

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 37 • 1/2024



**SVGD:s utbildningsdag 2024 • PsoReg:s årsrapport 2023
Disputation vid Göteborgs Universitet • Dermatoskopiquiz**

Annons



Svenska Sällskapet för

Dermatologi och Venereologi

SSDV:s kansli, Att: Agneta Andersson
S:t Johannesgatan 22, 753 12 Uppsala

Chefredaktör:

Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Redaktörer:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Christian Steczko Nilsson
christian.steczko@gmail.com

Petter Bengtsson
petter-bo-olof.bengtsson@regionorebrolan.se

Ansvarig utgivare:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Ordförande SSDV:

Anna Josefson
anna.josefson@regionorebrolan.se

Hemsida:

ssdv.se

Produktion:

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

Layout:

Peo Göthesson, peo@mediahuset.se

Annonser:

Joacim Sjölander, joacim@mediahuset.se

Tryck:

Carlshamns Tryck & Media AB
Carlshamn - Växjö - Emmaboda



Omslagsbild:

Himmel över Svartån.

Foto: Petter Bengtsson

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

| | |
|---|----|
| Redaktören har ordet..... | 1 |
| SSDV:s ordförande har ordet..... | 3 |
| SSDV:s ST-representant har ordet..... | 4 |
| SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen..... | 6 |
| SVGD:s utbildningsdag 2024..... | 13 |
| PsoReg:s årsrapport 2023..... | 22 |
| Basal cell carcinoma: real-life burden on healthcare and simplified destructive treatments..... | 51 |
| SDKO:s nyhetsbrev 2024..... | 55 |
| Dermatoskopiquiz..... | 57 |
| Dermatoskopiquiz - Lösning..... | 58 |
| SSDV:s styrelse..... | 63 |
| SSDV:s kalender..... | 64 |

Ovälkomna vårtecken

När man talar om de lugnaste vatten dras mina tankar gärna till Svartån. Under sin makliga färd mot Hjälmaren hinner ån slött betrakta flera av Örebros landmärken. Efter att ha slingrat sig genom stadens ytterområden närmar den sig förfinad bebyggelse i form av Kulturkvarterets kantigt blanka uppsyn och Konserthusets mer klassiska profil. Nerströms står förnäma fasader som Frimurarlogen, Allehandaborgen och Örebro Teater innan ån omfamnar det karaktärsrikt knubbiga Slottet, väl förankrat i stadens hjärta.

Efter all denna uppståndelse väntar mer stillsamma stränder. Ett hyggligt stenkast från vår gamla Vasaborg brer Sveriges vackraste stadspark 2004 ut sig med promenadvägar längs ån, utomhusscen och serveringar, mjuka gräsmattor och välansade blomsterbäddar. Sommartid hörs över vattnet barnaskratt och glada tutningar från Lilleputt-tåget på den lummiga Stora Holmen. I skymundan passerar en förgrening av ån också sjukhusområdet och den som efter arbetet stilla vill begrunda dagens gärning kan följa vattnet mot det angränsande naturreservatet. Även utan att rikta blicken mot friluftsmuseet Wadköpings pittoreska bebyggelse strosar gärna känslan av en fridfull småstadsideyll hand i hand längs ån.

Åtminstone fram till vårkanten. Varje år kommer då den blekgråa morgon när gångvägen vid sjukhuset plötsligt är belamrad av bastanta, långhalsade och brednåbbade gäss. Med tiden lär man sig skilja kanadagåsen från grågåsen men effekten är snarlik. Gässen skrånar och gör sig till, grisar ner och försvarar ilsket sitt egenutropade territorium. De kan tyckas oproportionerligt stöddiga och viker inte en tum för vare sig hundar eller dermatologer. För allas trivsel riskerar man förstas ogärna strid på liv och död med en gäs och går istället lika hänsynsfulla som motvilliga krokar allt längre från ån, ser noga efter var man sätter sina fötter och drömmar om hösten.

Nej, för att vara något så efterlängtad har våren avgjort sina avsigidor. Efter den fimbultvinter som varit är det väl mänskligt att blicka framåt mot en tid av ljusare dagar och löftesfullt spirande grönska. En tid där snökaos, vinter-

kräksjuka och vinglande cyklister på blötlagda isgator är minnen blott och Vabbageddon dragit förbi för denna gång.

Men gässen är bara ett av den annalkande vårens orosmoment. På jobbet är det plötsligt dags att dra sommarbemanningen i tålmödsprövande långbänk och så smått börja vändas över väntelistorna inför semestern. När våren väl är över oss tillstöter ytterligare komplikationer. Pollen sveper in som gräshoppssvärmar och rosaskimrande minnen gör knappast de lynniga väderomslagen rättvisa. Städningssprojekt som snoozat gott i vinterdunklet pockar plötsligt ogillande på uppmärksamhet och ens egen nattsömn berövas också bryskt en förvånansvärt betydelsefull timme. Och i patientmötet kan en rödsvedd dermatolog bittert erfara hur oförsiktiga utestitelser riskerar underminera den bästa av förmaningar inför sommarens sol.

Men för all del. Alla årstider har förstås sin charm och säga vad man vill om våren, en årstid är det ju. Fast visst gör det ont när knoppar brister?

*

Ett mer välkommet vårtecken är förstås att SSDV:s årliga sammankomst närmar sig och nu i maj välkomnar vi er till just Örebro. Mötet hålls centralt i staden på behörigt avstånd från gässnästet vid sjukhuset, även om naturvurmande morgonjoggare möjligen bör hålla ett öga öppet.



Petter Bengtsson

Redaktör

petter-bo-olof.bengtsson@regionorebrolan.se

Annons

En vårhälsning från SSDV:s ordförande



Ljuset är på väg åter så här i slutet av februari och många av er är säkert på sportlov. Det är en härlig känsla när det åter är ljus när man går till och från jobbet. Det är tyvärr inte lika ljus när det gäller regionernas ekonomi. Många av oss får höra om olika sparbeting och indragningar. Jag förstår att det är tufft för våra politiker och regionledningar men vi som dermatovenereologer måste värna våra patienter och försöka bibehålla en god kvalitet och ett gott omhändertagande. I många fall går det att tänka i nya banor och trots förändringar säkerställa en god vård. För patienterna och vår specialitet bör vi fortsätta uppvakta regionledning och politiker med kunskap om livskvalitet och lidande vid kroniska hudsjukdomar samt hur antalet patienter med hudtumörer ständigt växer. Vi har många utmaningar inom vården.

Förhoppningsvis har regionledningarna förstått att man i en kunskapsorganisation behöver fortbildning för att bibehålla god kvalitet och jag hoppas att många av er ser fram emot vårmötet i Örebro den 22–24 maj. Vi ser fram emot ett brett program med många intressanta föreläsningar, nya möten och inhämtande av ny kunskap och goda idéer. För er som är intresserade kommer också den nystartade intressegruppen om atopiskt eksem träffas. SSDV har haft möjlighet att halvera kostnaden för anmälningsavgiften så man får dessutom mycket för pengarna.

Något som nu diskuteras inom många specialitetsföreningar och Svenska Läkaresällskapet (SLS) är Choosing Wisely eller Kloka Kliniska Val på svenska. Det ska inte förväxlas med besparings-

åtgärder utan innebär att man som läkare ska fortsätta tänka klokt och inte bara följa alla vårdprogram oavsett vilken patient man har framför sig. Patienter är olika när det gäller åldrar, samsjuklighet, förutsättningar med mera och ett vårdprogram kan inte passa alla individer. För er som skriver riktlinjer och vårdprogram bör också dessa tankar finnas med vid skrivandet. Både SLS och Läkartidningen har aktuella möten och utbildningar om Kloka Kliniska Val för er som är intresserade.

Inom styrelsen har vi den senaste tiden arbetat med utbildningsfrågor, ST-kurser och stipendier. Dessutom arbetar vi för en mer modern och användarvänlig hemsida. Mer information om detta kommer på årsmötet.

Vårhälsningar från



Anna Josefson

Ordförande SSDV

Överläkare

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro

anna.josefson@regionorebrolan.se

Fjärilseffekten

Det årliga ST-mötet anordnades den 13–14 november. Själv fick jag följa mötet från en virtuell läktare genom meddelanden från organisationskommittén på plats eftersom vårt barn väntades komma till världen vilken dag som helst. Som för de flesta föräldrar ger ett barn nytt perspektiv på livet, t.o.m. det årliga ST-mötet.

Baserat på utvärderingarna och vad jag fått höra, var ST-mötet lyckat med många engagerade och duktiga föreläsare. Det som särskilt tydligt framkom i utvärderingarna var hur viktigt ST-läkarna tycker att det är att träffas vid tillfällena som detta. På frågan ”Skulle du kunna rekommendera kursen till en kollega i en situation liknande din?” fick kursen betyget 5,9 på en skala från 0 till 6. Ett stort tack för detta till alla föreläsare och organisationskommittén. Planeringen inför nästa års möte drar igång i dagarna och vi tar med oss de önskemål som framförts kring kommande ämnen och förändringar i övrigt.

Innan ST-mötet var jag med och anordnade ST-kursen ”Diagnostik och behandling av ben- och fotsår”. Jag skulle rekommendera alla som har möjlighet att vara delaktiga i planeringen av en kurs eller annan utbildning att prova på det. Visst gör det en ödmjuk att inse hur mycket arbete det innebär att få en kurs att gå ihop, men det hela är också väldigt lärorikt och givande. Som en förlängning av bensårskursen har vi fått förfrågan från skånska ST-läkare i allmänmedicin att föreläsa om bensår. Innan man tackar ja till att lägga tid på att planera en föreläsning frågar sig de flesta nog om de har tid att prioritera något sådant. Det som motiverar mig att hitta tiden är att tänka på vilken effekt en föreläsning kan ha. Postulera att du genom att föreläsa för 100 ST-läkare för varje läkare kan förhindra åtminstone en feldiagnos, minska antalet patienter remitterade till sjukhuset med en, eller avsevärt förbättra livskvaliteten för en enda patient. Om läkarna dessutom tar med sig sina nyvunna kunskaper till sina verksamheter och kollegor är fjärilseffekten ett faktum. Sett ur det perspektivet blir frågan den omvända: Hur kan jag låta bli att hitta tiden?

I det dagliga kliniska arbetet skördar man direkt frukterna av sitt jobb genom att där och då kunna hjälpa människor. För att vi ska kunna tillgodose det växande vårdbehovet i befolkningen behöver vi även hjälpa våra kollegor och patienter i större skala. Vissa av oss gör det genom forskning, andra anordnar kurser, föreläser eller ställer upp i intervjuer. Att sprida kunskap till kollegor, studenter och allmänheten är något vi alla kan göra i liten eller större skala.

I en tid av ekonomisk press där budgetunderskott räknas i miljarder istället för miljoner är utbildningstillfällen, framförallt utomlands, ofta det som ryker först. Att det inte är en långsiktig lösning är inget man behöver gå en kurs i för att kunna greppa. Det är viktigt att tillfälliga åtstramningar inte blir långsiktiga och vi behöver alla under tiden bidra till utbildning på det sätt vi kan. Låt fjärilars vingslag ge oss vind i seglen.



Teo Helkkula

ST-läkare

Hudkliniken

Skånes universitetssjukhus, Lund



Annons

SSDV:s rekommendationer till ST-utbildning i dermatologi och venerologi

DEL 4: Kurser under ST-utbildningen. Utvecklingsarbete och medicinsk vetenskap. Delmål c9/STc9 - c13/STc14 med checklistor.

I april 2022 utkom SSDV med uppdaterade rekommendationer till ST-utbildning i dermatologi och venerologi. Syftet med rekommendationerna är att underlätta vid planering av specialiseringstjänstgöringen samt att bidra till en strukturerad ST-utbildning med jämn och hög kvalitet över hela landet. I fyra nummer av D&V presenteras olika delar ur SSDV:s råd och rekommendationer till ST-utbildningen samt målbeskrivningens delmål och checklistor.

Läkarnas specialiseringstjänstgöring regleras i ST-förordningen med tillhörande målbeskrivning, vilka kompletteras med rekommendationer och mer utförliga beskrivningar av kompetens- och kunskapskrav framtagna av respektive specialitetsförening. Det finns två gällande ST-förordningar. De läkare som gjort AT följer som regel SOSFS 2015:8 medan de läkare som gått en legitimationsgrundande läkarutbildning följer HSLF-FS 2021:8 där ST-utbildningen inleds med BT (bastjänstgöring). Det som skiljer de båda ST-förordningarna är främst det som berör BT, i övrigt är de mycket lika. De specialitetsspecifika delmålen i respektive målbeskrivning för dermatovenerologi är i princip identiska förutom att det tillkommit ett delmål i målbeskrivningen 2021 (STc13 Läkemedel). SSDV:s rekommendationer och checklistor är samstämmiga mellan 2015 och 2021.

SSDV:s rekommendationer till 2015 års målbeskrivning för ST-läkare i dermatologi och venerologi, april 2022

8. KURSER UNDER ST-UTBILDNING INOM DERMATOLOGI OCH VENEROLOGI

Totalt omfattar 2015 års målbeskrivning i dermatologi och venerologi 17 delmål som kräver deltagande i kurs för att kunna uppfylla delmålen. 2021 års målbeskrivning har kurskrav för 19 delmål. Åtta/

SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen kommer att presenteras i D&V i fyra olika delar

DEL 1: Organisation och ansvarsfördelning. Tjänstgöring och utbildning. Kvalitetsaspekter. Kvantitativa mål. Checklistor för enheter som utbildar ST-läkare.

DEL 2: Kompetensbeskrivning. ST-utbildningens genomförande, råd och rekommendationer. Delmål för ST i dermatologi och venerologi. Delmål c1/STc1 - c4/STc4.

DEL 3:Handledning. Kompetensbedömning. Specialistexamination. Delmål c5/STc5 - c8/STc8.

DEL 4: Kurser under ST-utbildningen. Utvecklingsarbete och medicinsk vetenskap. Delmål c9/STc9 - c13/STc14.

På SSDV:s hemsida under fliken Utbildning finns Socialstyrelsens ST-förordningar och målbeskrivningar samt SSDV:s rekommendationer. <https://ssdv.se/utbildning/malbeskrivning>

I det här numret av D&V presenteras riktlinjer för kurser under ST-utbildningen, utvecklingsarbete och medicinsk vetenskap samt delmål c9/STc9 - c13/STc14 med tillhörande checklistor. Sammantaget är detta kapitel 8 och 9 ur *Utbildningsboken med SSDV:s rekommendationer till målbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring i dermatologi och venerologi 2015* respektive 2021.

https://ssdv.se/images/2015_Utbildningsboken_med_SSDVs_rekommendationer_till_ST-utbildning_april_2022.pdf

https://ssdv.se/images/2021_Utbildningsboken_med_SSDVs_rekommendationer_till_ST-utbildning_april_2022.pdf

Kontakta gärna utbildningsgruppen om ni har frågor kring ST-utbildningen.

SSDV:s Utbildningsgrupp

elva av dessa delmål avser c-delmålen/STc-delmålen, fyra/fyra avser a-delmålen/STa-delmålen som gäller för alla specialiteter och fem/fyra avser b-delmålen/STb-delmålen som gäller för de flesta specialiteter, bland andra dermatologi och venerologi. Kursdeltagande är därmed en obligatorisk utbildningsaktivitet för dessa delmål. Med kurs avses enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 *en strukturerad utbildning som utgår från uppsatta utbildningsmål*. Kurser för att uppfylla c-delmålen/STc-delmålen ska hålla en hög vetenskaplig nivå, vara lärarledda och vara utformade med modern pedagogik.

Obligatoriska kurser enligt SOSFS 2015:8 respektive HSLF-FS 2021:8

| Kurskrav a-delmål (SOSFS 2015:8) respektive STa-delmål (HSLF-FS 2021:8) | |
|---|---|
| a1 STa5 | Medarbetarskap, ledarskap och pedagogik Ledarskap |
| a2 STa4 | Etik, mångfald och jämlikhet Etik |
| a5 | Medicinsk vetenskap |
| a6 STa1 | Lagar och andra föreskrifter samt hälso- och sjukvårdens organisation Hälso- och sjukvårdens förutsättningar |
| Kurskrav b-delmål (SOSFS 2015:8) respektive STb-delmål (HSLF-FS 2021:8) | |
| b1 STb1 | Kommunikation med patienter och närstående Kommunikation med patienter och närstående |
| b2 STb2 | Sjukdomsförebyggande arbete Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete |
| b3 | Läkemedel |
| b4 STb4 | Försäkringsmedicin Försäkringsmedicin |
| b5 STb5 | Palliativ vård i livets slutskede Palliativ vård |
| Kurskrav c-delmål (SOSFS 2015:8) respektive STc-delmål (HSLF-FS 2021:8) | |
| STc1 | Hudens basala biologi, patofysiologi och morfologi |
| STc2 | Epidemiologi avseende dermatovenereologiska sjukdomar i befolkningen |
| c5/STc5 | Dermatopatologi |
| c6/STc6 | Immunologisk diagnostik, immunologiska och inflammatoriska processer |
| c7/STc7 | Hudtumörer |
| c8/STc8 | Sårläggning |
| c9/STc9 | Dermatologisk lokal- och systembehandling inklusive fototerapi |
| c10/STc10 | STI |
| c11/STc11 | Arbets- och miljödermatologi |
| c13/STc14 | Lagar och förordningar som gäller för specialiteten |
| STc13 | Läkemedel |

Kurserna tillhörande a-/STa-delmålen och b-/STb-delmålen kan erbjudas via olika kursgivare, alltifrån privata utbildningsföretag eller webbportaler till omfattande kurspaket i regi av regioner eller universitet.

Kurser som avser att täcka c-/STc-delmålen erbjuds via SSDV och annonseras på SSDV:s hemsida. SSDV:s ST-kurser är som regel LIPUS-certifierade och granskas dessutom årligen av SSDV:s utbildningsgrupp. För att uppnå målet om kurskrav för delmål STc1, STc2, c5/STc5, c6/STc6, c7/STc7, c8/STc8, c9/STc9, c10/STc10, c11/STc11, c13/STc14 och STc13 rekommenderar SSDV att ST-läkaren genomgår SSDV:s ST-kurser eller annan av SSDV godkänd likvärdig kurs. SSDV:s ST-kurser ges som fysiska kurser såvida inte yttre omständigheter förhindrar fysiskt möte. Det fysiska mötet mellan ST-läkare, kursledare och föreläsare är viktigt för att stärka nätverket mellan landets dermatovenereologer.

ST-läkaren ska se till att i samband med kurser få kursintyg enligt Socialstyrelsens mall med tydlig angivelse av vilket/vilka delmål kursen avser. Flera av c-/STc-delmålen finns integrerade med andra

c-/STc-delmål i SSDV:s kurser. Det innebär att det inte finns en särskild ST-kurs i exempelvis epidemiologi eller lagar och förordningar, utan området tas upp i flera av SSDV:s ST-kurser.

SSDV:s ST-kurser

Diagnostik och behandling av hudtumörer
Arbets- och miljödermatologi
Venereologi
Bensår
Dermatopatologi
Psoriasis och Eksem. Lokal-, ljus- och systembehandling
Gränsområdesdermatologi
Global dermatologi del 1+2
Pediatrik dermatologi

Information om antagningsförfarande till SSDV:s ST-kurser finns på SSDV:s hemsida. <https://ssdv.se/utbildning/st-utbildning/st-kurser>

SSDV:s Höstmöte – Nationella "ST-mötet"

SSDV och ST-mötets organisationskommitté, bestående av en grupp ST-läkare under ledning av styrelsens ST-representant, arrangerar årligen ett möte för blivande dermatovenereologer. Mötet kallas SSDV:s "ST-möte" (tidigare benämnt SSDV:s höstmöte eller "ST-träffen") och är ett icke-obligatoriskt vetenskapligt baserat utbildningstillfälle där ST-läkare har möjlighet att träffas, diskutera utbildningsfrågor, utbyta erfarenheter och lära känna varandra. Mötet är mycket uppskattat och SSDV rekommenderar starkt ST-läkare att delta.

Internationella Kurser

På SSDV:s hemsida finns information om internationella kurser. För sådana kurser bör ST-läkare se till att även få kursintyg enligt Socialstyrelsens intygsmodell.

*SSDV:s rekommendationer till 2015 års målbeskrivning för ST-läkare i dermatologi och venerologi, april 2022***9. UTVECKLINGSARBETE OCH MEDICINSK VETENSKAP (2015)**

I målbeskrivningen för 2015 ingår att ST-läkaren ska genomföra kvalitets- och utvecklingsarbeten samt självständiga skriftliga arbeten enligt vetenskapliga principer, delmål a4 och a5. ST-läkarens individuella utbildningsprogram bör, enligt SOSFS 2015:8 2 kap 3 §, innehålla planerat deltagande i forsknings- och kvalitetsutvecklingsarbeten. Vid ansökan om specialistbevis ska intyg bifogas som styrker dessa arbeten.

Runt om i landet och inom många specialiteter är det praxis att det skriftliga vetenskapliga arbetet omfattar tio veckors heltidsstudier inkluderande kurser och arbete enligt vetenskapliga principer.

SSDV:s kommentar och rekommendation

SSDV anser att genomförande av ett skriftligt vetenskapligt arbete är ett viktigt inslag i ST-utbildningen och att det är till stor nytta, såväl individuellt för den enskilda läkaren som för kunskapsutvecklingen inom vår specialitet och inom läkarkåren. Det vetenskapliga ST-arbetet är en naturlig väg till forskning även för läkare på enheter där det inte finns forskarteam och ger möjlighet att utföra klinisknära forskning inom vår specialitet. Det vetenskapliga förhållningssättet behöver hela tiden underhållas för att vi ska kunna förstå den medicinska utvecklingen.

Det skriftliga vetenskapliga arbetet bör enligt SSDV vara i storleksordningen fallrapport i referegranskad tidskrift.

ST-läkaren ska aktivt delta i kvalitets- och utvecklingsarbeten och ha huvudansvar för ett eller flera utvecklingsprojekt.

Eftersom dessa båda utbildningsaktiviteter, vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete ska genomföras enligt målbeskrivningen så åligger det enheten där ST-läkaren gör sin huvudsakliga tjänstgöring att bidra till genomförandet med betald arbetstid och eventuella kursavgifter.

*SSDV:s rekommendationer till 2015 års målbeskrivning för ST-läkare i dermatologi och venerologi, april 2022***9. UTVECKLINGSARBETE OCH MEDICINSK VETENSKAP (2021)**

I den nya målbeskrivningen 2021 har kravet på att genomföra ett skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer tagits bort. Det skriftliga vetenskapliga arbetet enligt målbeskrivning 2015 respektive 2008 omfattar i praktiken tio veckors heltidsstudier inkluderande kurser och genomförande av arbete enligt vetenskapliga principer. SSDV:s rekommendation till målbeskrivningen 2015 är att arbetet ska vara i storleksordningen fallrapport i referegranskad tidskrift.

I målbeskrivningen 2021, delmål STa3, Medicinsk vetenskap, finns inga specifika krav på utbildningsaktiviteter som ST-läkare ska genomgå för att uppfylla kompetenskraven i delmålet. I stället ska individuell bedömning göras av vad ST-läkaren behöver. Vid ansökan om specialistbevis ska handledare intyga, på särskilt intyg (se kapitel 12), vilka utbildningsaktiviteter som har genomförts och hur det har kontrollerats att ST-läkaren uppnått delmålet.

SSDV:s kommentar och rekommendation

SSDV anser att genomförande av ett skriftligt vetenskapligt arbete är ett viktigt inslag i ST-utbildningen och att det är till stor nytta, såväl individuellt för den enskilda läkaren som för kunskapsutvecklingen inom vår specialitet och inom läkarkåren. Det vetenskapliga ST-arbetet är en naturlig väg till forskning även för läkare på enheter där det inte finns forskarteam och ger möjlighet att utföra klinisknära forskning inom vår specialitet. Det vetenskapliga förhållningssättet behöver hela tiden underhållas för att vi ska kunna förstå den medicinska utvecklingen.

SSDV uppmuntrar och rekommenderar alla ST-läkare att genomföra ett skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer. Arbetet bör vara i storleksordningen fallrapport i referegranskad tidskrift. Enheten där ST-läkaren gör sin huvudsakliga tjänstgöring bör enligt SSDV bidra till genomförandet med betald arbetstid och eventuella kursavgifter enligt samma praxis som för vetenskapligt arbete enligt 2015 års målbeskrivning (se ovan).

ST-läkaren ska aktivt delta i kvalitets- och utvecklingsarbeten. SSDV rekommenderar att ST-läkaren har huvudansvar för ett eller flera utvecklingsprojekt.

Delmål c9/STc9. Dermatologisk lokal- och systembehandling inklusive fototerapi

| Kompetenskrav | Utbildningsaktiviteter | Intyg |
|--|---|--|
| Läkaren ska – behärska dermatologisk lokal- och systembehandling inklusive fototerapi | Klinisk tjänstgöring under handledning vid en eller flera enheter som bedriver sådan verksamhet eller handlägger sådana ärenden | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av handledare |
| | Deltagande i en eller flera kurser | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av kursledare eller handledare |
| | <i>Allmänna råd</i> Teoretiska studier | |

| Checklista c9/STc9 | Behärska | Ha kunskap | Ha kännedom |
|---|----------|------------|-------------|
| Behandling med utvärtes läkemedel för hudsjukdomar | X | | |
| Behandling med systemiska läkemedel för hudsjukdomar | X | | |
| Behandling med ultraviolett strålning, inklusive PUVA | X | | |
| Buckybehandling | X | | |
| Intralesionell injektion | X | | |
| Biverkningar och komplikationer till dermatovenereologisk behandling | X | | |
| Botulinumtoxin-injektioner vid hyperhidros, uppvisa följsamhet till nationella riktlinjer | | X | |
| Plasmaferes | | | X |
| Fotoferes | | | X |

SSDV:s kommentar och rekommendation delmål c9/STc9

Behandling med topikala och systemiska läkemedel omfattar säker förskrivning och monitorering i samråd med patient/anhörig.

För uppfyllelse av delmålet ska ST-läkaren kunna identifiera och hantera faktorer som kan påverka patientföljsamheten.

I delmålet ingår att vara förtrogen med och kunna använda de patient-/kvalitetsregister som är aktuella för specialiteten.

En specialist i dermatovenereologi bör vara orienterad om dermatologiska kontraindikationer och komplikationer vid estetiska ingrepp.

Delmål c10/STc10. STI

| Kompetenskrav | Utbildningsaktiviteter | Intyg |
|---|---|--|
| Läkaren ska - behärska handläggning av sexuellt överförbara infektioner samt vanliga och viktiga genitala dermatoser - behärska mikrobiologisk diagnostik | Klinisk tjänstgöring under handledning vid en eller flera enheter som bedriver sådan verksamhet eller handlägger sådana ärenden | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av handledare |
| | Deltagande i en eller flera kurser | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av kursledare eller handledare |
| | Allmänna råd Teoretiska studier | |

| Checklista c10/STc10 | Behärska | Ha kunskap | Ha kännedom |
|---|----------|------------|-------------|
| Genitala infektioner och sår | X | | |
| Genitala dermatoser | X | | |
| Genitala smärttillstånd | | X | |
| Smittskyddslagen | X | | |
| Nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer | X | | |
| Genitala precanceroser och tumörer, inklusive standardiserade vårdförlopp | X | | |
| Smittspårning | | X | |
| STI-provtagning, mikroskopi | X | | |
| Ovanliga STI | | X | |
| HIV, primär handläggning vid positivt prov | X | | |
| Salpingit, epididymit | | X | |
| Sexuella dysfunktioner | | | X |
| Preventivmedel och preventivmetoder avseende STI | X | | |
| Preventivmedel och preventivmetoder avseende antikonception | | X | |

SSDV:s kommentar och rekommendation delmål c10/STc10

För praktiska färdigheter och handläggning se även delmål c3/STc3, c4/STc4, c5/STc5 och c9/STc9.

Behärskande av Smittskyddslagen är en förutsättning för att uppnå delmålet.

För att uppnå delmålet ska ST-läkaren vara uppdaterad gällande aktuellt sjukdomspanorama, antibiotikaresistens, behandling och prevention exempelvis PrEP.

Genitala dermatoser och precanceroser/tumörer på yttre genitalia ska kunna diagnostiseras och om lämpligt behandlas på dermatovenereologisk mottagning, och vid behov handläggas multidisciplinärt. Handläggning och remissvägar regleras i vissa fall av standardiserade vårdförlopp.

Delmål c11/STc11. Arbets- och miljödermatologi

| Kompetenskrav | Utbildningsaktiviteter | Intyg |
|--|---|--|
| Läkaren ska – kunna handlägga arbetsrelaterade hudsjukdomar inklusive arbetsanpassning, rehabilitering och försäkringsmedicin i samverkan | Klinisk tjänstgöring under handledning vid en eller flera enheter som bedriver sådan verksamhet eller handlägger sådana ärenden | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av handledare |
| | Deltagande i en eller flera kurser | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av kursledare eller handledare |
| | <i>Allmänna råd</i> Teoretiska studier | |

| Checklista c11/STc11 | Behärska | Ha kunskap | Ha kännedom |
|---|----------|------------|-------------|
| Vanliga arbets- och miljöorsakade dermatoser | X | | |
| Kontaktallergener i basserien | X | | |
| Övriga vanliga kontaktallergener i miljön | | X | |
| Epikutantest, indikation, avläsning och relevansbedömning | X | | |
| Information och råd till patient utifrån testresultat | X | | |
| Intygsskrivande inom området | X | | |
| Regelverk kring arbetsskada och rehabilitering | | | X |
| Mer omfattande arbets- och miljödermatologisk utredning, arbetsplatsbesök | | | X |

SSDV:s kommentar och rekommendation delmål c11/STc11

För att uppnå målet ”behärska vanliga arbets- och miljöorsakade dermatoser” ska ST-läkaren regelbundet handlägga patienter med arbets- och miljörelaterade sjukdomar under handledning av läkare/team med särskild kompetens inom arbets- och miljödermatologi.

Om delmålet inte kan uppfyllas på hemmakliniken rekommenderas tjänstgöring vid arbets- och miljödermatologisk enhet eller möjlighet till kontinuerligt distanssamarbete med sådan enhet.

Under detta delmål ingår även kunskap om icke-kontaktallergiskt utlösta miljörelaterade hudsjukdomar.

I delmålet ingår att samverka med externa aktörer kring patientens rehabilitering.

Delmål c12/STc12. Vanliga tillstånd inom angränsande kunskapsområden

| Kompetenskrav | Utbildningsaktiviteter | Intyg |
|--|---|---|
| Läkaren ska - kunna initialt handlägga vanliga tillstånd inom angränsande kunskapsområden | Klinisk tjänstgöring under handledning vid en eller flera enheter som bedriver sådan verksamhet eller handlägger sådana ärenden | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av handledare |

| Checklista c12/STc12 | Behärska | Ha kunskap | Ha kännedom |
|--|----------|------------|-------------|
| Hjärt-lungräddning | X | | |
| Identifiera akuta och/eller allvariga tillstånd och se till att de handläggs korrekt | X | | |
| Inflammatoriska systemsjukdomar och associerad samsjuklighet | | X | |

SSDV:s kommentar och rekommendation delmål c12/STc12

Många patienter har komplexa medicinska behov med samsjuklighet och polyfarmaci.

Med tanke på specialitetens bredd är det värdefullt med sidoutbildning inom andra specialiteter. För en komplett ST-utbildning rekommenderas, utöver minst fyra års dermatovenerologisk tjänstgöring, sex till tolv månaders sidotjänstgöring inom minst en an-

nan specialitet. Lämpliga sidoutbildningar är exempelvis infektion, invärtesmedicinsk specialitet (allergologi, reumatologi), kirurgisk specialitet, patologi.

Ur europeiskt perspektiv kan nämnas att diagnostik och behandling av typ 1-medierad kutan allergi ingår samt att dermatopatologi är ett obligatorium i specialiteten för flertalet europeiska länder.

Delmål c13/STc14. Lagar och föreskrifter som gäller för specialiteten

| Kompetenskrav | Utbildningsaktiviteter | Intyg |
|---|--|--|
| Läkaren ska - uppvisa kunskap om lagar och andra författningar som är särskilt relevanta för specialiteten | Klinisk tjänstgöring under handledning <i>eller</i> Deltagande i en eller flera kurser | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av handledare eller kursledare |

SSDV:s kommentar och rekommendation delmål c13/STc14

Kurskravet för delmålet c13/STc14 kan uppfyllas genom deltagande i specialitetsspecifika kurser som SSDV rekommenderar. Dessa

kurser tar upp lagar och föreskrifter som gäller dermatologi och venerologi, exempelvis lagar som täcks under delmål c10/STc10 och c11/STc11.

Delmål STc13. Läkemedelsbehandling

| Kompetenskrav | Utbildningsaktiviteter | Intyg |
|---|---|---|
| Läkaren ska - kunna tillämpa en helhetssyn på patientens samlade läkemedelsbehandling - kunna anpassa läkemedelsbehandling inom specialiteten utifrån enskilda patienters ålder, kön, vikt, njur- och leverfunktion samt andra eventuella faktorer, till exempel övrig medicinering, samsjuklighet, graviditet och amning - kunna bedöma risker för biverkningar och interaktioner vid läkemedelsbehandling inom specialiteten | Klinisk tjänstgöring under handledning <i>Allmänna råd</i> Teoretiska studier | Intyg om genomförda utbildningsaktiviteter och uppfyllda kompetenskrav utfärdat av handledare |

SSDV:s kommentar och rekommendation delmål STc13

Delmålet STc13 täcks delvis av checklistan för delmål STc9.

Annons

SVGD:s utbildningsdag

Ett år går fort, och nu var det åter dags att samlas i Läkaresällskapets hus för årets utbildningsdag organiserad av SVGD. Efter en introduktion av avgående ordförande Arne Wikström var det dags att dra igång dagens späckade schema.

Om kvinnlig könsstympning

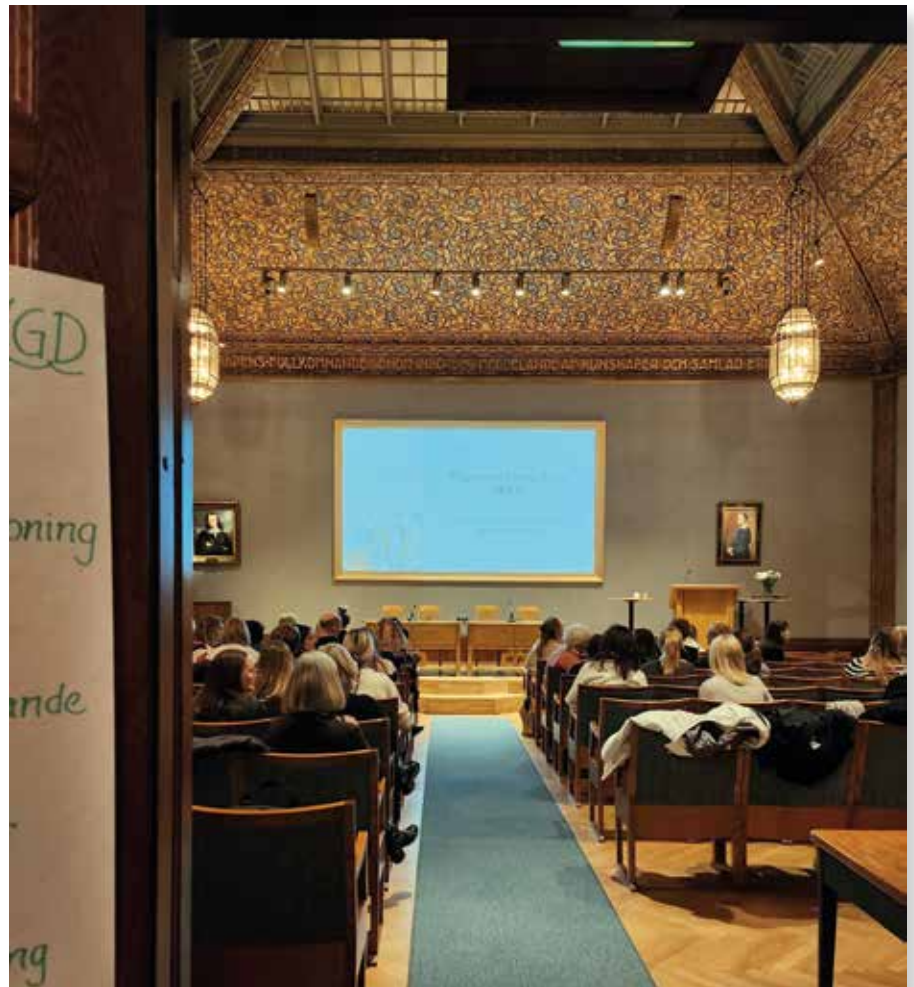
Vi började med att höra från Cecilia Berger, gynekolog vid Amelmottagningen på Södersjukhuset, en för ämnet specialiserad mottagning. Hit kan man söka utan remisskrav för bedömning avseende könsstympning, för pedagogisk information, viss kirurgi som öppningsoperationer och behandling av t.ex. menorrhagi och psykosexuella besvär. Generellt är kunskapsläget lågt i Sverige och Amelmottagningen fungerar även som en kunskapsnod.

Könsstympning är ett brott mot flickors och kvinnors mänskliga rättigheter. Själva stympningen kan ske från spädbarnsåldern och upp till 12–15 års ålder. Vid en ålder över tre år lever minnet ofta kvar. Definitionen enligt WHO innefattar alla ingrepp där man skär bort hela eller delar av flickans yttre genitalia, eller åsamkar skada i yttre genitalia utan medicinsk indikation.

Över 200 miljoner kvinnor/flickor är könsstympade i världen och cirka 4 miljoner flickor utsätts årligen för detta. Trots minskande incidens så stiger antalet utsatta genom en ökande befolkningstillväxt. Denna tradition uppstod för cirka 3000 år sedan, innan de stora världsreligionerna, och sträcker sig över stora delar av Afrika, till länder i Mellanöstern och i Indonesien. I Sverige är antal kvinnor och flickor som utsätts för könsstympning grovt uppskattat 68 000 och här är det vanligast med rötter i Afrikas horn, Egypten, Sudan och Gambia.

På mottagningen används pedagogiska lermodeller som visar olika typer av stympning respektive normal anatomi. WHO delar upp könsstympning i 4 typer.

Typ 1: det är skuret i området kring klitoris, ibland med endast ärrvävnad över klitoris-kappan och ibland med hela klitoris borttagen.



Typ 2: det är skuret i klitorisområdet och hela labia minora är borttagna.

Typ 3: också kallat infibulation, hudbitarna sätts ihop som en brygga, oftast med labia minora men ibland majora. Ibland ses även skada på klitoris-kappan. Ibland skärs i princip allt bort för att sedan få läka ihop igen genom att flickans ben binds samman. En öppning lämnas för urin och menstruation, men denna kan vara så liten som någon millimeter.

Typ 4: annat skadligt ingrepp mot vulva, t.ex. prickning, snittning och skrapning. Även om detta inte måste ge fysiska men kan det påverka psykologiskt.

Cirka 10–15 % utsätts för typ 3, men denna grupp ses ofta på Amelmottagningen, troligen på grund av en större risk för fysiska men och att det lättare upptäcks av andra vårdgivare. Troligen missas många kvinnor och patienterna tar sällan upp detta själva. Många har upplevt ett dåligt bemötande i vården avseende könsstympningen.

Detta är en heterogen grupp sett till sociala faktorer, hur ingreppet uppfattas och huruvida man har besvär eller inte. Själva könsstympningen går också olika till, men ofta är det en kvinna med hög status utan medicinsk utbildning som utför ingreppet. Det sker inte sterilt och det sker utan bedövning.



Ibland är flickorna ensamma och ibland utsätts de i grupp. Ibland blir flickan plötsligt bortförd, och ibland är det en ritual som hon ser fram emot som till och med kan göras på hennes eget initiativ. Och varför genomförs det? Det handlar om en kulturell praktik utifrån en renhetsnorm, kyskhetsnorm, estetik och sociala normer.

Akuta komplikationer kan vara smärta, blödning, chock, infektion och död. Komplikationer på lång sikt innefattar menstruationsbesvär, urinvägsbesvär, ökad risk för bakteriell vaginos och svamp, samlagssmärta, svårigheter att ha omslutande samlag, ärrbildningar, abscesser, klitoris-cystor, förlösningskomplikationer samt mer psykologiska komplikationer såsom PTSD, ångest, depression och psykos sexuella besvär. Mycket tid läggs vid mottagningsbesöken på information och utbildning om exempelvis klitoris hela utbredning och möjlighet till orgasm.

Det åligger oss i sjukvården att identifiera dessa patienter för att kunna erbjuda hjälp. Våga fråga, respektfullt och fördomsfritt. Här spelar mödravården en viktig roll, men även i vår bransch rör vi oss i relaterade områden. Vi behöver avdramatisera för patienterna, utan att bagatellisera.

Amelmottagningen har utformat material som informationsfilmer, patientfoldrar om mottagningen och om öppningsoperationer, vilka finns att hitta på deras hemsida.

Akut omhändertagande efter våldtäkt

Efter en ostmacka och kaffe var det dags att fortsätta det tunga temat med en föreläsning av Lena Maltzman, som är medicinskt ledningsansvarig på akutmottagningen för våldtagna i Stockholm.

Att inte delta frivilligt i en sexuell handling är att utsättas för ett sexualbrott och det är viktigt att frivilligheten ges uttryck. Brott kan ge 3–6 års fängelse. Under livet har cirka 20 % av kvinnor och 5 % av män någon gång blivit utsatta.

Möjliga konsekvenser kan inkludera fysiska skador, oönskade graviditeter, akut stress och PTSD. Långsiktiga negativa konsekvenser inkluderar depression, ångest, risk- och missbruk, smärtproblematik och somatisk sjuklighet relaterat till detta. Vi läkare måste ha en formulering i bakhuvudet för att kunna fråga patienter om eventuellt sexuellt våld.

Akutmottagningen för våldtagna i Stockholm öppnade 2005, initialt endast för kvinnor men sedan 2015 är alla välkomna.

Patienter kan komma inom en månad efter övergrepp och från 13 års ålder (eller tidigare om de puberterat) och uppåt. Mottagningen är ämnad att handlägga akut uppföljande efter våldtäkt, rättsmedicinsk undersökning/spårsäkning och fungera som ett regionalt kunskapscentrum. Det finns ett stort mörkertal, 2022 hade man 895 sökande vilket bedöms bara vara en bråkdel av antalet våldtagna under tidsperioden. Det vanligaste är att sökande utsatts av en ytligt bekant medan de som har utsatts av en partner eller före detta partner är färre än vad som anses rimligt. Här är nog mörkertalet väldigt stort. De flesta som söker är 18–22 år gamla och 5 % har manligt personnummer.

Mottagningen är tillgänglig för hela Region Stockholm och täcker hela vårdkedjan, alla dagar i veckan, dygnet runt. Alla moment är kostnadsfria, frivilliga och med hög sekretess där journalen inte syns i övriga journalsystemet.

Det akuta omhändertagandet utgår ifrån ett nationellt handlingsprogram som inkluderar akut bemötande, krishantering, rättsmedicinsk undersökning och spårsäkning samt medicinskt omhändertagande och uppföljning.

Vid en akut psykologisk krisreaktion ses allt från ångest, rädsla, skuld och skam till tomhet och skratt. Vid det första bemötandet behövs en trygg plats med enskilt rum där patienten får information om vad som kan erbjudas. Patienterna ska bekräftas, bli lyssnade på utan värdering och få förutsättningar för att återfå kontroll och uppmuntras till egna val. Tydlig och upprepad information är viktig. Inför varje delmoment ska samtycke inhämtas.

Medicinsk och forensisk anamnes inhämtas innehållande social anamnes och omständigheter kring övergreppet för att sedan gå in på mer specifik information som var, när och vem? Förekom våld, hot, motstånd, substanser, kondom, utlösning? Varifrån det är relevant att spårsäkra, vilka lokaler skall STI-prover tas från? Har personen duschat, berättat för någon? Känns det som att faran är över? Här finns en mall att utgå ifrån.

Efter samtalet behöver det spårsäkras för DNA och detta ska göras skyndsamt. Från händer och mun försvinner spår snabbt. Inom sju dagar efter brott ska det spårsäkras, detta samlas i en spårsäkringssats som sparas i två år. Detta analyseras av nationellt forensiskt centrum (NFC). Tops används, lätt fuktad på keratiniserad hud och torr tops vid kroppshåligheter. Prov tas för alkohol- och droganalys och för att samla patientens eget DNA.

Vid en rättsmedicinsk undersökning genomförs en helkroppsundersökning för att hitta eventuella skador och fotodokumentera. Dokumentationsmallar finns för detta vilka blir underlag till rättsintyg. Undersökningen kan behöva upprepas, eftersom vissa skador först blir synliga efter några dagar. Andra skador läker snabbt och är ibland knappt synliga, såsom sprickor och sår i vulva/vagina. Från genitalia avstås bilder.

Medicinsk vård inkluderar provtagning för STI där man tar nollprover för att utesluta infektion sedan tidigare och infektionsprofylax ges för hepatit samt ibland HIV. Graviditetstest kan tas och graviditetsföregående initieras vid behov.

Innan patienten lämnar akutbesöket checkas det av om det finns behov av skydd. Om offret var ett barn behöver en vuxen kontaktas, remiss skickas också för uppföljning och orosanmälan görs. Om det rör sig om en person över 18 år bokas tider för krisstöd, vaccination och återbesök till läkare. Personen ska gärna ha sällskap från mottagningen och ställning ska tas till om en orosanmälan behöver göras. Patienten träffar se-

dan kurator inom tre dagar, vaccineras med dos två och tre mot hepatit. Prover skall tas för HIV efter 2 månader och syfilis/hepatit efter 4 månader.

Akut krisstöd efter våldtäkt

Därefter gick Lisa Nordlund, psykolog och psykoterapeut, upp på scenen för att ta vid avseende det psykologiska omhändertaget på mottagningen. Tid för samtal hos kurator, psykoterapeut eller psykolog bokas vid akutbesöket för enskilt samtal med fokus på den aktuella händelsen. Det erbjuds även grupperapi.

Vid hot reagerar man automatiskt med frysreaktion, kamp-/flyktreaktion eller med paralyt. Vid våldtäkt är paralyt vanligast, vilket är en passiv coping i form av en dissociativ reaktion. Paralytreaktionen är associerad med akut stressyndrom i form av påträngande symptom med undvikande, flashbacks, sänkt sinnesstämning, överspändhet och dissociativa symptom. Detta varar i 1–3 månader och är vanligt. Vid sexuellt våld är det vanligare att symptomen stannar kvar och utvecklas till PTSD.

Sexuellt våld kan upplevas som ett svårt ämne att prata om och vanliga hinder från att berätta är att man förnekar för sig själv, oro över att inte bli trodd, osäkerhet över om det rör sig om våldtäkt och att man inte vill bli påmind om händelsen. Ibland är hindret att vi i vården inte ställer frågan. Man ska ställa öppna frågor, förmedla lugn och trygghet samt fråga om lov att ställa följdfrågor.

Initialt görs en bedömning för att anpassa krisstödet utifrån patientens resurser och behov. Behövs orosanmälan eller skyddat boende? Utvärdering sker av symptom och det psykiatriska tillståndet, med fokus på akut stress och depression samt suicidriskbedömning. Finns riskbeteenden som missbruk, självskaadebeteende och ätstörningar?

Bemötande är viktigt och kan skydda mot PTSD. Trygghet, tydlighet, sammanfattningar och upprepande är viktigt. Man måste lyssna aktivt och bekräfta och synliggöra motstånd som gjorts. Språket är viktigt och man jobbar aktivt med att tydliggöra våldet med språkval. Man ska främja hopp, de flesta mår bättre inom veckor och annars finns behandling. Patienten ges information och råd om exempelvis vanliga reaktioner, självomsorg och basala behov efter händelsen. Det kan vara svårt att t.ex. äta eller sova, man uppmuntras till bra stöd och att inte vara ensam. Patienterna behöver information om normala peritraumatiska reaktioner

och genitala responser (exempelvis lubrikation) och även rättslig information.

Vanliga teman under samtal är reaktioner från omgivningen, självkritik/självomsorg, traumaminnen, känsloreglering, kropp/sexualitet, aktivitet/återhämtning, rättsprocessen och skydd/säkerhetsplan. Man strävar mot att återfå självrespekt, att minnet ska kännas hanterbart och personen ska ha strategier för att kunna hantera sina tankar och känslor.

Slutmålet är att återta en normal vardag och ett normalt liv.

Juridik och journalföring

Som ett sista block innan lunchen kom Peter Gröön, regionsjurist vid Smittskydd Stockholm, för att prata STI och journalföring. Som alltid när det kommer till juridik haglade frågorna, och tiden kändes knapp, så STI specifikt kom vi inte riktigt in på.

Vi har fått en ny lag som tillägg till patientdatalagen (PDL) – lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD) som innebär förbättrade möjligheter till att dela journaluppgifter mellan region, kommun och andra aktörer. Patientjournal är vi alla skyldiga att föra för varje enskild patient, och patienten har ingen möjlighet eller rättighet att styra vad som ska stå eller inte stå i journalen. Om hen sedan anser att det finns felaktiga uppgifter så ska detta antecknas i journalen.

Om en vårdgivare är ansluten till sammanhållen journalföring så innebär detta att uppgifter får göras tillgängliga för andra vårdgivare och aktörer om: patienten har fått information om vad det innebär och om patienten inte aktivt har motsatt sig och därmed spärrat journalen. Vårdgivare får ta del av ospärrade uppgifter om: det finns en patientrelation, det kan ha betydelse för vård och behandling och patienten samtycker. Denna åtkomst gäller även efter avslutad patientrelation för exempelvis intygsskrivning.

Det går att spärra sin journal för andra kliniker men inte inom journalförande klinik, och om journalen är spärrad så kan patienten inte heller se den i 1177. Om man vill dölja journalen helt i 1177 kan man även som patient försegla den.

I nödsituationer får man ta del av ospärrade uppgifter även om samtycke inte kan hämtas om det finns fara för liv/hälsa. Spärrade uppgifter får man också ta del av vid akuta situationer, men för att kunna häva spärren måste den vårdgivare som har den spärrade journalen kontaktas och det är inte

säkert att de är tillgängliga just då. Spärr inom samma vårdgivare kan överskridas med samtycke eller i akutsituation.

När det kommer till barn behöver inte vårdnadshavare samtycka, och de kan inte heller spärra journalen. När barnet bedöms uppnå mogen ålder får de dock spärra sin egen journal, och behöver samtycka för att vi ska ta del av uppgifterna.

Sen kom vi inte längre, och det blev dags för en väldigt trevlig fisk och nudelsallad till lunch.

Exploatering och riskutsatthet

Med mer energi i kroppen gick vi tillbaka till vårt tunga tema och Janna Davidsson, polis och nationell rapportör till regeringen, pratade om människohandel och exploatering. Alla EU-länder ska ha en nationell rapportör som rapporterar till regeringen om vad landets myndigheter gör för att motverka detta.

Människohandel förekommer över hela världen i alla möjliga former. Brottet kan ske i ursprungslandet, transitlandet och destinationslandet men också vara inhemskt. Det vanligaste är sexuell exploatering av framför allt kvinnor och flickor, ofta kopplat till prostitution men även tvångsäktenskap som sedan kan leda till brott i nära relation. I upp till 80 % av alla massagesalonger i Sverige förekommer sexuell exploatering. Arbetskraftsexploatering är ständigt ökande inom alla serviceyrken, framför allt för män men även kvinnor. Andra områden för exploatering är tiggeri och kriminell verksamhet. 56 % av människohandelsfall har koppling till porrindustrin.

Generella tecken på utsatthet hos en person kan vara att rörelsefriheten tycks kontrollerad. Personen är inte ensam, utan någon väntar. Det kan finnas skador som indikerar våldsutsatthet som brännmärken från cigaretter eller strimformade ärr vid anklarna. Det kan finnas tecken på att man inte kan lämna situationen och en rädsla för att bli kontaktad. Det kan förekomma liten eller ingen kontakt med familjemedlemmar och ingen social samvaro. Eventuellt finns en misstro mot myndigheter. Mer specifika tecken kan vara att personen saknar id-handlingar, ekonomiska medel eller tillhörigheter. Andra signaler kan vara att individen har oklar hemvist och svårt att orientera sig, en otydlig resplan samt bristande kunskap om sin vistelse eller arbetsplats. De har ofta vilseletts om sin vistelse eller arbetsförhållanden och en tredje person kan närvara och föra individens talan.

Vid möten med utsatta ska man tänka på att anpassa språket, framför allt om det rör sig om barn. Man ska ha en skyddad miljö, tolk om det behövs och ett icke-diskriminerande och icke-dömande bemötande med förstående för rädslan. Polisanmälan kan göras eftersom detta ger över ett års fängelse på straffskalan, vilket leder till utredning och tillfälligt uppehållstillstånd för den utsatta. Sverige har en skyldighet att ge stöd till utsatta och hjälp kan fås genom regionskoordinatorer eller socialtjänsten.

När det kommer till unga så är de oftast utsatta för sexuell exploatering, där första kontakt sker via sociala medier eller annonsering via hemsidor för att sedan flytta till slutna chatrum såsom Kik, Snapchat och WhatsApp. I genomsnitt har 6 % av unga varit utsatta för sexuell exploatering och 24 % har fått frågan om de vill sälja sig eller sälja bilder. Utsattheten ökar också för unga utan klassiska riskfaktorer.

Det finns en stöd- och skyddsprocess för offer för människohandel där man först behöver identifiera personerna och sedan ge akut skydd, inledande och långsiktigt stöd samt hjälp med det straffrättsliga förfarandet och tryggt återvändande. Information finns på sju språk på Jämställdhetsmyndighetens hemsida där man även finner en webbutbildning samt nummer till den nationella stödtelefonen.

Dermatoser i melaninrik hud

Vi lämnade våldet och Maria Bradley tog över för att prata om dermatoser i melaninrik hud. I Sverige finns drygt två miljoner utlandsfödda, varav 1 miljon med ursprung i Asien, Afrika och Sydamerika. Patienter med mörkare hud får oftare en oklar diagnos eller fördröjd korrekt diagnos med ökad risk för restillstånd och keloider. Det är vanliga med underbehandling av atopisk dermatit och 0,9–3,1 % av bilder i kurslitteratur visar hudtyp V-VI. Det pågår en global rörelse för att successivt förbättra detta.

Vi fick en genomgång av skillnaden i hur vanliga dermatoser ger sig till uttryck i olika hudtyper, samt svårigheter med att se rodnad, cyanos, ikterus, anemi och hematom. Det viktigaste är att träna, titta på frisk hud och jämföra, känna på huden och såklart fråga patienten om något har ändrats.

Vi gick även igenom några fall, som man kan läsa om mer utförligt i referatet från vårmötet förra året (D&V nummer 34). Exempelvis diskuterades ett fall av eksem som initialt bedömts som svamp. Atopisk dermatit i melaninrik hud lokaliserar ofta till sträcksidor med perifollikulärt engagemang. Det finns en ökad risk för prurigo nodularis och kronisk klåda, samt risk för postinflammatoriska hypo- och hyperpigmenteringar.

Vi fick också höra om ett fall av Cushings syndrom efter användning av hudbleknings-



Historik: syfilis som arbetsskada

- En vanlig arbetsskada hos sjuksköterskor, barnmorskor och läkare vid 1900-talets början.



Work Projects Administration. Public Domain, Public Domain, via Wikimedia Commons

region.se

medel. Dessa har i regel oklara innehållsförteckningar, men brukar innehålla steroider som kan vara starka. I Sverige är det vanligt att reglerade substanser såsom hydrokinoner, kortison och kvicksilver förekommer i preparat som köps både i fysiska affärer och via internet.

Sedan gick vi även in på keloider. Personer med melaninrik hud har 15 gånger ökad risk att drabbas av sådana på grund av ett mer kompakt dermis, större fibroblaster och makrofager samt mindre kollagenas än ljus hud. Dessa drabbar framför allt thorax, skuldror och örsnibbar. Det finns ingen konsensus avseende behandling, inga monitoreringsinstrument och inga RCT. Många har symptom som ömhet och klåda och målet är lindring av detta. Akne keloidalis nuchae diskuterades också och vikten av att förebygga och undvika mekanisk irritation betonades. I nacken går det att operera, och ännu bättre är det om man även kan lägga till brakyterapi.

Vårdrelaterad syfilis

Ett återkommande tema under dessa utbildningsdagar är nyheter inom STI och aktuella fall. Därför passade det ypperligt att Karin Sanner, venereolog och Jakob Morén, vårdhygienläkare från Uppsala, pratade om

vårdrelaterad syfilis. För ni minns kanske nyhetsrubrikerna från i somras om en utbredd smittspårning avseende syfilis som genomfördes av cirka 300 patienter i Uppsala efter kontakt med en vårdgivare.

För att inte gå för djupt in i det specifika fallet så kan man sammanfatta att indexpatienten som ofta hos syfilispatienter hade ett flertal ospecifika symptom från olika organsystem. Vid undersökning smittades en läkare genom stickskada. När diagnosen senare upptäcktes behövde smittspårning av nästan 300 individer som varit patienter hos denne läkare genomföras. Ingen testade positivt.

Syfilis har historiskt varit en vanlig arbetsskada som ofta manifesterat sig med schankrar på händerna. Smitta har skett antingen via direkt kontakt med kroppsvätskor eller via stick- eller skärskador. När vårdpersonal drabbats kan de såklart sedan riskera att sprida vidare smittan till patienter och det finns historiska fall där multipla patienter har smittats av personal exempelvis vid förlösningar.

Åtgärder som införts under historien har varit handtvätt, att inte arbeta med sår på händerna och handdesinfektion. I slutet av 1800-talet infördes handskar vid kirurgi, och sedan även som skydd mot syfilis vid

undersökningar. Skyddsglasögon infördes också, eftersom det var vanligt att smittas av syfilis i ögat. Initialt användes skydd endast vid redan bekräftad syfilis, men sedan ökade man det till en generell riktlinje. Runt 30-talet försvann syfilis som en arbetsrelaterad infektion, i samma veva som penicillin upptäcktes.

Lärdomar från detta fall berör vikten av att alltid ha syfilis som en differentialdiagnos i bakhuvudet, samt att vårdgivare inte bör arbeta patientnära med sår eller misstänkta infektioner på händerna.



Inessa Bjartmar

ST-läkare

Hudkliniken,

Skånes universitetssjukhus, Malmö

ANMÄL DIG NU:
www.trippus.net/ssdv2024



Välkommen till SSDV:s vårmöte 2024 i Örebro 22-24 maj



Adressändring!



Om du flyttar eller byter arbetsplats så glöm inte att meddela din nya adress till SSDV:s kansli på info@ssdv.se

Medicinsk rådgivare till Afa Försäkring

Vi söker läkare som vill bidra med sin specialistkunskap till våra bedömningar i skadereglering. Det handlar om att bedöma samband mellan anmäld arbetsskada och medicinska konsekvenser. Vi söker nu medicinska rådgivare som är specialister inom lungmedicin och dermatologi. Våra försäkringar är en självklar del av kollektivavtalen och det svenska trygghetssystemet. Afa Försäkring har cirka 700 medarbetare, ägs av arbetsmarknadens parter och drivs utan utdelning till ägarna.



Vad du kan förvänta dig?

Som medicinsk rådgivare stödjer du skadereglerare i försäkringsmedicinska frågeställningar. Skaderegleraren tar fram medicinskt underlag och den frågeställning som du som medicinsk sakkunnig ska besvara.

Genom att svara på handläggarens frågor och skriva utlåtanden i vårt skadesystem hjälper du skaderegleraren att fatta beslut i ett skadeärende. De vanligaste frågeställningarna rör sambandsfrågor, medicinsk invaliditet och skadlig inverkan i arbetet.

Vem är du?

Det är fördelaktigt om du:

- Är kliniskt verksam inom aktuell specialitet.
- Genomfört de fyra obligatoriska kurserna via Föreningen för medicinska rådgivare.
- Har försäkringsmedicinsk erfarenhet.
- Har förmåga att uttrycka motiveringar enkelt och korrekt.
- I din roll kan det också ingå att stärka handläggarnas kunskaper i medicinska frågor.

Vi strävar efter likvärdiga bedömningar. Det innebär att vi sätter stor vikt vid att våra rådgivare har samstämmighet i bedömningarna. Vi ger dig förutsättningar för det genom återkommande möten inom respektive disciplin.

Det här kan vi erbjuda dig

Vi är måna om att du ska ha rätt förutsättningar att verka som medicinsk rådgivare och vi har en funktion som är avsedd för att stödja och bistå dig. När du börjar ditt uppdrag hos oss får du information om Afa Försäkring och hur arbetsskadeförsäkringen är uppbyggd genom lag och villkor.

Som medicinsk rådgivare arbetar du som konsult några timmar i veckan. Du arbetar digitalt och har därmed möjlighet att utföra ditt uppdrag på olika platser och vid tider som passar dig.

Välkommen med din ansökan

Du är välkommen att skicka in din ansökan. Har du frågor är du välkommen att vända dig till funktionen Medicinsk samordning, Patrik Lenman 070-816 03 81 eller Maria Göth Federspiel 070-816 40 19.

<https://www.afaforsakring.se/om-oss/jobba-hos-oss>



Om oss (Afa Försäkring)

Afa Försäkring gör vardagen tryggare i arbetslivet. Våra försäkringar är en del av kollektivavtalen och ger ekonomiskt stöd vid sjukdom, arbetsskada, arbetsbrist, dödsfall och föräldraledighet. Vi finansierar forskning och stödjer insatser för att förebygga arbetsskador och ohälsa. På så vis bidrar vi till ett hållbart arbetsliv. Afa Försäkring ägs av Svenskt Näringsliv, LO och PTK.

På jobb.afaforsakring.se kan du läsa mer och se filmer om hur det är att jobba på Afa Försäkring.

Följ oss gärna via LinkedIn. #LI-Hybrid

Annons

Annons



Du kan ladda ner årsrapporten på:
www.psoreg.se/publikationer/

PsoReg:s årsrapport för 2023

Patientens röst

"Den friske har tusen önsknningar, den sjuke har bara en". Som kroniskt sjuk i psoriasis och psoriasisartrit kan jag skriva under på det. Varje registrering i PsoReg ökar kunskapen om behandlingarna och dess effekter. Det skapar trygghet för mig som patient och ger kunskaper som kan förändra och förlänga livet för oss med psoriasis.

Jag fick min första behandling med "cellgift" för nästan 40 år sedan. Nyss hemkommen från BB med en nyfödd på armen blommade sjukdomen upp. Jag hade tidigare under livet testat allt från tjärbad till starka a-vitaminpreparat, men "cellgift" var som ett rött skynke för mig. Så jag stretade emot, trots läkarnas försäkringar om att de hade koll på läget. Till sist hade jag inget val. Jag ville ju kunna sköta min nyfödde. Att kliva över den tröskeln var som att kliva in i ett nytt liv, för jag blev i stort sett frisk och fortsatte med "cellgift" i många år, tills effekten avtog. Då blev det dags att kliva över nästa tröskel, i form av ett biologiskt läkemedel. Då klev jag dessutom in i ett register för då var det nytt med ett nationellt kvalitetsregister. Det kändes, på allvar, just tryggt.

PsoReg håller reda på och rapporterar om hur vi patienter mår. Därmed drivs utvecklingen framåt. För det känner jag starkt och till det vill jag och andra patienter med mig självfallet bidra. PsoReg är därför en angelägenhet även för oss som lever med sjukdomen, för att vi ska kunna leva ett bra liv, oavsett var i landet vi bor.

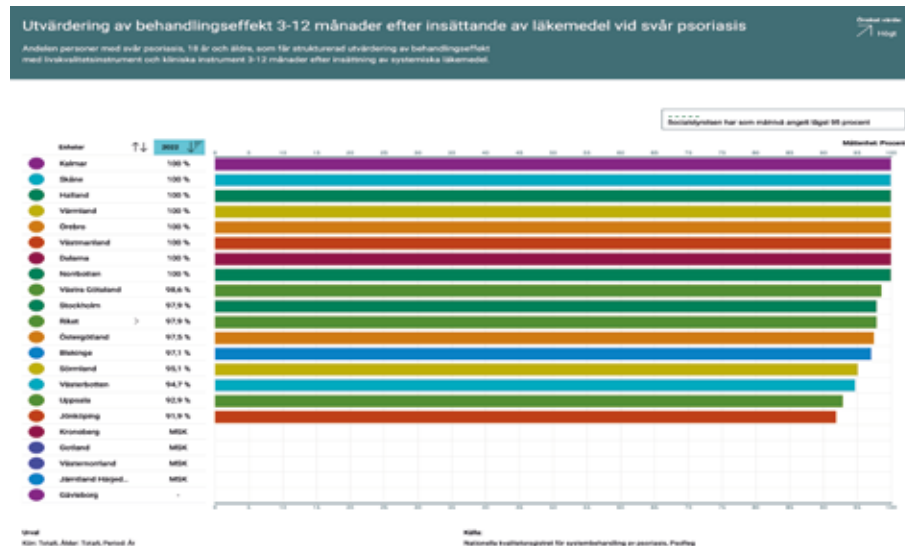


Tina Norgren
 Patientrepresentant
 i NAG psoriasis
 och i Regeringens
 patientråd

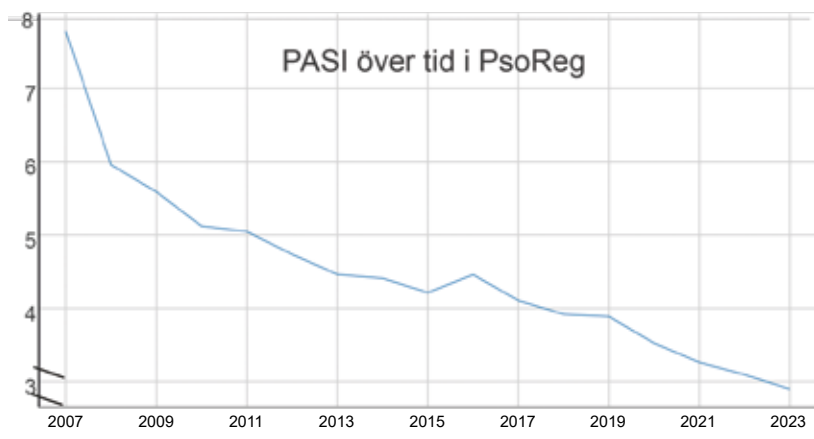
Psoriasisvården har genomgått en fantastisk utveckling med nya effektiva läkemedel. Sannolikt kommer denna trend att fortsätta. Detta illustreras i denna årsrapport där man kan se att det kliniska måttet för psoriasisaktivitet i huden (PASI) sedan starten av PsoReg har mer än halverats. PsoReg har inte bara varit instrumentell i denna process, utan har även satt fokus på psoriasis som systemsjukdom. Här är det viktigt att sjukvården och patientföreningarna hjälper personer med psoriasis att omsätta vinsten som en friskare hudkostym innebär till aktiva levnadsvanor. Först när detta har blivit verklighet kan även utvecklingen mot en generell bättre hälsa uppnås (se även årsrapportens sista figur om BMI – ett mått för övervikt).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psoriasis har som målnivå att minst 80 % av individer med svår psoriasis ska få en individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis. Analysen hos www.vardenisiffror.se för 2022 visar att detta uppfylldes endast av tre regioner: Skåne med 88 %, samt Jönköping och Dalarna – båda med 82 %.

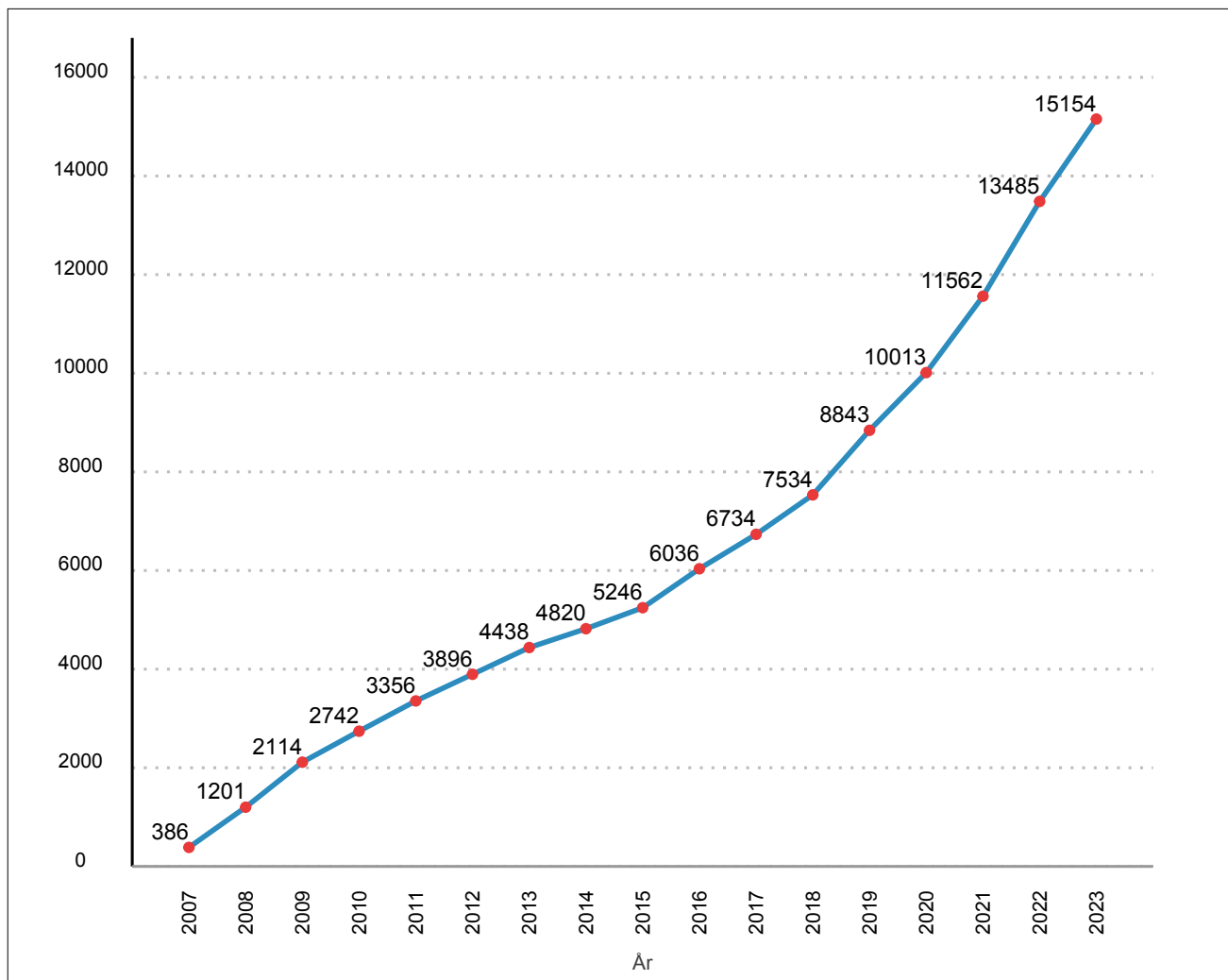
En annan målnivå är att 95 % av individer med svår psoriasis ska få en utvärdering av behandlingseffekten 3–12 månader efter insättande av läkemedlet; här är bilden rätt positiv, vid ett riksgenomsnitt av 98 % uppnådde 13 regioner målet:



Både PASI & DLQI har under de senaste åren gått ned – PASI har mer än halverats sen 2007. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer bör PASI vara <3 och DLQI ≤5 för att ehandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Året 2023 har dessa värden nästan uppnåtts på genomsnittlig gruppnivå (se Figur 8).



Patientregistrering ackumulerat över tid



Figur 1: Antal patienter i PsoReg ackumulerat är nu över 15 000. Observera att detta är det totala antalet unika registreringar i registret och inte antalet aktiva patienter det året.

Vetenskapliga bidrag under 2023

The Influence of Socioeconomic Factors on Access to Biologics in Psoriasis

Norlin JM, Löfvendahl S, Schmitt-Egenolf M

J. Clin. Med. 2023, 12(23), 7234; <https://doi.org/10.3390/jcm12237234>

Experience-based health state valuation using the EQ VAS: a register-based study of the EQ-5D-3L among nine patient groups in Sweden

Teni FS, Burström K, Devlin N, Parkin D, Rolfson O; Swedish Quality Register (SWEQR) Study Group. Health Qual Life Outcomes.

2023 Apr 10;21(1):34. doi: 10.1186/s12955-023-02115-z. PMID: 37038172

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37038172/>

The Use of IL-17 and IL-23 Inhibitors in Swedish Clinical Practice: A Register-Based Analysis. Norlin JM, Löfvendahl S, Schmitt-Egenolf M

Dermatology. 2023;239(2):262-266. doi: 10.1159/000528007.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36516805/>

Styrgruppen för PsoReg 2023

Amra Osmancevic, adjungerad professor i dermatologi och venerologi vid Göteborgs universitet, universitetssjukhus-överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

Annelie Edrén, verksamhetschef, Psoriasisföreningen i Stockholms läns mottagningar

Bertil Born, patientföreträdare, Horda

Eva Aspelin, sjuksköterska, Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Ewa Wallin, sjuksköterska, Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Grigorios Theodosiou, (föräldraledig) specialitläkare, Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Kari Dunér, överläkare Hudmottagningen, Blekingesjukhuset, Karlskrona

Lenita Gustafsson, sjuksköterska, Hud- och STI-mottagningen Nässjö, Hudkliniken Jönköping

Marcus Schmitt-Egenolf, professor i dermatologi vid Umeå universitet, överläkare Norrlands Universitetssjukhus, registerhållare

Ronny Lestander, Verksamhetschef, primärvården Region Västerbotten/ Praktikertjänst, Umeå

Åke Svensson, överläkare och docent, Lunds universitet och Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus, Malmö (adjungerad)



Stående från vänster: Eva Aspelin, Marcus Schmitt-Egenolf, Kari Dunér, Amra Osmancevic, Åke Svensson, Annelie Edrén, Ronny Lestander. Sittande: Ewa Wallin. Inklippta: Lenita Gustafsson och Bertil Born.

NPO/RPO Hud- och könssjukdomar och NAG Psoriasis

Nationella programområden (NPO)

Hud- och könssjukdomar är ett av 26 Nationella programområden, som leder kunskapsstyrningen inom sina respektive områden. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner.

Sjukvårdsregionala programområden (RPO)

De nationella programområdena speglas på sjukvårdsregional nivå i sjukvårdsregionala programområden, RPO.

Nationella arbetsgrupper (NAG)

Nationella programområden tillsätter nationella arbetsgrupper (NAG).

NAG bistår NPO i att utföra dess uppdrag. NPO Hud- och könssjukdomar har tillsatt NAG Psoriasis.

Källa: www.skr.se, <https://kunskapsstyrningvard.se>

Biologiska läkemedel, syntetiska läkemedel och biosimilarer

Biologiska läkemedel är proteiner som är så stora och komplexa att de inte kan produceras med kemisk syntes, till skillnad från syntetiska läkemedel (t.ex. metotrexat), utan de måste produceras av levande celler. När ett syntetiskt läkemedel förlorat sitt patentskydd kan generiska läkemedel (generika) tillverkas som innehåller exakt samma verksamma molekyl som referenspreparatet. Den komplicerade tillverkningsmetoden för biologiska läkemedel ger däremot upphov till viss variation. En biosimilar är ett läkemedel som liknar ett redan godkänt biologiskt läkemedel (det biologiska referenspreparatet) men som inte är 100% identiskt. Biologiska läkemedel brukar ha högre pris än syntetiska läkemedel och används vanligtvis när syntetiska läkemedels effekt inte är tillräcklig. Biologiska läkemedel består oftast av antikroppar riktade mot den pågående inflammationsprocessen i kroppen och ges som injektioner.

Behandling med biologiska läkemedel kombineras ibland med andra systemläkemedel, framför allt metotrexat. Biologiska läkemedel som används för behandling av psoriasis är riktade mot:

TumörNekrosFaktor (TNF):

Infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab. I denna gruppen finns biosimilarer.

InterLeukiner (IL):

IL-12/23 Ustekinumab (biosimilarer förväntas inom 1-2 år)

IL-17 Bimekizumab, brodalumab, ixekizumab, sekukinumab

IL-23 Guselkumab, risankizumab, tildrakizumab

Det sker även en utveckling inom gruppen syntetiska läkemedel, "Andra generationens syntetiska läkemedel":

- Apremilast, fosfodiesteras-4-hämmare
- Deukravacitinib, **TYrosine Kinase 2 (TYK2)** hämmare (tillhör Janus kinase enzym-familjen)
- Dimetylfumarat, fumarsyra-familjen
- Upadacitinib, **JANus Kinase (JAK)** hämmare

Anslutning i PsoReg

| Klinik | Sjukvårdsregion | Antal patienter |
|---|-------------------------------|-----------------|
| Norrlands US | Norra sjukvårdsregionen | 375 |
| Sunderby sjukhus | Norra sjukvårdsregionen | 257 |
| Sundsvalls sjukhus | Norra sjukvårdsregionen | 236 |
| Östersunds sjukhus | Norra sjukvårdsregionen | 198 |
| Mälarsjukhuset | Sjukvårdsregion Mellansverige | 594 |
| US Örebro | Sjukvårdsregion Mellansverige | 292 |
| Karlstads sjukhus | Sjukvårdsregion Mellansverige | 287 |
| Falu Lasarett | Sjukvårdsregion Mellansverige | 219 |
| Akademiska sjukhuset | Sjukvårdsregion Mellansverige | 212 |
| Västerås lasarett | Sjukvårdsregion Mellansverige | 152 |
| Lindesbergs Lasarett | Sjukvårdsregion Mellansverige | 88 |
| Gävle sjukhus | Sjukvårdsregion Mellansverige | 87 |
| Lasarettet Enköping | Sjukvårdsregion Mellansverige | 37 |
| Karlskoga lasarett | Sjukvårdsregion Mellansverige | 25 |
| PSO i Stockholm | Stockholms sjukvårdsregion | 1 595 |
| Karolinska US | Stockholms sjukvårdsregion | 440 |
| P-Stockholm Hud Odenplan | Stockholms sjukvårdsregion | 261 |
| Danderyds sjukhus | Stockholms sjukvårdsregion | 151 |
| P-Kungsholmens Hudklinik | Stockholms sjukvårdsregion | 137 |
| Södersjukhuset | Stockholms sjukvårdsregion | 100 |
| Visby lasarettet | Stockholms sjukvårdsregion | 58 |
| Länssjukhuset Ryhov | Sydöstra sjukvårdsregionen | 479 |
| Länsjukhuset Kalmar | Sydöstra sjukvårdsregionen | 293 |
| Universitetssjukhuset i Linköping | Sydöstra sjukvårdsregionen | 274 |
| Vrinnevisjukhuset Norrköping | Sydöstra sjukvårdsregionen | 166 |
| Västerviks Sjukhus | Sydöstra sjukvårdsregionen | 153 |
| SUS Malmö | Södra sjukvårdsregionen | 497 |
| Blekingesjukhuset | Södra sjukvårdsregionen | 341 |
| Hallands sjukhus Halmstad | Södra sjukvårdsregionen | 254 |
| Kristianstads sjukhus | Södra sjukvårdsregionen | 245 |
| SUS Lund | Södra sjukvårdsregionen | 228 |
| Helsingborgs lasarett | Södra sjukvårdsregionen | 192 |
| P-Diagnostiskt Centrum Hud Malmö | Södra sjukvårdsregionen | 101 |
| P-Hudläkarna i Trelleborg | Södra sjukvårdsregionen | 88 |
| Växjö lasarett | Södra sjukvårdsregionen | 87 |
| P-Capio Specialisthuset Eslöv | Södra sjukvårdsregionen | 63 |
| Landskrona Lasarett | Södra sjukvårdsregionen | 28 |
| P-Dr Dropin Hudcentrum | Södra sjukvårdsregionen | 24 |
| P-Diagnostiskt Centrum Hud, Helsingborg | Södra sjukvårdsregionen | 23 |
| Ljungby Lasarett | Södra sjukvårdsregionen | 21 |
| Sahlgrenska US | Västra sjukvårdsregionen | 732 |
| Södra Älvsborgs Sjukhus | Västra sjukvårdsregionen | 522 |
| Skaraborgs sjukhus | Västra sjukvårdsregionen | 333 |
| Uddevalla Sjukhus | Västra sjukvårdsregionen | 287 |
| P-Kungsbacka | Västra sjukvårdsregionen | 223 |
| Västra Frölunda sjukhus | Västra sjukvårdsregionen | 131 |
| P-Diagnostiskt Centrum Hud Göteborg | Västra sjukvårdsregionen | 31 |

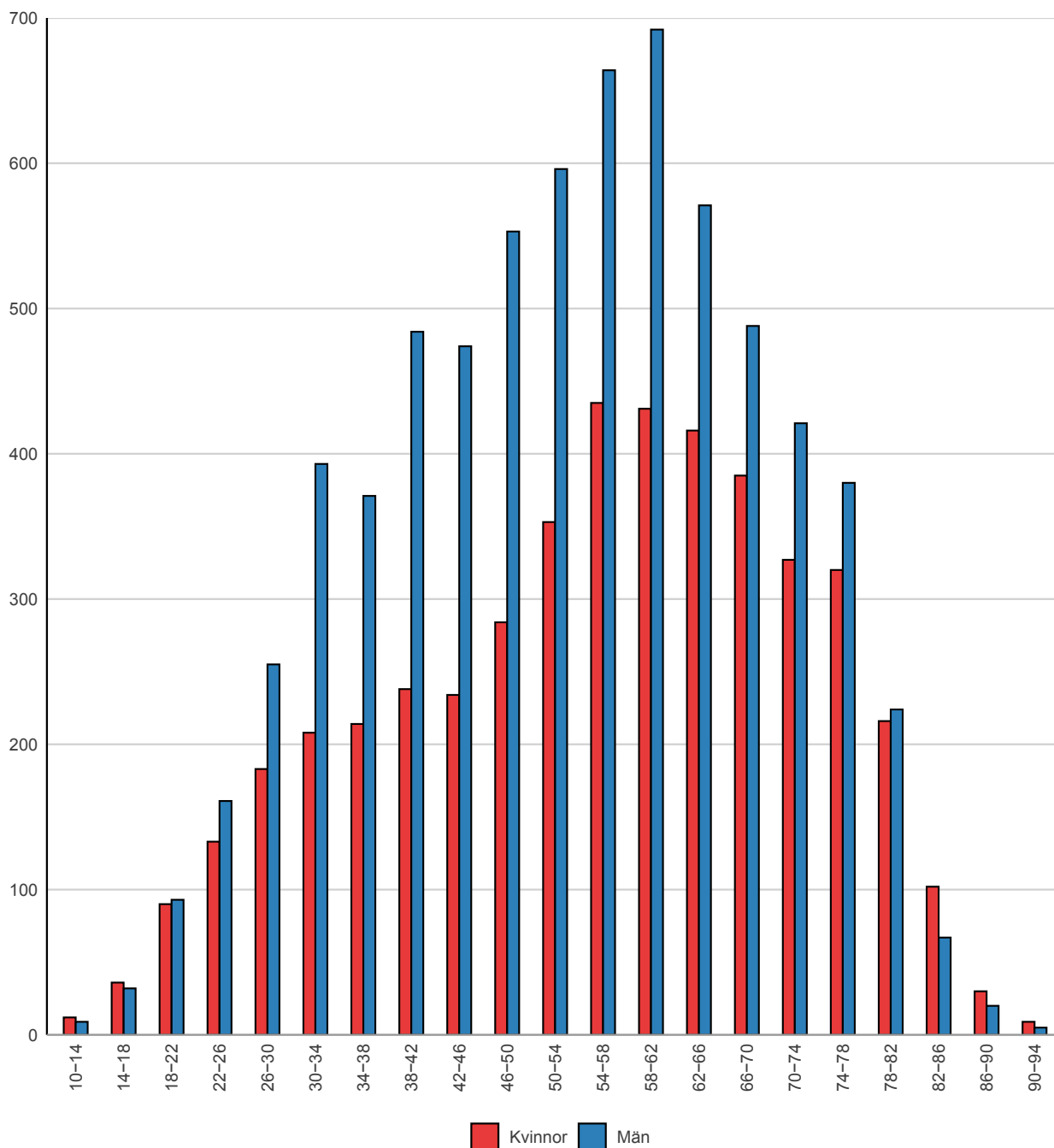
Tabell 1a: Antal patienter i PsoReg efter region vid årsskiftet 2023/2024, kliniker med fler än 20 patienter. Observera att en patient kan ha besökt fler än ett sjukhus.

| Klinik | Sjukvårdsregion | Antal patienter |
|---|----------------------------|-----------------|
| P-Hudläkartjänst | Stockholms sjukvårdsregion | 14 |
| P-Hudcentrum Hagastaden | Stockholms sjukvårdsregion | 12 |
| P-Älvsjö hudmottagning | Stockholms sjukvårdsregion | 2 |
| P-Doctor RY Skin Clinic | Södra sjukvårdsregionen | 16 |
| P-Tudorkliniken Halmstad | Södra sjukvårdsregionen | 11 |
| P-Hudläkare Ängelholm | Södra sjukvårdsregionen | 10 |
| P-Privatläkarna Hudmottagning Helsingborg | Södra sjukvårdsregionen | 7 |
| P-Hudläkarmott Lundagårds läkargrupp | Södra sjukvårdsregionen | 5 |
| P-Skin Hudkliniken Göteborg | Västra sjukvårdsregionen | 1 |
| Totalt | | 11 695 |

Tabell 2: Antal patienter i PsoReg efter region vid årsskiftet 2023/2024, kliniker med 20 eller färre patienter. Observera att en patient kan ha besökt fler än ett sjukhus.



Åldersfördelning uppdelat på kön



Figur 2: Åldersfördelning av patienterna i PsoReg, könsuppdelat. Generellt är män överrepresenterade. Detta kan dock bero på att män oftare har en svårare sjukdom.*

*Hagg, D., et al. The higher proportion of men with psoriasis treated with biologics may be explained by more severe disease in men. *PLoS One*, 2013, 2013. 8(5):p. e63619.

Hagg, D., et al. Severity of Psoriasis Differs Between Men and Women: A Study of the Clinical Outcome Measure Psoriasis Area and Severity Index (PASI) in 5438 Swedish Register Patients. *Am J Clin Dermatol*, 2017 Aug;18(4):583-590.

Fördelning av systembehandlingar de senaste 5 åren

| Systembehandling | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| IL23 | | | | | |
| Guselkumab (Tremfya) | 1.5 | 2.5 | 3.3 | 3.9 | 3.9 |
| Risankizumab (Skyrizi) | 0.7 | 2.0 | 2.6 | 3.3 | 4.0 |
| Tildrakizumab (Ilumetri) | - | - | - | - | <0.1 |
| IL17 | | | | | |
| Bimekizumab (Bimzelx) | - | - | - | 0.5 | 1.0 |
| Brodalumab (Kyntheum) | 0.2 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.4 |
| Ixekizumab (Taltz) | 2.2 | 2.5 | 2.6 | 2.8 | 2.9 |
| Sekukinumab (Cosentyx) | 6.7 | 6.3 | 5.9 | 5.4 | 4.9 |
| IL12/23 | | | | | |
| Ustekinumab (Stelara) | 11.5 | 10.3 | 8.9 | 7.8 | 7.0 |
| TNF | | | | | |
| Adalimumab | 12.0 | 16.5 | 23.2 | 27.1 | 30.9 |
| Certolizumabpegol (Cimzia) | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.4 |
| Etanercept | 7.5 | 6.8 | 5.7 | 5.1 | 4.4 |
| Infliximab | 0.7 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.3 |
| Andra generationens syntetiska | | | | | |
| Apremilast (Otezla) | 2.7 | 2.6 | 2.5 | 2.5 | 2.3 |
| Dimetylfumarat (Skilarence) | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | <0.1 |
| JAK hämmare | | | | | |
| Deukravacitinib (Sotyktu) | - | - | - | - | <0.1 |
| Upadacitinib (Rinvoq) | - | - | - | <0.1 | <0.1 |
| Syntetiska | | | | | |
| Acitretin (Neotigason) | 6.7 | 5.7 | 4.7 | 4.2 | 3.6 |
| Alfakalcidol (Etalpa) | <0.1 | <0.1 | <0.1 | <0.1 | <0.1 |
| Alitretinoin (Toctino) | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.2 | 0.2 |
| Ciklosporin (Sandimmun) | <0.1 | <0.1 | <0.1 | <0.1 | <0.1 |
| Fumaderm (Fumarsyra) | <0.1 | <0.1 | <0.1 | <0.1 | <0.1 |
| Metotrexat inj | 13.0 | 12.5 | 11.4 | 10.6 | 10.0 |
| Metotrexat tbl | 33.2 | 29.9 | 27.0 | 25.0 | 23.4 |

Tabell 3: Tabellen visar andelen av respektive behandling i procent. Som grupp ligger IL-hämmare på liknande nivå som förra året, men risankizumab har ökat medan sekukinumab och ustekinumab har minskat. Inom gruppen TNF-hämmare har förskrivningen av adalimumab ökat.

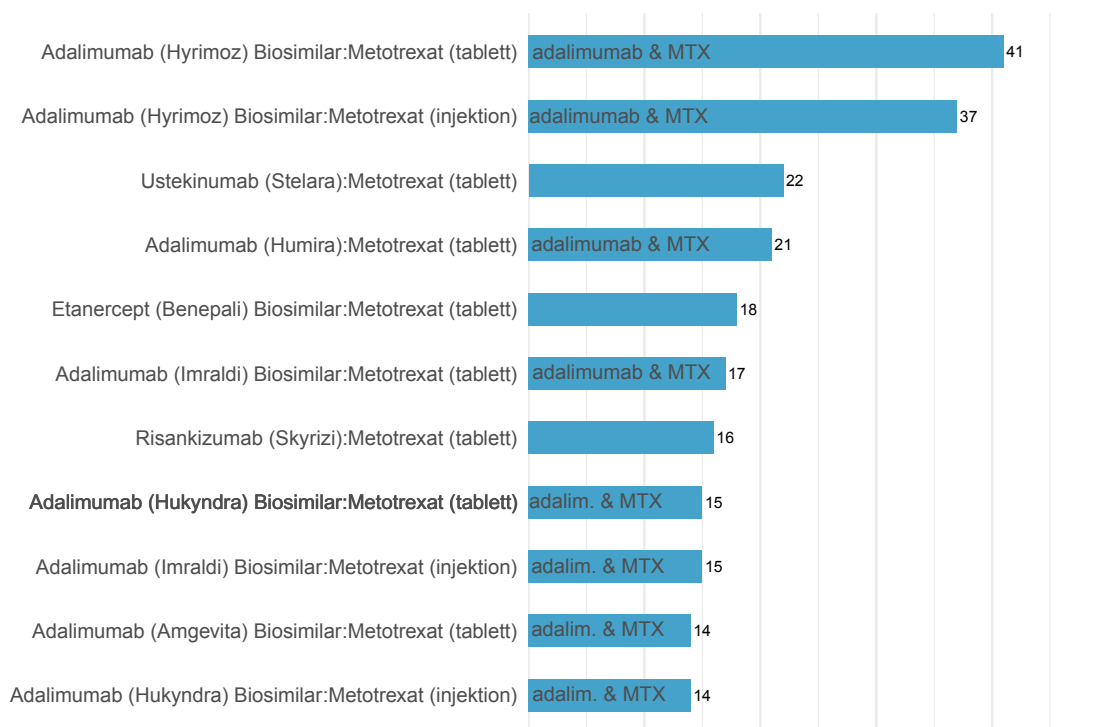
Om en patient står på fler än ett läkemedel räknas det som är biologiskt; ifall det finns två syntetiska räknas det senast insatta.

Fördelning av TNF-hämmare utan patent de senaste 5 åren

| Systembehandling | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|------|------|------|------|------|
| Adalimumab | | | | | |
| Adalimumab (Amgevita) Biosimilar | 12.7 | 16.1 | 14.6 | 13.5 | 11.0 |
| Adalimumab (Hukyndra) Biosimilar | - | - | - | 2.0 | 11.8 |
| Adalimumab (Humira) | 35.8 | 27.1 | 18.1 | 12.8 | 9.7 |
| Adalimumab (Hyrimoz) Biosimilar | 3.5 | 12.2 | 29.5 | 34.6 | 37.0 |
| Adalimumab (Idacio) Biosimilar | - | 2.0 | 5.2 | 11.1 | 9.2 |
| Adalimumab (Imraldi) Biosimilar | 7.2 | 11.6 | 11.4 | 9.0 | 7.7 |
| Etanercept | | | | | |
| Etanercept (Benepali) Biosimilar | 21.4 | 18.0 | 12.8 | 10.3 | 8.2 |
| Etanercept (Enbrel) | 15.4 | 10.6 | 6.5 | 4.6 | 3.5 |
| Etanercept (Erelzi) Biosimilar | 0.6 | - | 0.4 | 0.8 | 0.9 |
| Infliximab | | | | | |
| Infliximab (Remicade) | - | - | 0.5 | 0.5 | 0.4 |
| Infliximab-Biosimilar (Inflectra/Remsima) | 2.1 | - | 0.9 | 0.6 | 0.5 |

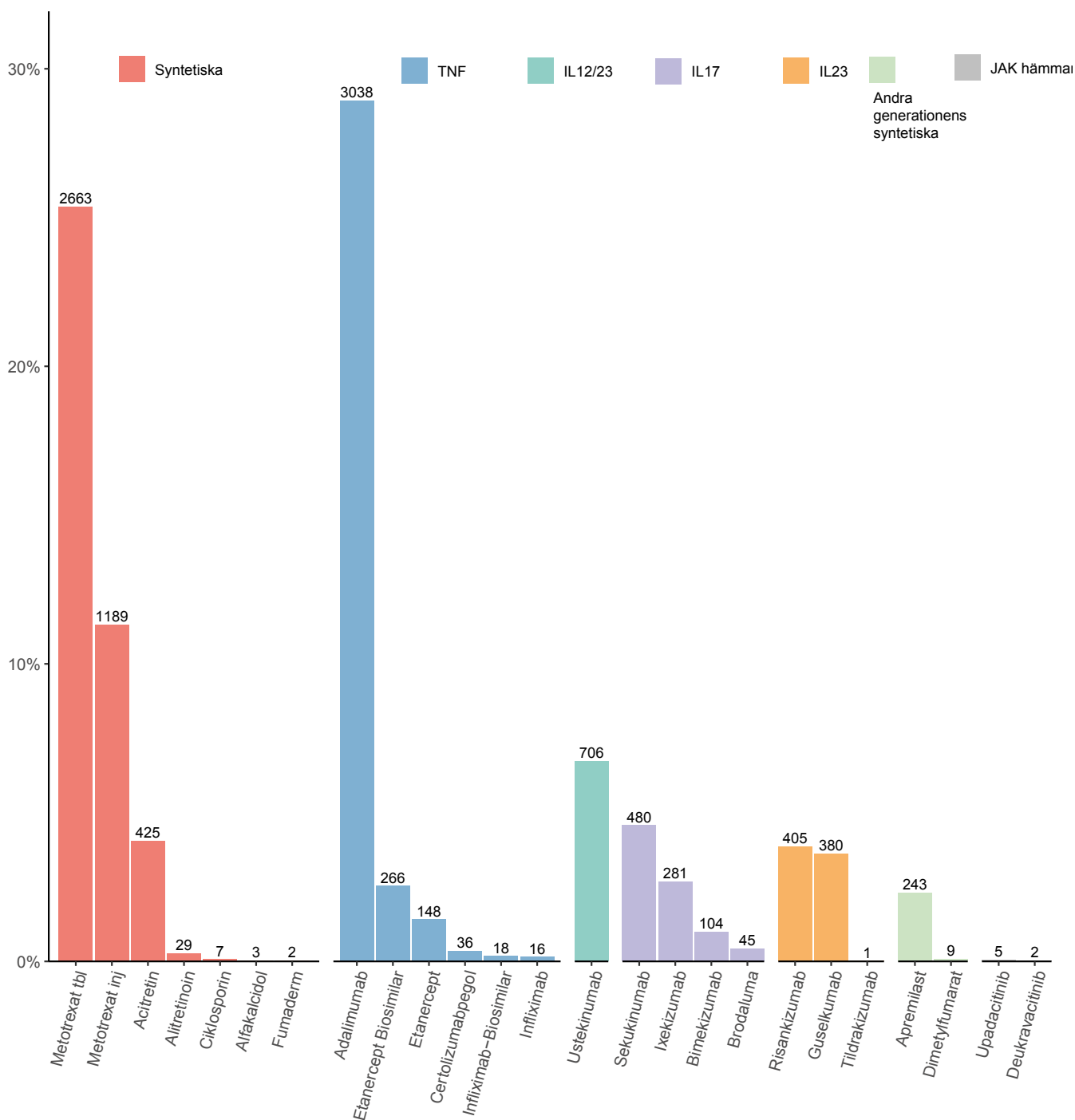
Tabell 4: Tabellen visar andelen av respektive behandling i procent. Svenska dermatologer sparar resurser genom att välja läkemedel med lägsta möjliga kostnad. Förskrivningen har gått från ca 25 % till 85 % biosimilarer i TNF-gruppen sedan 2018.

Fördelning av kombinationsbehandling



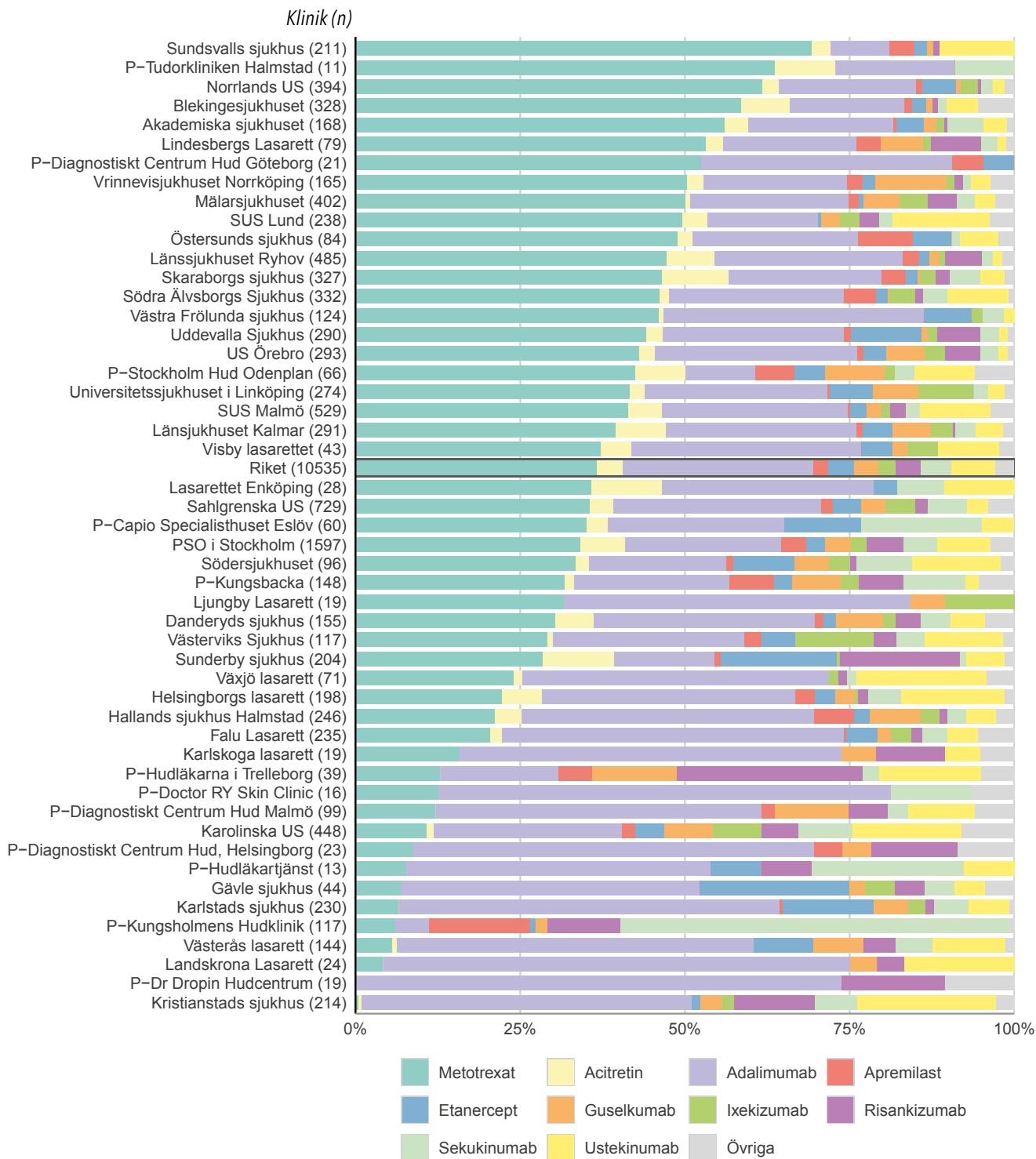
Figur 3: De 10 vanligaste kombinationsbehandlingarna i PsoReg vid årsskiftet 2023/2024. Gemensamt för dessa är att ett biologiskt läkemedel kombineras med metotrexat. Sammanlagt är tre av fyra (175 av 230) av de visade kombinationsbehandlingarna en kombination av adalimumab med metotrexat "adalimumab & MTX".

Fördelning av systembehandlingar



Figur 4: Samtliga pågående systembehandlingar i PsoReg vid årsskiftet 2023/2024. En patient kan behandlas med mer än en systembehandling samtidigt.

Fördelning av systembehandlingar uppdelat på klinik



Figur 5: Fördelning av registrerade systembehandlingar vid årsskiftet 2023/2024. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "övriga". Här noteras att ett antal kliniker endast har ett fåtal eller inga registreringar på traditionella syntetiska läkemedel. Detta kan spegla att dessa kliniker ej registrerar denna grupp och inte att dessa läkemedel ej används.

Annons

Annons

PASI och DLQI

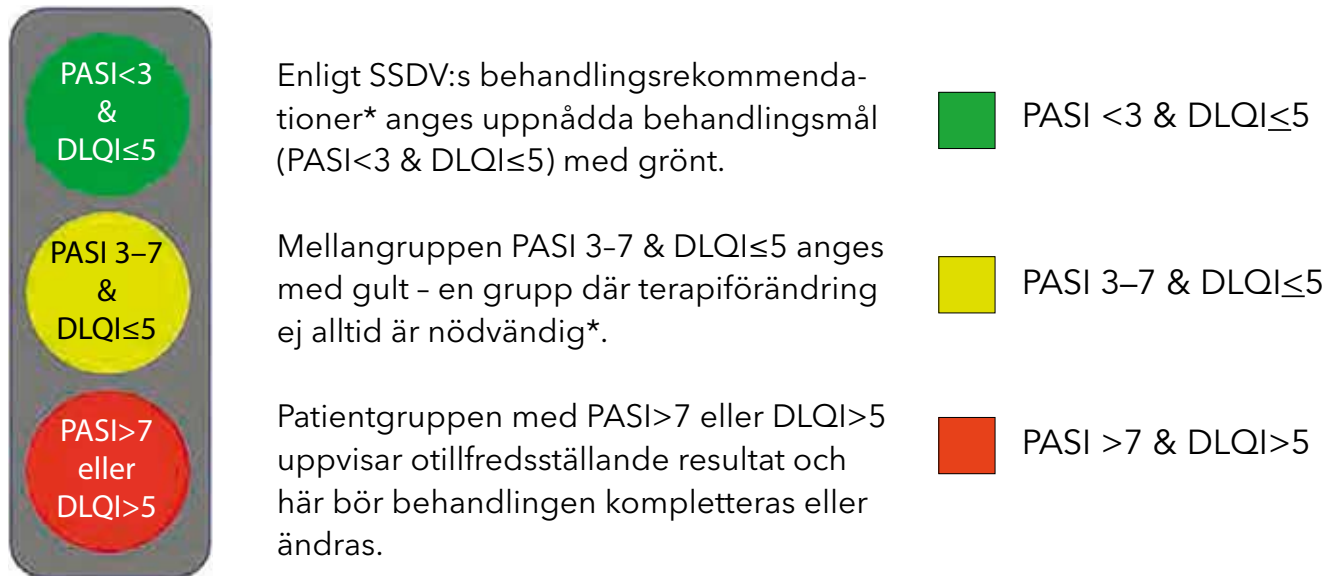
Psoriasisaktiviteten skattas i PsoReg via två standardiserade instrument, PASI & DLQI

Psoriasis Activity and Severity Index (PASI)

är ett kliniskt mått för psoriasis sjukdomens utbredning och svårighetsgrad. PASI = 0 innebär inga psoriasisfläckar alls och PASI >10 ses som gränsen till svår psoriasis. Behandlingsmålet PASI <3 innebär låg sjukdomsaktivitet på en begränsad del av kroppen.

Dermatology Life Quality Index (DLQI)

är ett standardiserat formulär angående hur patienten för närvarande upplever psoriasis sjukdomens påverkan på sin livskvalitet. Skalan sträcker sig från 0 (vilket innebär ingen påverkan på livskvaliteten) till 30 (vilket innebär maximal påverkan på livskvaliteten). Behandlingsmålet DLQI ≤5 innebär liten eller ingen effekt på livskvaliteten.



*www.ssdv.se/dermatologi/allmaen-dermatologi

PASI & DLQI jämfört mellan 2023 och 2022



Figur 6: Senaste mätningen av PASI & DLQI. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer bör PASI vara <3 och DLQI ≤5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Observera att varje enskild kategori (stapel) vars antal understiger 10 exkluderas för det aktuella sjukhuset. Det behövs registrering av både PASI & DLQI för att patienten ska presenteras i denna figur.

EQ-5D det generiska livskvalitetsmättet

EQ-5D är ett generiskt livskvalitetsmått. Det betyder att EQ-5D ska (idealiskt) skatta påverkan av den hälsorelaterade livskvaliteten av alla sjukdomar. EQ-5D är framtagen av EuroQol gruppen och är baserad på fem dimensioner:

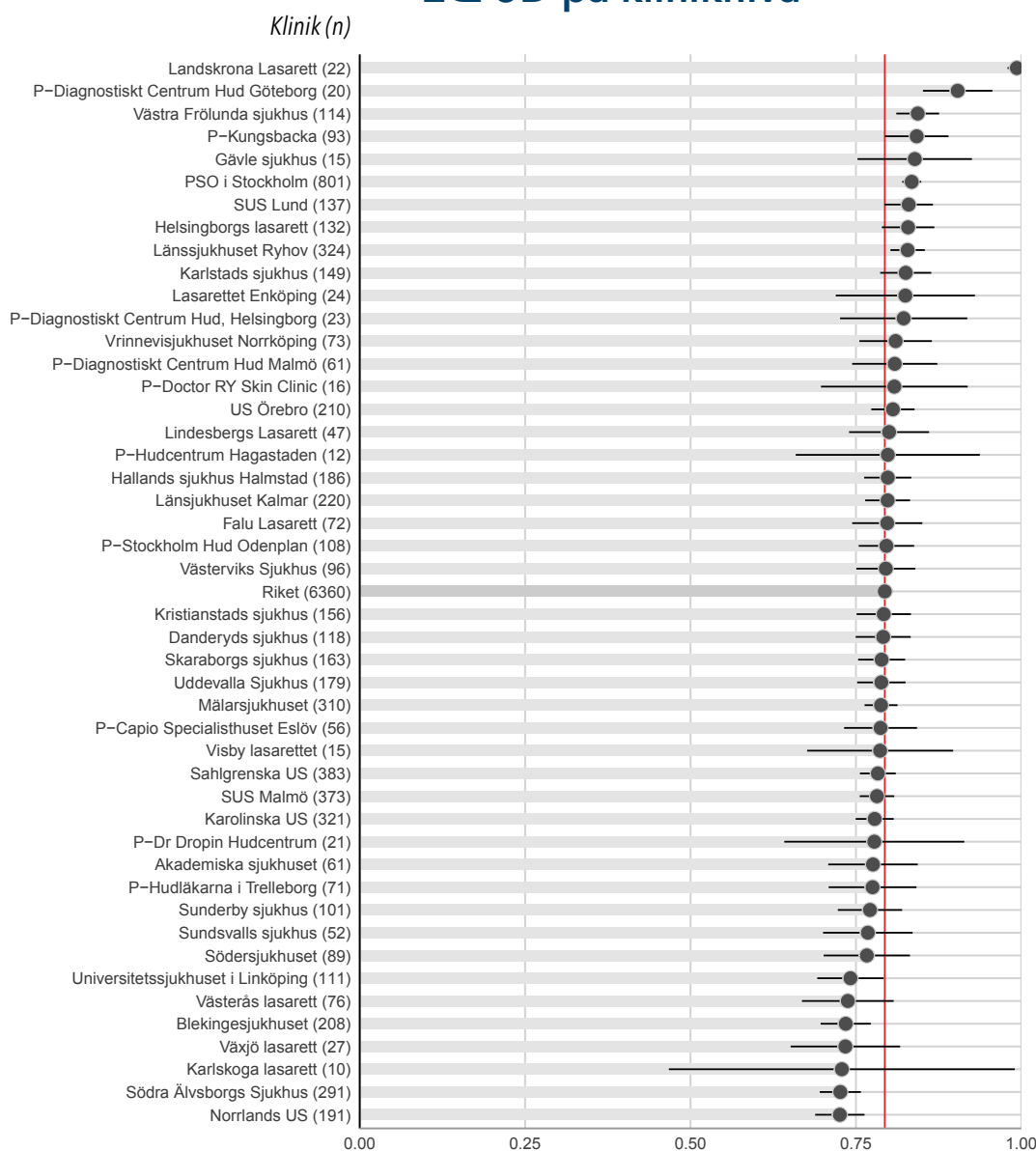
- Rörlighet
- Egenvård
- Vanliga aktiviteter
- Smärtor/obehag
- Ångest/depression

I den klassiska versionen av enkäten svarar patienterna hur deras livskvalitet är i dag i tre nivåer:

- Inga problem
- En del eller måttliga problem
- Extrema problem

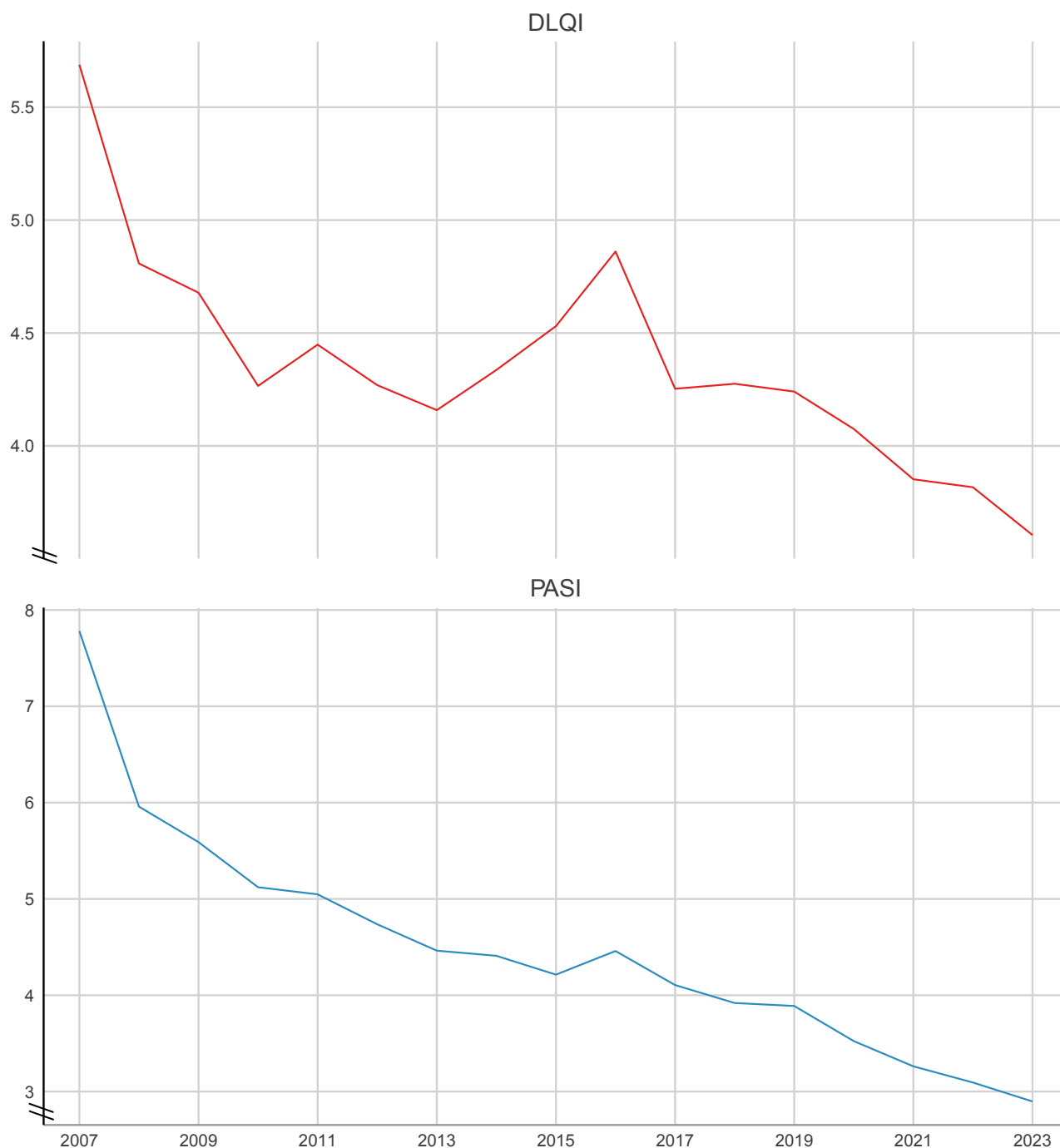
EQ-5D stödjer således ett holistiskt synsätt på systemsjukdomen psoriasis. EQ-5D-värdet 1 motsvarar fullständig hälsa och 0 sämst tänkbara hälsa. EQ-5D-värdet kan även räknas om till kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

EQ-5D på kliniknivå



Figur 7: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2023. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95 procent. Observera att kliniker med färre än 10 registreringar ej visas.

Långtidsrapport - Förändring av utfallsmått sedan 2007



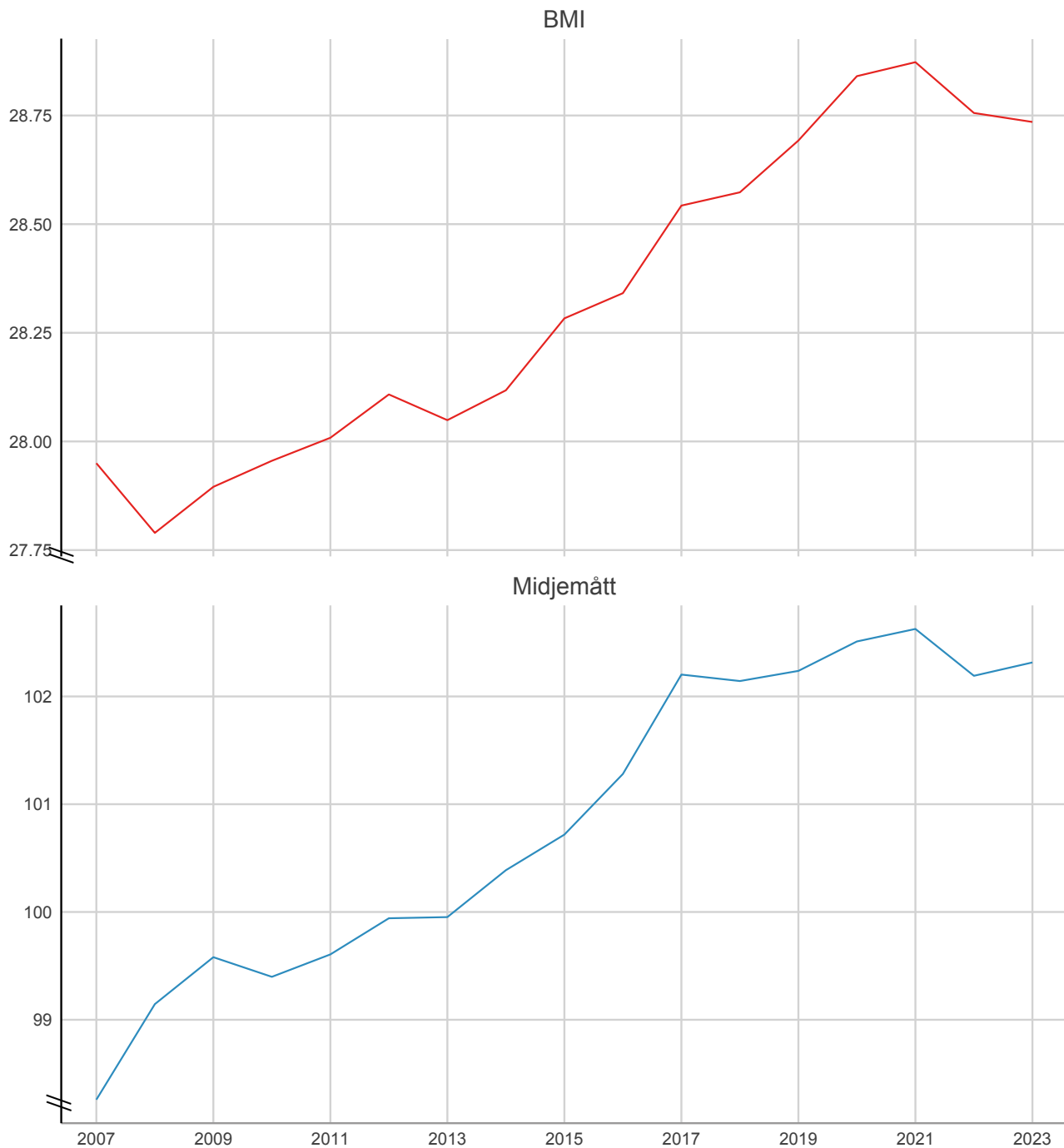
Figur 8: Genomsnittligt DLQI och PASI över tid.

Både PASI & DLQI har under de senaste åren gått ned – PASI har mer än halverats sedan 2007.

Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer bör PASI vara <3 och DLQI ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik.

Året 2023 har dessa värden nästan uppnåtts på genomsnittlig gruppnivå.

Förändring av hälsoparametrar sedan 2007



Figur 9: Genomsnittligt BMI och midjemått över tid. I kontrast till den positiva utvecklingen av PASI & DLQI har hälsoparametrarna tyvärr försämrats över tid. Det sistnämnda är en trend vi ser generellt i befolkningen, se årsrapportens sista figur.

Annons

Annons

Regionrapport

| Region | Antal patienter |
|---------------------|-----------------|
| Stockholm | 2 712 |
| Västra Götaland | 2 037 |
| Skåne | 1 527 |
| Sörmland | 594 |
| Halland | 488 |
| Jönköping | 479 |
| Kalmar | 446 |
| Östergötland | 440 |
| Örebro | 405 |
| Västerbotten | 375 |
| Blekinge | 341 |
| Värmland | 287 |
| Norrbottn | 257 |
| Uppsala | 249 |
| Västernorrland | 236 |
| Dalarna | 219 |
| Jämtland Härjedalen | 198 |
| Västmanland | 152 |
| Gävleborg | 87 |
| Gotland | 58 |
| Kronoberg | 21 |
| Totalt | 11 608 |

Tabell 5: Inskrivna patienter per region.

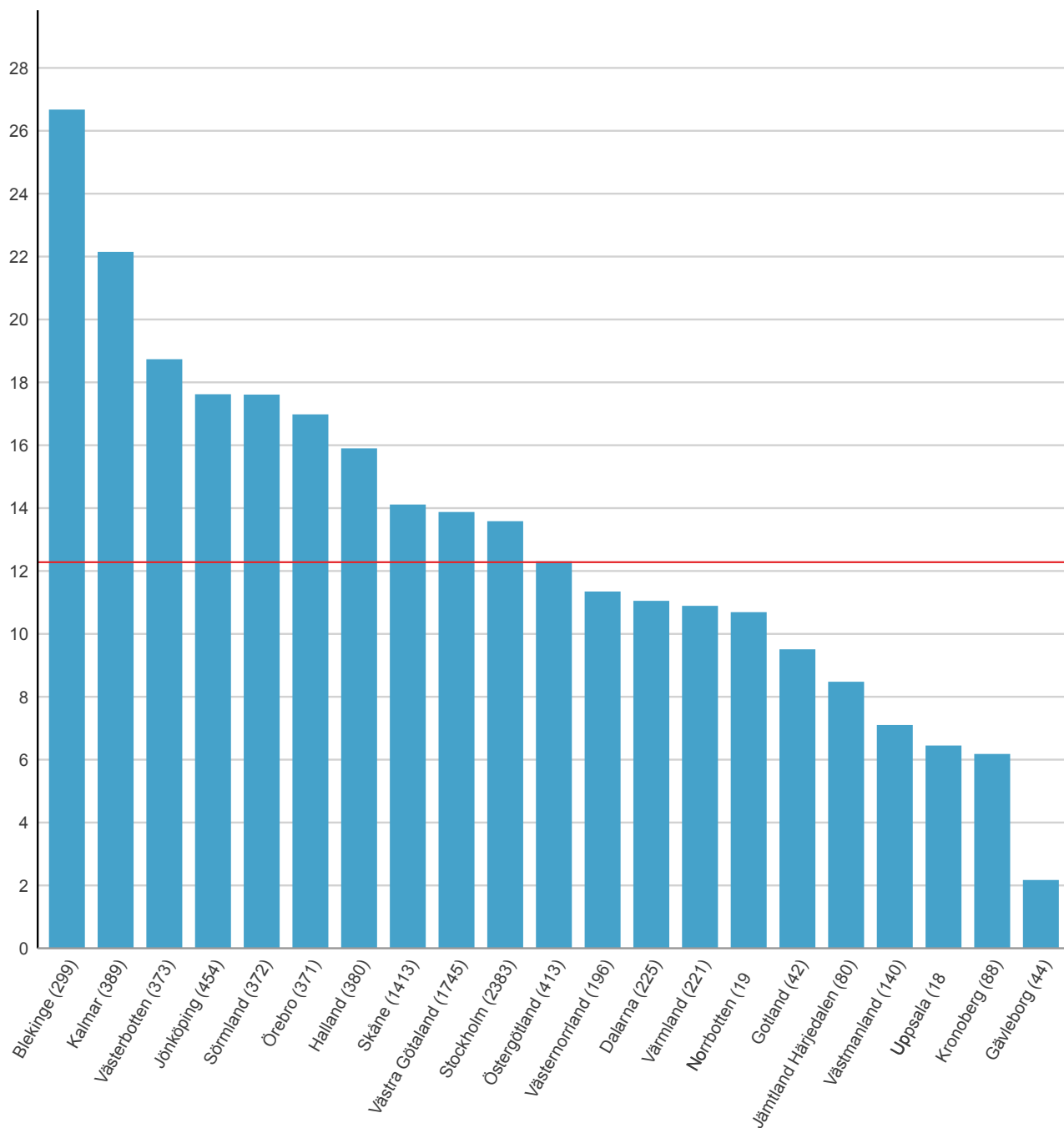
| Region | PsoReg patienter per 10 000 invånare |
|---------------------|--------------------------------------|
| Blekinge | 26.6 |
| Kalmar | 22.1 |
| Västerbotten | 18.7 |
| Jönköping | 17.6 |
| Sörmland | 17.6 |
| Örebro | 17.0 |
| Halland | 15.9 |
| Skåne | 14.1 |
| Västra Götaland | 13.8 |
| Stockholm | 13.6 |
| Östergötland | 12.3 |
| Västernorrland | 11.3 |
| Dalarna | 11.0 |
| Värmland | 10.9 |
| Norrbottn | 10.7 |
| Gotland | 9.5 |
| Jämtland Härjedalen | 8.4 |
| Västmanland | 7.1 |
| Uppsala | 6.4 |
| Kronoberg | 6.2 |
| Gävleborg | 2.1 |

Tabell 6: PsoReg-patienter per 10 000 invånare 2023.

| Region | Patienter med kontakt under 2023 per 10 000 invånare |
|---------------------|--|
| Blekinge | 18.2 |
| Kalmar | 17.3 |
| Sörmland | 16.8 |
| Jönköping | 13.9 |
| Skåne | 12.8 |
| Halland | 11.8 |
| Örebro | 11.8 |
| Jämtland Härjedalen | 11.1 |
| Västerbotten | 9.6 |
| Västra Götaland | 9.5 |
| Stockholm | 9.2 |
| Värmland | 7.8 |
| Dalarna | 6.2 |
| Norrbottn | 6.0 |
| Östergötland | 5.4 |
| Gotland | 4.5 |
| Västmanland | 3.9 |
| Västernorrland | 3.1 |
| Uppsala | 2.9 |
| Gävleborg | 0.7 |
| Kronoberg | 0.2 |

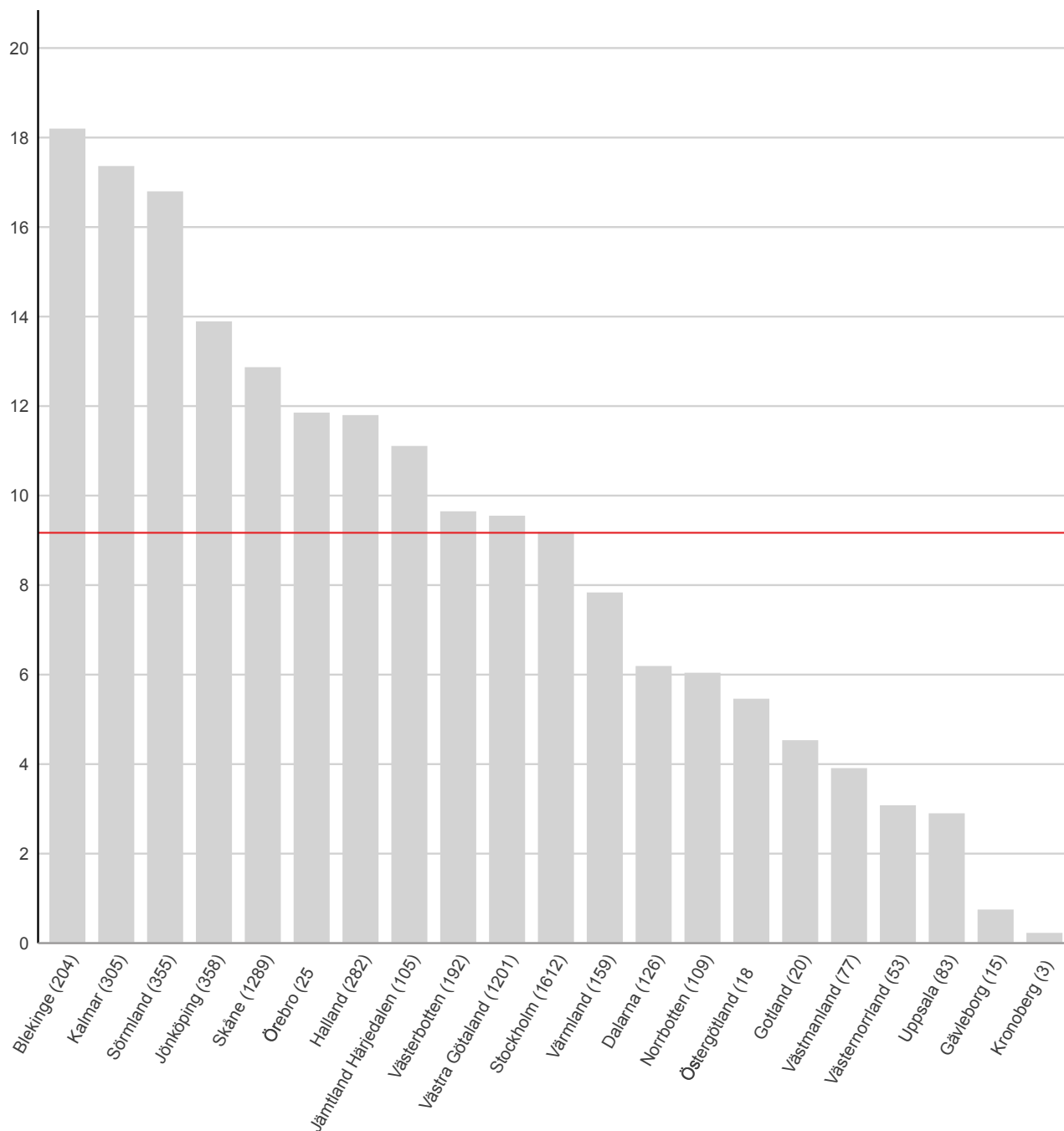
Tabell 7: Patienter med kontakt under 2023 per 10 000 invånare.

PsoReg-patienter per 10 000 invånare



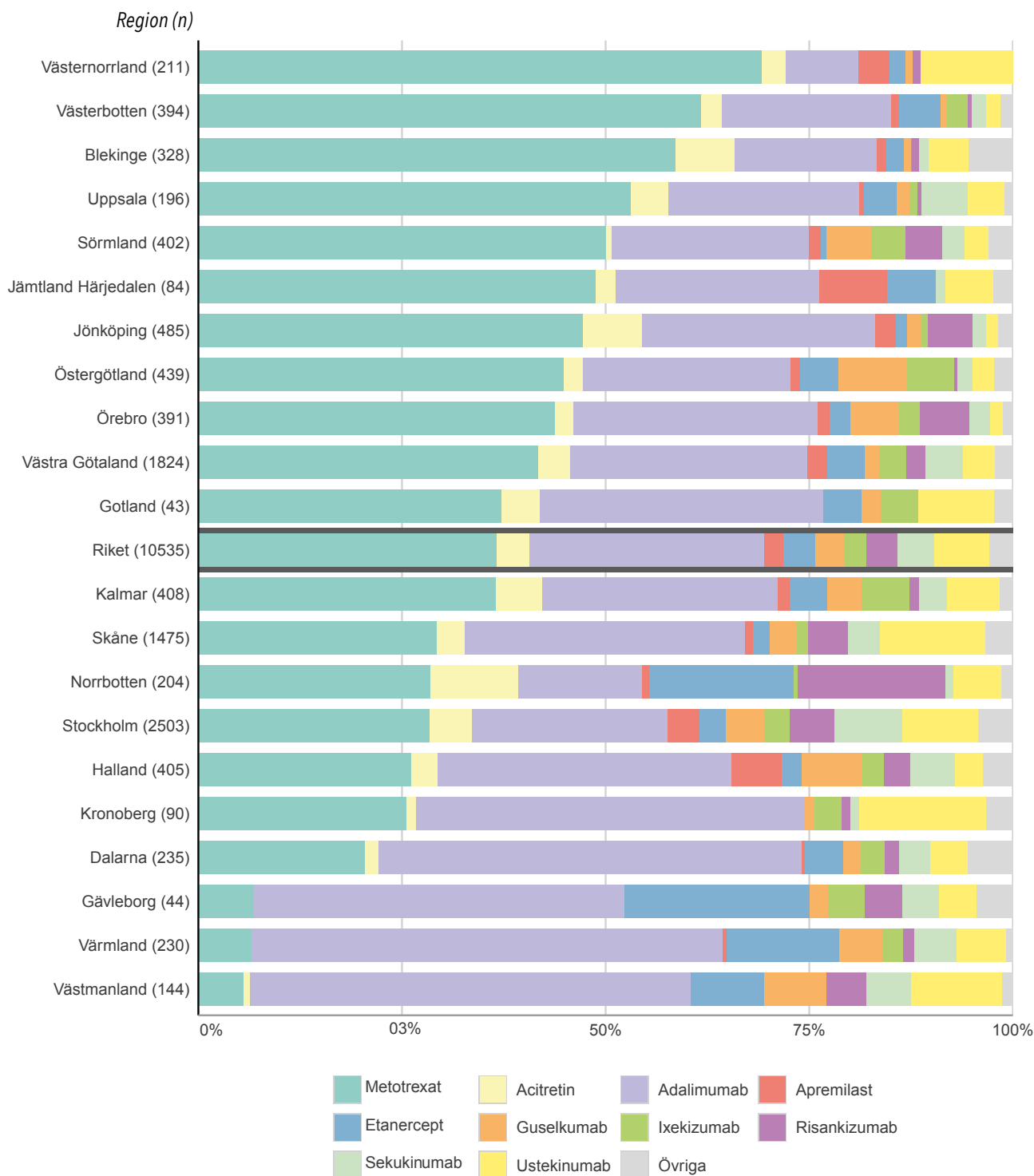
Figur 10: Antal patienter i PsoReg år 2023 per 10 000 invånare uppdelat på region. Definierat som inskrivna patienter (oavsett om de haft något kontaktdatum senaste året).

PsoReg-patienter per 10 000 invånare



Figur 11: Antal patienter i PsoReg med kontakt under 2023 per 10 000 invånare uppdelat på region. Definierat som patienter med kontakt(er) under det senaste året som står på (minst) ett läkemedel. Den röda linjen representerar medianen.

Fördelning av systembehandlingar uppdelat på region



Figur 12: Fördelning av registrerade systembehandlingar vid årsskiftet 2023/2024. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "övriga". Observera att regioner med färre än 10 registreringar ej visas. Här noteras att ett antal kliniker endast har ett fåtal eller inga registreringar på traditionella syntetiska läkemedel. Detta kan spegla att dessa kliniker ej registrerar denna grupp och inte att dessa läkemedel ej används.

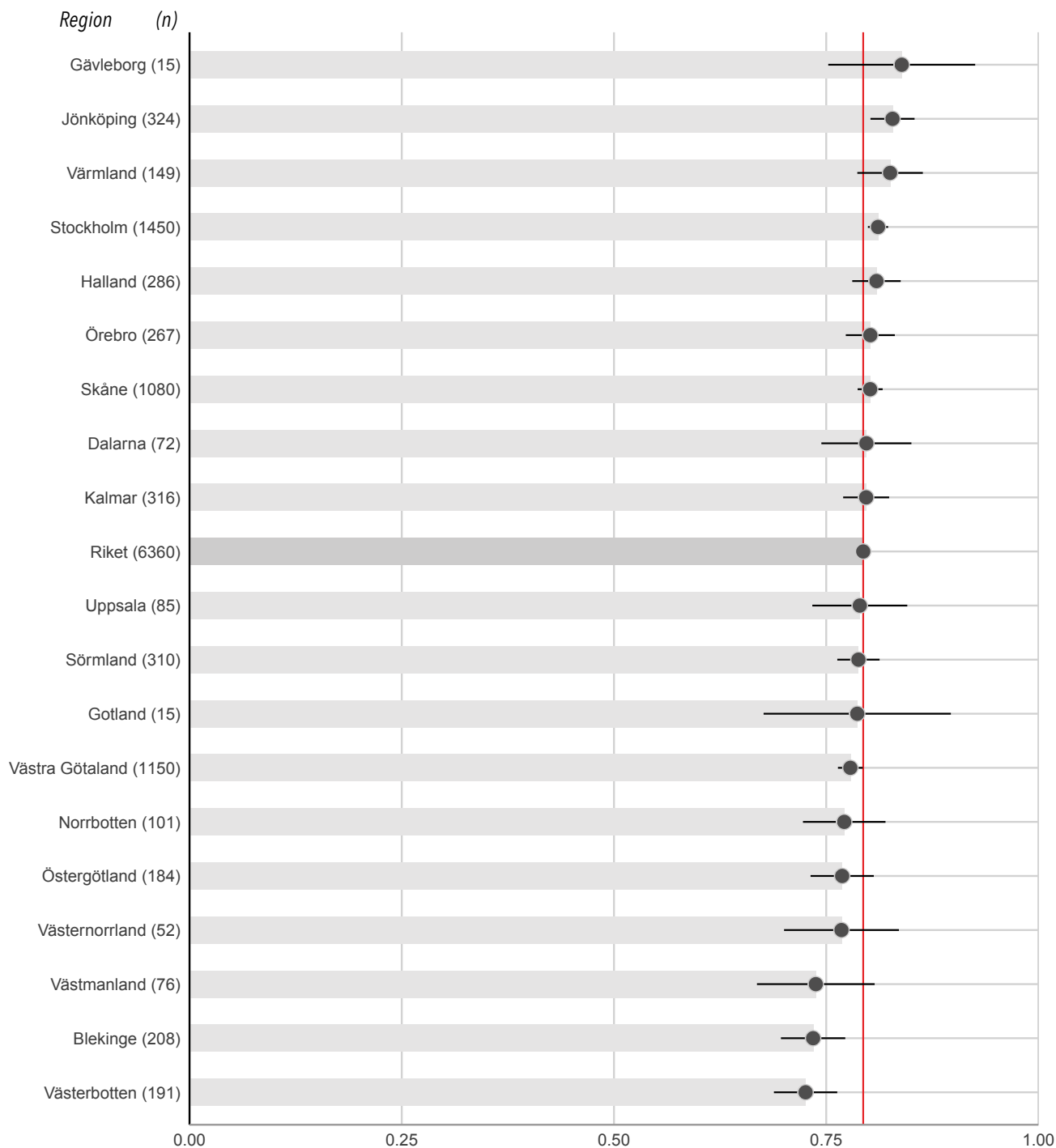
Behandlingsmål

PASI & DLQI per region, jämfört mellan 2023, 2022 och 2019-2021



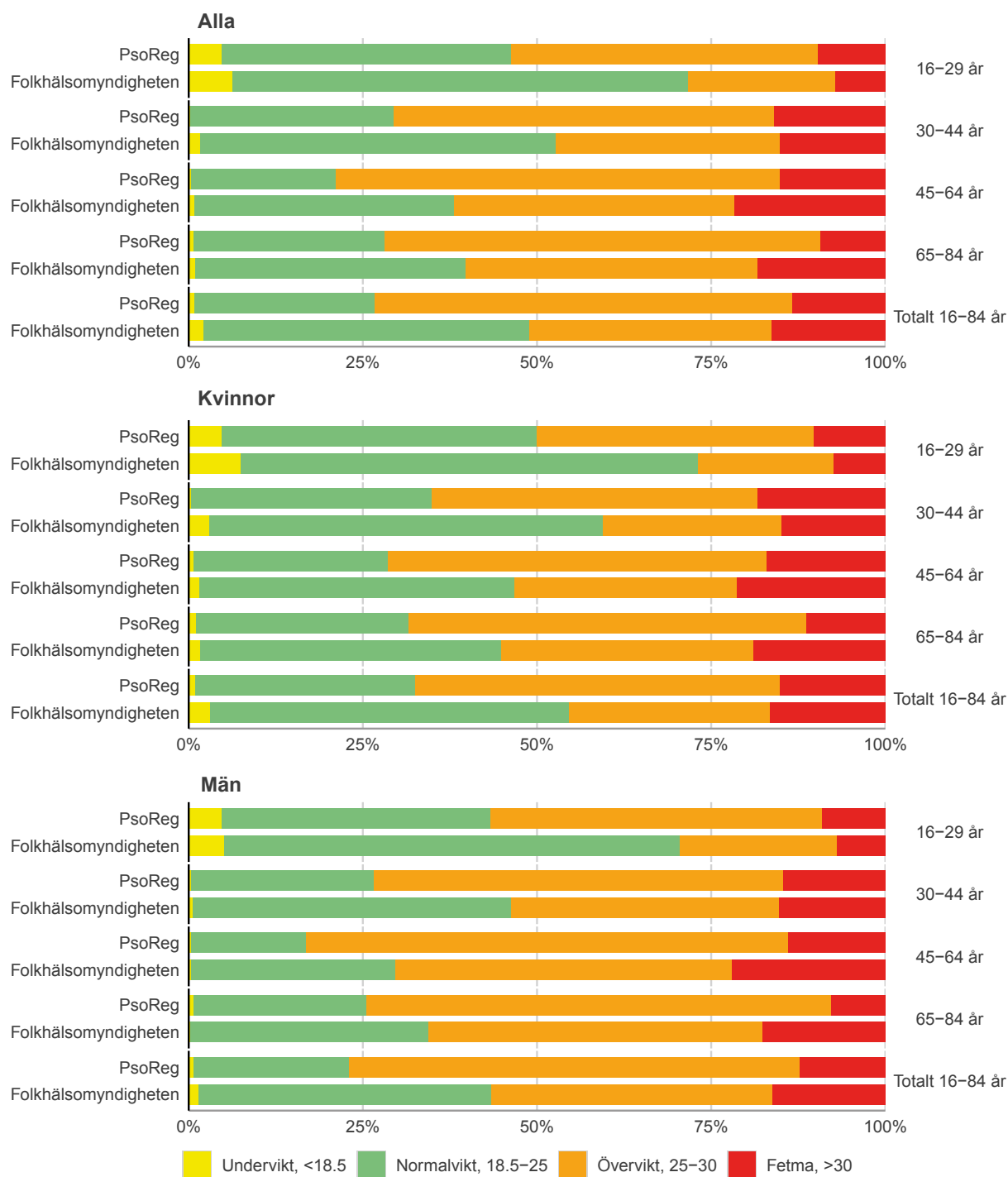
Figur 13: Senaste mätningen av PASI & DLQI per individ vid respektive tidsperiod. Observera att för de regioner där antalet patienter understiger 10 för en tidsperiod sätts antalet till 0. Figuren visar en kontinuerlig positiv utveckling över tid i majoriteten av regionerna.

EQ-5D på regionnivå



Figur 14: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2023. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95 procent. Observera att kliniker med färre än 10 registreringar ej visas.

BMI per kön & åldersgrupp, jämförelse PsoReg & normalbefolkningen



Figur 15: Senaste mätningen av BMI i PsoReg jämfört med normalbefolkningen (år 2020, Folkhälsomyndigheten). Övervikt och fetma, som redan är ett stort problem i normalbefolkningen, ses hos patienter med systembehandlad psoriasis i betydligt högre omfattning. Redan i den yngsta gruppen, personer 16-29 år, föreligger oftare övervikt och fetma jämfört med normalbefolkningen. Figuren dokumenterar hur viktigt det är att personer med psoriasis, inte minst yngre patienter, får tillgång till kompetent hjälp för att arbeta med levnadsvanor.

© PsoReg. PsoReg tackar D&V-redaktionen för hjälp med layouten till årsrapporten.



mediahuset

Möten & Event

För allt ifrån det lilla mötet till den stora kongressen finns vi där för dig.

Oavsett om det gäller fysiska möten, digitala webinarium eller hybridmöten så tar vi hand om allt det praktiska, så att du kan fokusera på innehållet!

Om du letar efter ett specifikt event som vi anordnar så finns vår eventkalender här: <https://medevents.se/>

PDF 50-årsjubilerar med Årsmöte i Stockholm

30-31 augusti 2024

Elite Hotel Marina Tower | Stockholm

STYRELSEN HÄLSAR ALLA KOLLEGOR MED PERSONAL
VÄLKOMNA TILL HOTEL ELITE MARINA TOWER I STOCKHOLM!



PRELIMINÄRT PROGRAM

FREDAG 30/8

09:00 - 09:30 Registrering

Förmiddag

09:30 - 10:15 Effekter av hudrelevanta antioxidanter på sockerupptag och blodflöde i malignt melanom och andra tumörer
Martin Bergö

10:15 - 11:00 Dermatioskopi vid inflammatoriska dermatoser
Föreläsare ej fastställd

11:00 - 11:30 Kaffe och besök hos utställarna

11:30 - 12:15 Håravfall med tonvikt på Alopecia areata
Pontus Jonsson

12:15 - 12:30 Interaktiv diskussion

12:30 - 13:30 Lunch och besök hos utställarna

Eftermiddag

13:30 - 14:15 Atopisk Dermatitis - What's new?
Föreläsare ej fastställd

14:15 - 15:00 "Treatment inertia" vid AD
Mathias Augustin

15:00 - 15:30 Paneldiskussion
M Augustin m. fl.

15:30 - 16:00 Kaffe och besök hos utställarna

16:00 - 17:00 Nytt om tropisk dermatologi
Leif Dotevall

17:00 - 19:30 Mingel med chark och dryck

19:30 Middag

LÖRDAG 31/8

För läkare

08:30 - 09:30 Årsmötesförhandlingar

För personal

08:30 - 09:30 Allt Du behöver veta om såromläggningar
Simon Larsson

För samtliga deltagare

09:30 - 10:15 Kemiska peelingar och hudinflammatoriska tillstånd
Fotini Bageorgou

10:15 - 10:30 Kaffe och besök hos utställarna

10:30 - 11:15 Melanom prevention
Åsa Ingvar

11:15 - 11:55 "Hittahudcancer.se"
Agneta Augustsson och Brenda Silva

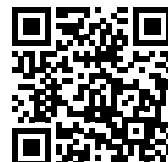
Bensträckare

12:00 - 13:00 "Inspirationsföreläsning"
(ej företagssponsrad)

Lunch (Grab and go)

Hemfärd

För anmälan:
[https://medevents.se/
events/pa2-2024](https://medevents.se/events/pa2-2024)



Annons

Basal cell carcinoma: real-life burden on healthcare and simplified destructive treatments

Eva Backman disputerade vid Göteborgs Universitet den 10 november 2023 med en avhandling med titeln "Basal cell carcinoma: real-life burden on healthcare and simplified destructive treatments". Huvudhandledare var John Paoli (professor), biträdande handledare Sam Polesie (docent) och Johan Dahlén Gyllencreutz (med dr).

Ordförande för disputationsakten var Petra Tunbäck (docent, Hudkliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset). Opponent var Tamar Nijsten (professor, Avdelningen för dermatologi, Erasmus Universitet, Rotterdam, Nederländerna). Ordförande i betygskommittén var Lars Ny (professor, avdelningen för Onkologi, Göteborgs universitet). I betygsnämnden satt också Roger Olofsson Bagge (professor, Avdelningen för kirurgi, Göteborgs Universitet) och Tine Vestergaard (docent, Klinisk institut, Syddansk universitet, Odense, Danmark).



Abstract

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common cancer in humans. With steadily increasing incidence rates, there is a constant need to evaluate current diagnostic methods and treatment alternatives to achieve effective care for the patients while considering available healthcare funding. This thesis consists of four original papers and addresses potential changes concerning the burden of BCC but also evaluates whether destructive treatment methods can be further simplified with maintained effectiveness and patient satisfaction.

Paper I compared clinically diagnosed BCCs with histopathologically confirmed BCCs to make an estimation of how well official statistics reflect real-world data. The study indicated that the burden of BCC in Sweden may be up to 70% higher than reported in official statistics and that BCCs with truncal location and superficial subtype were more prevalent than previously reported, especially among males. Papers II to IV are components of a larger research project, with randomized controlled trials, comparing different destructive treatment protocols for various subtypes of low-risk BCCs. In **Paper II**, the effectiveness of curettage alone *vs* cryosurgery in a single freeze-thaw cycle for superficial BCCs was compared. The 1-year clinical clearance rates were 95.7% *vs* 100%, respectively ($P=0.060$). Oozing

wounds lasted 0.8 weeks after curettage and 1.6 weeks after cryosurgery ($P<0.0001$). **Paper III** evaluated the effectiveness of curettage followed by cryosurgery in one or two freeze-thaw cycles for nodular BCCs. The 1-year clearance rates were 99% *vs* 100%, respectively ($P=1$). The average duration of oozing wounds was 1.0 week for one cycle and 1.2 weeks for two cycles ($P=0.062$). **Paper IV** employed a mixed-method survey design to investigate cosmetic outcomes and patients' preferences when deciding upon

BCC treatment. The objective evaluation of cosmetic outcome was not comparable to patients' satisfaction with their scars. For non-facial BCCs, most patients reported little concern about scarring. Their primary consideration was the expected clearance rates of the available treatments.

Taken together, the results indicate that official statistics based on histopathologically confirmed BCCs significantly underestimate the true number of BCCs and that low-risk





Från vänster: Sam Polesie, Johan Dahlén Gyllencreutz, John Paoli, Eva Backman, Tamar Nijsten, Tine Vestergaard, Roger Olofsson Bagge och Lars Ny.

BCCs are more common than described. These low-risk lesions can be safely treated with simplified destructive treatments and patients seem to value an effective treatment more than an excellent cosmetic outcome.

Keywords: Basal cell carcinoma, cosmetic outcome, cryosurgery, curettage, dermoscopy, epidemiology, randomized controlled trial.

Eva Backman

Överläkare
Hudkliniken,
Sahlgrenska universitetssjukhuset

Avhandlingen baseras på följande delarbeten:

- I. Backman E, Oxelblom M, Gillstedt M, Dahlén Gyllencreutz J, Paoli J. "Basal cell carcinoma: Epidemiological impact of clinical versus histopathological diagnosis." *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023; 37(3): 521–527.
- II. Backman E J, Polesie S, Berglund S, Gillstedt M, Sjöholm A, Modin M, Paoli J. "Curettage vs. cryosurgery for superficial basal cell carcinoma: a prospective, randomised and controlled trial." *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022; 36(10): 1758–1765.
- III. Backman E, Polesie S, Gillstedt M, Sjöholm A, Nerwey A, Paoli J. "Curettage plus one or two cycles of cryosurgery for basal cell carcinoma with clinically nodular features - a prospective randomized controlled trial". *J Am Acad Dermatol* 2023 Jun 8; Online ahead of print.
- IV. Backman E, Heckemann B, Gillstedt M, Polesie S, Paoli J. "Cosmetic outcome following destructive treatments for non-facial basal cell carcinomas and patient treatment preferences – a mixed methods study". In manuscript.

Annons

Annons

SDKO:s Nyhetsbrev 2024

SDKO

Ärade medlemmar, traditionsenligt kommer här årets nyhetsbrev för Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO). Det är kryddat med information kring vad SDKO har företagit sig under 2023 samt tips på kurser och kongresser under 2024.

Utvecklande styrelsearbete

Vill du vara med och påverka vad som händer regionalt och nationellt 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 katarina.odlind@regiondalarna.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!

Sök SDKO:s resebidrag

Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO) utlyser årligen ett resebidrag för sina medlemmar. Upp till 8000 kr kan sökas. Ansökningstiden är från 1 januari till 30 april. Resebidraget kan användas för deltagande i en tumörinriktad kurs eller för ett besök på en vårdenhet, i Sverige eller utomlands. Bidrag ges inte till kongresser eller till estetiskt inriktade kurser. Ansökningsprocessen är simpel och hittas på SSDV:s hemsida under SDKO/Stipendier och resebidrag/SDKO:s resebidrag.

Nationella vårdprogram

Under året som gått har det nationella vårdprogrammet för hudlymfom diskuterats i en ny remissrunda. SDKO har inkommit med ett remissvar. Länk till samtliga vårdprogram ligger nu på SDKO:s sida under SSDV.se.

Vårdprogrammet för basalcancers är under produktion och kommer förhoppningsvis att föredras på SSDV:s nästkommande vårmöte. I samband med detta kommer "SDKO:s riktlinjer för handläggning av skivepitelcancer och basalcancers" ha trumfats av två nationella vårdprogram och således spelat ut sin roll. Det är inte uppdaterat de senaste åren och kommer att fasas ut och tas bort från SSDV.se.

Medlemsavgift

SDKO kommer fortsätta att ha en medlemsavgift på 100 kr under 2024. 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 välkomna till SDKO:s årsmöte 21:a maj 2024 klockan 15–16 i samband med SSDV:s vårmöte i Örebro.

Broschyren bruna fläckar

SDKO har i många år gett ut broschyren "bruna fläckar" (med stöd av MSD). I år har den uppdaterats och innehåller nu mer relevant information och en mer stringent nomenklatur. Broschyren finns att ladda ner från SDKO:s sida på SSDV.se under dokument. Den går även att beställa från <https://shop.ajdistribution.se/msdh/public>.

Min vårdplan hudcancer

Regionala cancercentrum i samverkan tar fram dokument kallade *min vårdplan* för olika cancerdiagnoser (<https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/hud-och-melanom/malignt-melanom/min-vardplan-hudcancer/>). Idag finns detta för flera cancerdiagnoser bland annat melanom. Detta dokument var SDKO med och reviderade 2022. I år har ännu en version bearbetats av SDKO:s styrelse.

Kurser och kongresser

Tips på kurser och kongresser för 2024 följer nedan.

- SSDV:s vårmöte 22–24 maj, Örebro.
- Vadstena-4 mötet, "slowing the pace of the actinic march in keratinocyte skin cancer", hösten 2024, Vadstena.
- 8th Nordic Dermoscopy Course, 26 april, Göteborg <http://nordicdermatologycourses.org>
- 3rd Nordic Course on Laser Dermatology, (13–14 juni 2024), Köpenhamn <https://nordicdermatologycourses.org>
- ST-kursen Hudtumör, (preliminärt HT2024, datum ej klart), Göteborg.
- EADV Face-to-face learning, <https://eadv.org/education/face-to-face/>
- ESMS Mohs Surgery Course, 6–7 september, Genève <http://esmscourse.org/>
- 20th EADO (European association of dermatology oncology) congress, 4–6 april, Paris, <https://www.eado2024.com/>
- Hugh Greenway's 41th annual superficial anatomy and cutaneous surgery course, UC San Diego School of Medicine, La Jolla, USA (datum ej klart). <https://ucsd.cloud-cme.com/>
- International short course on Dermoscopy, 9–13 juli, Graz. <https://www.medunigraz.at/iscd>
- 8th Nordic Course on Skin Surgery, 28–29 januari 2025, Köpenhamn <http://nordicdermatologycourses.org>

Bästa hälsningar,
Styrelsen för SDKO

Annons

Dermatoskopiquiz

En 60-årig man söker för en pigmenterad lesion distalt på låret med nedanstående utseende. Det är ingen tvekan om att detta är ett melanom. Frågan är dock hur prognosen ser ut för denna patient och om han kommer att behöva en sentinel node biopsi. För att veta detta behöver vi förstås kunna prediktera Breslowtjockleken. Vad tror du Breslowtjockleken är och vad baserar du din gissning på?

Skicka gärna era förslag på diagnos via mail till:
john.paoli@vgregion.se

Facit får ni som vanligt i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de skickliga dermatoskopister som kom närmast i deras prediktioner på Breslowtjockleken och som hade de bästa motiveringarna för sina svar.

Bästa hälsningar

John Paoli
Professor,
Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 36 • 4/2023

Facit:

I förra numret av D&V bad jag er att ställa diagnos på denna pigmenterade lesion som hittades på ryggen hos en 50-årig kvinna. Den hade funnits i över ett år och hade möjligen vuxit något i diameter. Vid helkroppsinsektion hittades endast ett fåtal små nevi men inga andra liknande lesioner.

Dermatoskopiskt ses en ljusbrunt pigmenterad lesion med central hypopigmentering. När man undersöker de pigmenterade delarna närmare ses mängder av små bruna dots som verkar radas upp sig i linjer i flera områden, särskilt perifert. Ett tydligt exempel på detta ses kl. 10.

Bruna dots i linjer är ett fynd som förekommer i pigmenterad morbus Bowen. Differentialdiagnosen var dock en atypisk melanocytär lesion där melanom in situ med viss grad av regression inte kunde uteslutas. Lesionen exciderades därför men PAD bekräftade **pigmenterad morbus Bowen**.

Följande skickliga dermatoskopist skickade in korrekt svar på fallet:
– **Doriana Massimino**, Hudcentrum Hagastaden, Stockholm



John Paoli

Professor,

Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet



Annons

EADV CONGRESS

Join me at

#EADVCongress



AMSTERDAM
25-28 SEPT 2024





2nd World Congress on
RARE SKIN DISEASES



12-13-14
June 2024

Paris



wcrsd.com

Annons

SSDV:s styrelse



Ordförande
Anna Josefson
(Örebro)



Utbildningsansvarig
Maria Haraldsson
(Skövde)



Utbildningsansvarig, suppleant
Andrea Wahlberg
(Sundsvall)



Vice ordförande
Lena Lundeberg
(Stockholm)



ST-representant
Teo Helkkula
(Lund)



ST-representant, suppleant
Martyna Starchurska
(Österstund)



Sekreterare
Susanna Sandberg
(Karlstad)



Ledamot 1
(repr. privatpraktiserande)
Lena Holm Sommar
(Stockholm)



Ledamot 1, suppleant
Tore Särnhult
(Kungsbacka)



Skattmästare
Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Göteborg)



Ledamot 2
(repr. venerologi)
Arne Wikström
(Stockholm)



Ledamot 2, suppleant
Petra Tunbäck
(Göteborg)



Redaktör
Josefin Ulriksdotter
(Malmö)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli
Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer
Birgitta Stymne (Linköping)
Åke Svensson (Malmö)

Revisorssuppleanter
Alberto Aulet (Umeå)
Virginia Zazo (Umeå)

Representant
Svenska Läkaresällskapet
Ordinarie: Anna Josefson (Örebro)
Arne Wikström (Stockholm)
Lena Lundeberg (Stockholm)
Suppleanter: Lena Holm Sommar,
Josefin Ulriksdotter, Susanna Sandberg

Representanter
för Nationella taxan
Ragnar Jonell (Göteborg)
Mårten Walhammar (Göteborg)

Valberedning
Karim Saleh (Lund)
Sammankallande
Christian Steczkó Nilsson (Uppsala)
Virginia Zazo (Umeå)
Ada Girnita (Stockholm)

Ansvarig för hemsidan:
Josefin Ulriksdotter (Malmö)

SSDV:s kalender 2024

ST-kurs: STI

2024-04-15 - 2029-04-19
Skånes universitetssjukhus, Malmö

Hellerström-föreläsning

2024-04-17, 16:45-20:00
Stockholm

EADV Symposium

2024-05-16 - 2024-05-18
St. Julian's - Malta

SSDV:s Vårmöte

2024-05-22 - 2024-05-24
Örebro

2nd World Congress on Rare Skin Diseases

2024-06-12 - 2024-06-14
Maison Internationale, Paris

ST-kurs i Psoriasis och Eksem med systembehandling

2024-09-09 - 2024-09-13
Linköping

EADV congress 2024

2024-09-25 - 2024-09-28
Amsterdam, Nederländerna

2025

15th World Congress of Pediatric Dermatology

2025-04-08 - 2025-04-11
Buenos Aires, Argentina

Nordic Dermato-Venereology Congress

2025-05-06 - 2025-05-09
Helsingfors, Finland

Utgivningsplan 2024:

| | Manusstopp | Utgivningsdag |
|-------|-------------|---------------|
| Nr 37 | 12 februari | 4 april |
| Nr 38 | 6 maj | 3 juli |
| Nr 39 | 19 augusti | 9 oktober |
| Nr 40 | 28 oktober | 18 december |



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

Annons

Annons