)


Utbildningsansvarig, suppleant

Desiree Wiegleb Edström
(Örebro)


Vice ordförande

Anna Josefson
(Örebro)


ST-representant

Malin Krantz
(Helsingborg)


ST-representant, suppleant

Karolina Rosendahl
(Umeå)


Sekreterare

Susanna Sandberg
(Karlstad)


Ledamot 1

(repr. privatpraktiserande)
MariHelen Sandström
Falk
(Göteborg)


Ledamot 1, suppleant

Lena Holm Sommar
(Stockholm)


Skattmästare

Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Göteborg)


Ledamot 2

(repr. venerologi)
Arne Wikström
(Stockholm)


Ledamot 2, suppleant

Petra Tunbäck
(Göteborg)


Redaktör

Josefin Ulriksdotter
(Helsingborg)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venerologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli

Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer

Birgitta Stymne (Linköping)
Åke Svensson (Malmö)

Revisorssuppleanter

Alberto Aulet (Umeå)
Mikael Tarstedt (Karlskoga)

Representant
Svenska Läkaresällskapet

Amra Osmancevic (Göteborg)
Anna Josefson (Örebro) *Suppleant*

**Representanter
för Nationella taxan**

Ragnar Jonell (Göteborg)
Mårten Walhammar (Göteborg)

Valberedning

Virginia Zazo (Umeå)
Sammankallande

Anna Bergström (Uppsala)
Anna Josefson (Örebro)
Karim Saleh (Lund).

Ansvarig för hemsidan:

Josefin Ulriksdotter (Helsingborg)

SSDV:s kalender 2021 - 2022

ST-kurs: STI

2021-04-12 - 2021-04-16

Örebro, Sverige

10th World Congress of Melanoma & 17th EADO

2021-04-15 - 2021-04-17

Online

ST-kurs i Diagnostik och behandling av fot- och bensår

2021-04-21 - 2021-04-23

Skövde, Sverige

16th EADV Spring Symposium

2021-05-06 - 2021-05-07

Online

2nd Nordic Course on Laser Dermatology

2021-05-20 - 2021-05-21

Köpenhamn, Danmark

SSDV: Vårmöte inkl Årsmöte

2021-05-26 - 2021-05-28

Stockholm, Sverige

Virtual World Congress of Dermoscopy

2021-06-10 - 2021-06-12

Online

The 6th World Psoriasis & Psoriatic Arthritis Conference (WPPAC2021)

2021-07-01 - 2021-07-03

Stockholm, Sverige och online

AAD Summer Meeting

2021-07-29 - 2021-08-01

New York, USA

ST-kurs i Psoriasis och eksem, med lokal-, ljus- och systembehandling

2021-09-13 - 2021-09-17

TBD

14th World Congress of Paediatric Dermatology

2021-09-22 - 2021-09-25

Edinburgh, Skottland

30th EADV Congress

2021-09-29-2021-10-02

Wien, Österrike

International Congress of Dermatology 2021

2021-11-10 - 2021-11-13

Melbourne, Australien

SSDV:s ST-träff

2021-11-15 - 2021-11-16

TBD

AAD Annual Meeting

2022-03-25 - 2022-03-29

Boston, USA

AAD Summer Meeting

2022-07-21 - 2022-07-24

Vancouver, Kanada

31st EADV Congress

2022-09-07 - 2022-09-11

Milano, Italien

Utgivningsplan 2021:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 26	17 mars	12 maj
Nr. 27	17 augusti	8 oktober
Nr. 28	26 oktober	15 december

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

**OBS! Covid-19 kan påverka dessa möten,
håll er uppdaterade på
www.ssdv.se/kalender**

Annons

Annons