Dokumenttyp	Ansvarig verksamhet	Organisation	Version
Vårdrutin	Hudsjukvården	Region Värmland	5
Dokumentägare Cristina Hendre Verksamhetschef	Fastställare Henrik Svensson T.f. biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2024-12-18	Giltig t.o.m. 2026-12-18

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
Seborroiskt eksem/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

Diagnos	*Primärvårdsåtagande*	*Indikation för remiss*	*Specialiståtagande*
Malignt melanom (MM)	Flera hudmelanom opereras i primärvården och diagnosen är ibland oväntad. Vid stark misstanke om malignt melanom skickas en SVF-remiss till hudkliniken. Om det gäller en oväntad diagnos av malignt melanom ska patienten informeras och SVF-remiss skickas till hudkliniken.	Misstänkta fall remitteras som SVF 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 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 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 benignt nevus. Om excision görs ska det vara radikalt och preparatet till PAD. Uppföljning behövs inte. Patienten rekommenderas självkontroller och får solråd.	• Svårbedömda nevus • Malignt melanom i släkten	1. Familj med melanom (invasiva eller in situ) hos minst två sinsemellan förstagradssläktingar 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 tredjegradssläktingar.
Aktinisk keratos	Vanliga godartade förändringar, solorsakade. 10 procents risk för utveckling av skivepitelcancer.	Utebliven läkning trots två behandlingsomgångar imikvimod (Aldara, Zyclara,), 5-fluorouracil (Tolak).	PDT, kryobehandling.
Basalcellscancer (BCC)	Majoriteten av patienter med basalcellscancer kommer först i kontakt med primärvården. Om man vill behandla det i primärvården är det excision med 3 mm klinisk marginal som rekommenderas, preparat till PAD. Om PAD verifierad basaliom Glastyp I B får man insätta Tolak behandling. Övriga metoder bör utföras på hudkliniken.	Patienten remitteras i första hand till hudkliniken för diagnostik och behandlingsval. Vid remittering är stansbiopsi i regel ej nödvändig.	Diagnostik vid behov. Val av behandling. Denna ges på hudkliniken eller i förekommande fall skickas remiss till annan specialistklinik. Behandlingar på hudkliniken: • Excision • Kurettage och diatermi • Kryoterapi • PDT I vissa fall beroende på storlek/lokalisation kan man behöva vidarebefordra remissen från hudkliniken till annan specialistklinik (ÖNH/ Ögonklinik/*K*irurgen)
Skivepitelcancer	Radikal excision med 4–6 mm klinisk marginal och preparat till PAD, alternativt remiss till hudkliniken.	För diagnostik och/eller excision. Skivepitelcancer ska alltid excideras (undantag är skivepitelcancer in situ, som går att behandla lokalt med 5-fluorouracil).	Diagnostik och behandling. I vissa fall beroende på storlek/lokalisation kan man behöva vidarebefordra remissen från hudkliniken till annan specialistklinik (ÖNH/ Ögonklinik/*K*irurgen)

Övriga hudsjukdomar			
Diagnos	***Primärvårdsåtagande***	***Indikation för remiss***	***Specialiståtagande***
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 behandlingslängd.	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 terapisvar. • 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. • Utbredda vårtor hos immunsupprimerade patienter.	• Fall där tumör inte kan uteslutas. • Immunsupprimerade patienter med mycket utbredda vårtor.
Perioral dermatit	De flesta fall av perioral dermatit bör kunna skötas av allmänläkare.	• Osäker diagnos. • Otillfredsställande terapisvar.	Att vid behov ställa diagnos och sätta in behandling. Uppföljning i primärvården.

Övriga hudsjukdomar			
Diagnos	***Primärvårdsåtagande***	***Indikation för remiss***	***Specialiståtagande***
Psoriasis	• Diagnostisera de flesta fall av psoriasis. • Behandla lindrig till måttlig psoriasis. • Rökstopp. • Hälsobefrämjande åtgärder.	• Utbredd plackpsoriasis som inte svarar på lokalbehandling. • Guttat psoriasis som inte svarar på lokalbehandling. • Terapiresistent hårbottenpsoriasis med stora besvär. • Pustulös psoriasis. • Erytroderm psoriasis. • Psoriasisartrit som inte svarar på NSAID skickas till reumatologen. • Osäker diagnos. • Psoriasis hos barn som inte svarar på behandling.	Se indikation för remiss. Patienter som har en fungerande behandling remitteras ut för uppföljning i primärvården.
Pustulosis palmoplantaris - PPP	Stark steroid under ocklusion med Duodermplatta vid skov. Mjukgörande. Rökstopp.	• Utebliven effekt.	

Övriga hudsjukdomar			
Diagnos	***Primärvårdsåtagande***	***Indikation för remiss***	***Specialiståtagande***
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.	Terapiresistent svårt atopiskt eksem som kräver ljusbehandling eller systemisk behandling.
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	Diagnos, behandling och smittspårning av ordinära skabbfall.	• Vid svårigheter att ställa diagnos. • Terapisvikt, återsmitta. Svåra fall bör remitteras till hudklinik.	Handläggning av patienter med skabbfrågeställning, se indikation för remiss.

Övriga hudsjukdomar

Diagnos	*Primärvårdsåtagande*	*Indikation för remiss*	*Specialiståtagande*
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.
Seborroiskt eksem/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			
Diagnos	***Primärvårdsåtagande***	***Indikation för remiss***	***Specialiståtagande***
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, • Recidiverande angioödem utan urtikaria där allergisk orsak eller läkemedelsorsak (framför allt ACE-hämmare) uteslutits, och som inte svarar på behandling med antihistamin och kortison peroralt, dvs. inte histaminmedierat angioödem.	Behandla kronisk spontan urtikaria (dagliga besvär i mer än sex veckor, där allergi 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, tyreoideasjukdomar, neurologiska åkommor, läkemedel, droger med mera). Behandling med Absolut Torr, och vid behov tillägg med antikolinergika.	Svår primär palmar eller axillär hyperhidros – HDSS 3–4, trots pågående behandling med Absolut Torr och antikolinergika. Se länk 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.

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. (Varningstecken: nekros, lilaröd hud, extrem smärta, senor eller ben i dagen, tumorös sårbotten)	Det finns 4 vårdförlopp för handläggning av patient med svårläkt sår. Basbedömning och basbehandling ska alltid vara utfört och utvärderat inför remiss. Endast patienter med "atypiska sår" ska remitteras till Hudsjukvården. Svårläkta sår - 1177 för vårdpersonal Remis hudläkare • Stora venösa sår (10 x 10 cm2) där pinch graft kan övervägas. • Atypiska sår: Sår med varningstecken och samtidigt normalt ABI (0,8 <ABI <1,4).	• 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 recidiv mer än två gånger på sex månader)	Identifiera och behandla mild/medelsvår HS (abscesser/noduli med eller utan ärr och fistelgångar). • Rökstopp Viktnedgång Minska värme och friktion • Skinoren 1 x 2/Tetralysal 300 mg x 2 i tre månader	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.

Klåda	Utreda 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.	Utreda och diagnostisera eventuell hudsjukdom. Sätta in behandling. Återremittera vid välfungerande och stabil behandling.
Lichen sclerosus **(tidigare kallat lichen sclerosus et atrophicus, LSA)**	Ställa diagnos och sätta in behandling. Diagnosen är i första hand klinisk. Diagnostik och behandling är samma för manliga och kvinnliga patienter. Behandling består i första hand av lokalbehandling med Dermovat nedtrappande schema i 3 månader enligt mall i Cosmic med uppföljning av behandlingseffekt. Därefter underhållsbehandling med Dermovat 1 gång/vecka. Behandlingen förväntas bli långvarig, ibland livslång.	• Osäker diagnos • Misstanke om malignitet (exempelvis sår som inte läker) • Otillfredsställande terapisvar Obs: Lichen sclerosus som trots adekvat behandling med Dermovat orsakar förhudsförträngning remitteras till urolog. Se separat vårdrutin.	Ställa diagnos och sätta in behandling. Återremittera vid välfungerande och stabil behandling.

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