

Dokumenttyp Vårdrutin	Ansvarig verksamhet Hudsjukvården	Organisation Region Värmland	Version 7
Dokumentägare Cristina Hendre Verksamhetschef	Fastställare Henrik Svensson Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2026-02-06	Giltig t.o.m. 2028-02-06

Ansvars- och arbetsfördelning vid vård av hudsjukdomar

Gäller för: Hudsjukvården, Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

Innehållsförteckning

Hudtumörer	3
Malignt melanom (MM)	3
Dysplastiska nevus	3
Aktinisk keratos	4
Basalcellscancer (BCC)	4
Skivepitelcancer	4
Övriga hudsjukdomar	5
Akne	5
Rosacea	5
Vårtor	5
Perioral dermatit	5
Psoriasis	6
Pustulosis palmoplantaris - PPP	6
Atopiskt eksem	7
Seborroiskt eksem	7

Skabb	7
Svampinfektioner	8
Pityriasis versicolor	8
Urtikaria	9
Lichen ruber	9
Hyperhidros	9
Svårläkta sår på underben/fot som inte läkt på minst sex veckor	10
Hidradenitis suppurativa (HS)	10
Klåda	11
Lichen sclerosus	11
(tidigare kallat lichen sclerosus et atrophicus, LSA)	11

Hudtumörer

<i>Diagnos</i>	<i>Primärvårdsåtagande</i>	<i>Indikation för remiss</i>	<i>Specialiståtagande</i>
Malignt melanom (MM)	Flera hudmelanom opereras i primärvården och diagnosen är ibland oväntad. Vid stark misstanke om invasivt malignt melanom skickas en SVF-remiss till hudkliniken. Primär bedömning av nevus och helkroppsöversyn. Operation av misstänkta nevus där melanommisstanken inte är stark kan ske i primärvården. Om det gäller en oväntad diagnos av malignt melanom ska patienten informeras och SVF-remiss skickas till hudkliniken.	Vid stark misstanke SVF-remiss för bedömning till hudkliniken. Misstänkta fall är • asymmetrisk form • oregelbunden pigmentering • diffus avgränsning • ökad tillväxt Vid misstanke om malignt melanom undviks stansbiopsi, hela hudförändringen ska excideras för PAD (excisionsbiopsi) med 2-5 mm kliniskt marginal.	Misstänkta eller PAD-verifierade fall av malignt melanom remitteras till hudkliniken för klinisk undersökning, kontroller och rådgivning. Vägledande vid kontrollerna är RCC:s vårdprogram för Mellansverige. Lathund för handläggning av atypisk melanocytär lesion/ malignt melanom Sjukvårdsregion Mellansverige. Alla rutiner som gäller SVF hudmelanom finns att läsa i Vida.
Dysplastiska nevus	Ett dysplastiskt nevus är en variant av ett normalt nevus. Mellan 2–18 procent av befolkningen i Sverige har dysplastiska födelsemärken. Hanteras som ett benigt nevus. Om excision görs ska det vara radikalt och preparatet till PAD. Uppföljning behövs inte. Patienten rekommenderas självkontroller och får solråd. Dock har högt dysplastiskt nevus samma malignitetspotential som malignt melanom in situ och därför rekommenderas minst 2mm patologisk marginal.	• Svårbedömda nevus • Malignt melanom i släkten • Högt dysplastiskt nevus för hudöversyn	1. Familj med melanom (invasiva eller in situ) hos minst två sinsemellan förstegradssläktingar där minst en diagnostiserats före 55 års ålder. 2. Familj eller individ med tre eller fler melanom (invasiva eller in situ) varav 1 att de diagnostiserats före 55 ålder i samma släktgren. Fallen ska sinsemellan vara första-, andra- eller tredjegradssläktingar. 3. Familj eller individ med melanom (invasiva eller in situ) i kombination med bukspottskörtelcancer

			(adenocarcinom) (tre eller fler diagnoser krävs) i samma släktgren. Fallen ska sinsemellan vara första-, andra- eller tredje gradssläktingar.
Aktinisk keratos	Vanliga godartade förändringar, solorsakade. 10 procents risk för utveckling av skivepitelcancer under 20 år. Topikal behandling med Tolak, Aldara eller Zyklara i primärvården. Solråd. Behandlingsindikation relativ hos äldre med icke symtomgivande aktinisk keratos.	Utebliven läkning trots två behandlingsomgångar imikvimod (Aldara, Zyclara,), 5-fluorouracil (Tolak). Fall där skivepitelcancer inte kan uteslutas.	Fall där skivepitelcancer inte kan uteslutas eller icke reaktion mot lokal behandling.
Basalcellscancer (BCC)	Majoriteten av patienter med basalcellscancer kommer först i kontakt med primärvården. Om möjligt excision med 3 mm klinisk marginal, preparat till PAD. Om PAD-verifierat basaliom glastyp I B får man insätta Tolak-behandling 1 x 1 per dag i fyra veckor/Aldara enligt Fass.	De fall som inte kan behandlas i primärvård utifrån lokalisation, storlek mm. För stöd i vidare handläggning av patienten kan hudkliniken konsulteras.	Diagnostik och behandling av de fall som inte kan behandlas i primärvården I vissa fall beroende på storlek/lokalisering kan man behöva vidarebefordra remissen från hudkliniken till annan specialistklinik (ÖNH/ Ögonklinik/Kirurgen).
Skivepitelcancer	Radikal excision med 4–6 mm klinisk marginal och preparat till PAD, alternativt remiss till hudkliniken.	För diagnostik och/eller excision av de fall som inte kan behandlas i primärvård utifrån lokalisation, storlek mm. Skivepitelcancer ska alltid excideras (undantag är skivepitelcancer in situ, som går att behandla lokalt med 5-fluorouracil (Tolak) 1 x 1 per dag i fyra veckor.	Diagnostik och behandling av de fall som inte kan behandlas i primärvården. I vissa fall beroende på storlek/lokalisering kan man behöva vidarebefordra remissen från hudkliniken till annan specialistklinik (ÖNH/ Ögonklinik/Kirurgen).

Övriga hudsjukdomar

<i>Diagnos</i>	<i>Primärvårdsåtagande</i>	<i>Indikation för remiss</i>	<i>Specialiståtagande</i>
Akne	- Lindrig akne (komedo- respektive komedopapulös akne). - Måttlig inflammatorisk akne (papulopustulös akne).	- Djup inflammatorisk akne (acne conglobata/nodulocystisk akne). - Svårare ärrbildande inflammatorisk akne. - Tidigare behandlingsmisslyckanden med tetracykliner och lokalbehandling trots adekvat dos och behandlingstid.	Patienter aktuella för isotretinoinbehandling. Patienter som inte uppfyller kriterier för Isotretinoinbehandling kan återremitteras till primärvården för handläggning, se primärvårdsåtagande.
Rosacea	Merparten av patienterna kan skötas av allmänläkare.	- Osäker diagnos. - Otillfredsställande terapivar. - Rhinophyma.	Remissfallen. När klar diagnos sätts bör de flesta fall kunna följas upp av allmänläkare.
Vårtor	Allmänläkare kan informera patienten om att detta är en åkomma som inte sköts i sjukvården utan bör skötas med egenvård enligt apoteksinformation.	- Fall där malignitet inte kan uteslutas (en solitär förändring vuxna). - Utbredda vårtor hos immunsupprimerade patienter.	- Fall där tumör inte kan uteslutas. - Immunosupprimerade patienter med mycket utbredda vårtor.
Perioral dermatit	De flesta fall av perioral dermatit bör kunna skötas av allmänläkare.	- Osäker diagnos. - Otillfredsställande terapivar.	Att vid behov ställa diagnos och sätta in behandling. Uppföljning i primärvården.

Övriga hudsjukdomar

<i>Diagnos</i>	<i>Primärvårdsåtagande</i>	<i>Indikation för remiss</i>	<i>Specialiståtagande</i>
Psoriasis	- Ställa diagnos och behandla lindrig psoriasis (BSA<3% av hudyta, DLQI <6) och vissa fall av måttlig psoriasis (BSA 3-9% och DLQI 6-9) med kortisonkräm grupp 3 eller kombination betametason/calcipotriol.Mjukgörande. - Rökstopp. - Hälsobefrämjande åtgärder. - Bedöma om psoriasisrelaterade ledbesvär föreligger. BSA=Body surface area = kroppsytta - DLQI=Detmatology Life Quality Index	- Alla fall av svår psoriasis (BSA>9%) - De flesta fall av måttlig plackpsoriasis (de med otillräcklig effekt av lokalbehandling) - Guttat psoriasis - Psoriasis i hårbotten, ansikte, underliv, hand eller fot med otillräcklig effekt av lokalbehandling - Pustulös psoriasis. - Erytroderm psoriasis. - Psoriasisartrit som inte svarar på NSAID remitteras till reumatologen. - Osäker diagnos. - Psoriasis hos barn.	Se indikation för remiss. Patienter med systembehandling sköts i specialistvården. Patienter som har en fungerande behandling remitteras ut för uppföljning i primärvården.
Pustulosis palmoplantaris - PPP	Behandla med steroidkräm grupp 3–4. I vissa fall steroidlösning grupp 3 under ocklusion med Duodermplattor. Rökstopp.	Utebliven effekt av lokalbehandling.	Patienter med systembehandling sköts i specialistvården. Patienter med fungerande smörjbehandling remitteras ut för uppföljning i primärvården.

Övriga hudsjukdomar			
<i>Diagnos</i>	<i>Primärvårdsåtagande</i>	<i>Indikation för remiss</i>	<i>Specialiståtagande</i>
Atopiskt eksem	De flesta patienter med atopiskt eksem kan få diagnos och behandling inom primärvården. Barn med lindrig atopisk dermatit.	Barn med atopisk dermatit som inte kan skötas i primärvård remitteras i första hand till barnkliniken, för omhändertagande av hudsymtom, värdering av övriga atopiska manifestationer och utredning av eventuella födoämnesallergier. Hudkliniken kan konsulteras i fall där man inte får kontroll på hudsymtomen med sedvanlig eksembehandling.	Terapieresistent svårt atopiskt eksem som kräver ljusbehandling eller systemisk behandling. Epikutantestning när indikation föreligger.
Seborroiskt eksem	De flesta fall av seborroisk dermatit bör kunna skötas av allmänläkare enligt behandlingsrekommendationer.	• Svårare fall av infantilt seborroiskt eksem. • Diagnostiska svårigheter. • Svårt seborroiskt eksem hos vuxen som inte svarar på adekvat behandling. • Recidiverande besvär inte remissindikation utan följer sjukdomens naturliga förlopp.	Patienter med remissindikation.
Skabb	De flesta fall av skabb bör kunna skötas av allmänläkare enligt behandlingsrekommendationer.	• Vid svårigheter att ställa diagnos. • Terapisvikt, återsmitta, krustös skabb. • Misstanke om kontaktallergi mot disulfiram. • Vid remiss, översikts kropp + händer och dermatoskopibilder av skabbgångar handleder och fingrar.	Handläggning av patienter med skabbfrågeställning, se indikation för remiss.

Övriga hudsjukdomar			
<i>Diagnos</i>	<i>Primärvårdsåtagande</i>	<i>Indikation för remiss</i>	<i>Specialiståtagande</i>
Svampinfektioner	Diagnostik och behandling av okomplicerade/enkla fall av tinea corporis hos vuxna och barn samt tinea inguinalis. Tinea pedis är mycket vanligt förekommande. Merparten av patienterna kan skötas med egenvård. Svårare fall av tinea interdigitalis respektive mockasintinea kan diagnostiseras och behandlas i primärvården. På patienter med misstänkt tinea unguium bör prov tas på ett tillfredsställande sätt i primärvården och i förekommande fall behandlas enligt rekommendation efter att diagnosen fastställs.	• Barn och vuxna med misstänkt tinea capitis och patienter med tinea barbae bör remitteras till hudkliniken. • Oklara fall/avvikande klinisk bild. • Fall med utbredda hudförändringar. • Behandlingssvikt trots säkerställd diagnos och adekvat behandling.	Diagnostik av misstänkta fall av tinea capitis och tinea barbae. Skyndsam handläggning, risk för ärrbildning och permanent alopeci.
Pityriasis versicolor	De flesta fall av kutana jästsvampinfektioner bör kunna behandlas i primärvården. Hög recidivfrekvens av pityriasis versicolor ställer krav på information och rådgivning kring profylaxbehandling.	Diagnostiska problem. Terapisvikt trots adekvat behandling. Komplexa patientfall/multisjuka patienter.	Remissfallen, se indikation för remiss.

Övriga hudsjukdomar			
<i>Diagnos</i>	<i>Primärvårdsåtagande</i>	<i>Indikation för remiss</i>	<i>Specialiståtagande</i>
Urtikaria	Behandling och vid behov allergiutredning av alla fall med akut eller intermittent urtikaria och angioödem.	• Patienter under 18 år ska remitteras till Barnkliniken. • Kronisk spontan urtikaria (daglig urtikaria i mer än sex veckor) där man uteslutit bakomliggande allergi eller infektion. • Recidiverande angioödem utan urtikaria där allergisk orsak eller läkemedelsorsak (framför allt ACE-hämmare) uteslutits, och som inte svarar på behandling med antihistamin 4 tabletter per dag och kortison peroralt, dvs. inte histaminmedierat angioödem.	Behandla kronisk spontan urtikaria (dagliga besvär i mer än sex veckor, där allergi/infektion uteslutits). Behandla fysikalisk urtikaria. Utreda och behandla hereditärt angioneurotiskt ödem, HAE.
Lichen ruber	Diagnostisera enkla fall av lichen ruber och inleda lokalbehandling.	• Vid fall med svårdiagnostiserade och mycket utbredda förändringar. • Fall som inte svarar på lokalbehandling med grupp 3-steroid. • Erosiva former i munslemhinna och genitalt. Hårbottenengagemang med alopeci.	• Svårdiagnostiserade mycket utbredda förändringar och fall som inte svarar på lokalbehandling med grupp 3-steroid. • Lichen som ger alopeci i hårbotten. • Erosiva former i munslemhinna och genitalt.
Hyperhidros	Utesluta sekundär hyperhidros (feber, viktnedgång, anorexi, tyreoidesjukdomar, neurologiska åkommor, läkemedel, droger med mera).	Svår primär palmar eller axillär hyperhidros – HDSS 3–4, trots pågående behandling med Absolut Torr och antikolinergika. Se rekommendationer for handlaggning av primar hyperhidros 2024.pdf för nationella rekommendationer från Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi.	Primär palmar eller axillär hyperhidros, HDSS 3–4, trots adekvat behandling med Absolut Torr och antikolinergika.

	Behandling med Absolut Torr, och vid behov tillägg med antikolinergika, i topikal form (glykopyrronium, Axhidrox) alt peroralt.		
--	---	--	--

Övriga hudsjukdomar			
Diagnos	Primärvårdsåtagande	Indikation för remiss	Specialiståtagande
Svårläkta sår på underben/fot som inte läkt på minst sex veckor	Ställa diagnos och utreda bakomliggande orsak. Konstatera om patienten har bra ankelindex och frånvaro av varningstecken: patienten har venöst sår och får fortsatt behandling på vårdcentral. RUT-21608-v.4.0 Bensår på allmänmedicinsk mottagning	Det finns 4 vårdförlopp för handläggning av patient med svårläkt sår. Basbedömning och basbehandling ska alltid vara utfört och utvärderat inför remiss. Svårläkta sår - 1177 för vårdpersonal Remis hudläkare - Stora venösa sår (10 x 10 cm²) där pinch graft kan övervägas. Se RUT-21608. - Atypiska sår: Sår med varningstecken och samtidigt normalt ABI (0,8 <ABI <1,4). - Varningstecken: nekros, lila-röd hud, extrem smärta, senor eller ben i dagen, tumorös sårbotten	- Stora venösa sår: överväga pinch graft och återremittering när såret visar tydlig läkningstendens. - Atypiskt sår (varningstecken och samtidigt normalt ABI) tas emot av hudläkare för utredning. Behandlingen kan även involvera annan klinik.
Hidradenitis suppurativa (HS) (böldsjukdom på inversa lokaler med	Identifiera och behandla mild/medelsvår HS (abscesser/noduli med eller utan ärr och fistelgångar). Behandla enligt 1177 för vårdpersonal	Remiss till hudmottagningen: - Vid svår HS (sammanflytande områden med abscesser och fistlar) och - Vid terapiresistent mild/medelsvår HS samt - I fall där allmänläkare är osäker på diagnosen.	- Ställa diagnos om diagnosen är oklar - Svår HS och - Behandlingsresistent mild/medelsvår HS. - Vid behov samarbete med kirurg.

recidiv mer än två gånger på sex månader)			
Klåda	Utredda bakomliggande orsaker till klåda och utesluta icke-hudrelaterade orsaker: läkemedel, sjukdomar i lever, njure och sköldkörtel, paramaligna fenomen (särskilt hematologisk malignitet), infektionssjukdom, reumatisk sjukdom, graviditet, neuropatisk respektive psykogen klåda. Vid generell klåda utan tecken på primär hudsjukdom bör man i första hand misstänka torr hud, senilatrofisk hud, läkemedel och skabb. Se även Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd för mer information.	Misstanke om primär hudsjukdom som orsak till klåda efter att icke-hudrelaterade orsaker har uteslutits.	Utredda och diagnostisera eventuell hudsjukdom. Sätta in behandling. Återremittera vid välfungerande och stabil behandling.
Lichen sclerosus (tidigare kallat lichen sclerosus et atrophicus, LSA)	Vid tydlig klinisk diagnos där allmänläkare är säker på diagnosen kan behandling och uppföljning skötas i primärvård. Tröskel för remittering bör vara låg. Biopsi rekommenderas vid osäker diagnos, misstanke om malignitet och vid behandlingssvikt. Lokalbehandling med Dermovat i nedtrappande schema i 3 månader enligt mall i Cosmic med uppföljning av behandlingseffekt. Därefter underhållsbehandling med Dermovat 2 ggr/vecka. Behandlingen förväntas bli långvarig, eventuellt livslång.	• Misstanke om malignitet (sår som inte läker) remitteras enligt SVF vulvacancer/peniscancer. • Vid oklar diagnos eller behov av hjälp med uppföljning. • Vid otillfredsställande terapisvar. • Lichen sclerosus som trots adekvat behandling med Dermovat orsakar förhudsförträngning remitteras till urolog. • Kvinnliga patienter med remissbehov remitteras till Kvinnoklinik eller Hudklinik.	Patienter med fortsatta besvär trots behandling. Återremittera till primärvård med behandlingsplan vid välfungerande behandling och stabil sjukdom.

	Patienter skall informeras att höra av sig vid sår som inte läker eller otillfredsställande behandlingsresultat.		
--	---	--	--

Utarbetad av: Cristina Hendre, Hans-Ulrik Stark, Susanna Sandberg, Robert Holik