

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2025-01-22

Innehållsansvar: Anette Gente Lidholm, (anest7), Verksamhetschef

Giltig till: 2027-01-22

Granskad av: Alexandra Forssgren, (aleja), Processchef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Ansvarsfördelning mellan dermatovenereologi och allmänmedicin

Innehåll

Förändringar sedan föregående version.....	1
Bakgrund.....	1
Utredning	2
STI.....	3
HIV	4
HUDTUMÖRER	4
ICKEPIGMENTERADE HUDTUMÖRER.....	4
PIGMENTERADE HUDTUMÖRER	5
HUDINFEKTIONER.....	6
INFLAMMATORISKA DERMATOSER.....	7
ÖVRIGA HUDDIAGNOSER.....	10

Riktlinjen anger ansvarsfördelningen mellan dermatovenereologisk specialistvård och allmänmedicin och omfattar allmän dermatologi, STI (sexually transmitted infections) och hudtumörer.

Förändringar sedan föregående version

Vissa ändringar angående utredning och bilddokumentation samt kring hantering av aktiniska keratoser har gjorts i samråd mellan Primärvårdsråd och Samordningsråd för dermatovenerologi.

Förändrad praxis till följd av denna riktlinje

Primärvården får ett utökat ansvar för diagnostik och behandling när det gäller följande område: aktinisk keratos. Dessutom betonas vikten av digital bilddokumentation och PAD efter stansbiopsi som värdefull information för remissbedömande dermatolog.

Bakgrund

Dermatovenereologiska åkommor förekommer i alla åldrar, de är vanliga och handläggs både i primärvård och inom den specialiserade vården. Primärvården svarar för bedömning, utredning, behandling och uppföljning av många vanliga tillstånd (se bilaga 1). Remiss är aktuell då specialistnivåns kompetens behövs för diagnostik och behandling eller för second opinion.

Den regionala medicinska riktlinjen avser gränssnitt mellan primärvård och dermatovenereologisk specialistvård på länssjukvårdsnivå. Det regionala perspektivet innebär att samma principer gäller i hela Västra Götalandsregionen och att primärvården remitterar till närmaste specialistenhet, vilken i sin tur remitterar vidare till regionvård vid behov.

Utredning

Se nedan för utredning för de vanliga tillstånden. Den gemensamma utgångspunkten är att dokumentet skall underlätta för Primärvård samt Hudklinikerna att på bästa sätt samverka för att hjälpa våra gemensamma patienter. Snabb remisshantering och generös tolkning av varandras förutsättningar och förväntningar underlättar en sådan samverkan. Förutom klinisk undersökning kan primärvården utföra stansbiopsi vid oklara hudförändringar vid behov utifrån klinik och sammantagen prioritering. Viktiga undantag är pigmenterade hudtumörer där biopsi inte ska göras, patienten remitteras i stället direkt till specialistvården

Teledermatologiskt remissförfarande är infört i Västra Götalandsregionen och alla vårdgivare har nu möjlighet att skicka digitala bilder till hudklinikerna, antingen via direkt uppkoppling till Picsara eller den kostnadsfria CIMA-appen. För bästa möjliga medicinska säkerhet ska bilder i absolut möjligaste mån skickas digitalt. Samtliga remisser som ställs till hudkliniken har bildkrav för att på bästa sätt kunna hjälpa patient med råd och åtgärder via elektronisk bedömning samt att prioritera de patienter som i tillägg behöver ett fysiskt besök till hudläkare. Dermatoskopisk bild är krav för frågeställningar om hudtumörer men kan även användas vid övriga tillstånd i huden då det kan ge värdefull information.

Önskvärt remissinnehåll från Primärvård

- Digital bild (översiktsbild, närbild och för hudtumörer även dermatoskopisk)
- Lokalisation
- Duration
- Subjektiva besvär (tex. klåda)
- Prövad behandling och utvärderat resultat
- Vid oklara utslag underlättas remissbedömningen om stansbiopsi tagen och PAD-svar bifogas. (Behovet får vägas mot prioritet och angelägenhet kliniskt utifrån ett helhetsperspektiv)

- Andra sjukdomar och övriga mediciner

Remiss från primärvård gällande allmändermatologi bör innehålla:

- Lokalisation
- Duration
- Subjektiva besvär (klåda)
- Utseende (beskrivning samt foto)
- Prövad behandling och utvärderat resultat
- Vid oklara utslag, ta gärna stansbiopsi (ej pigmenterade hudtumörer) innan remissen skickas
- PAD-svar bifogas
- Andra sjukdomar och övriga mediciner
- Frågeställning

Om remissen gäller bensår komplettera med:

- Sårstorlek
- Anamnes på varicerkirurgi, DVT, arteriell kirurgi
- Smärta dag- eller nattetid, smärtstillande
- Ankel- och armbloodtryck
- Resultat av prövad kompressionsbehandling

Vid misstanke på arbetsrelaterad hudsjukdom komplettera remissen med anamnes gällande kemikalieexponering på arbetsplatsen, bifoga om möjligt produktfaktablad.

På följande sidor beskrivs handläggning i primärvård respektive specialistvård för STI-relaterade sjukdomar samt hudrelaterade åkommor (bland annat hudtumörer, hudinfektioner, sår och inflammatoriska dermatoser)

STI

Önskemål om remissinnehåll i STI remiss:

- Anamnes, inkl. sexualanamnes (antal partner, okända partner, oskyddade kontakter, utlandskontakter,
- prostitutionskontakter etc. Symtom hos patient/ partner?)
- Kopia av eventuellt provsvar
- Information om eventuell behandling
- Telefonnummer till patienten, gärna mobilnummer
- Information om eventuellt tolkbehov

Obs Patienten måste informeras att remiss skickats, och att hen kan bli uppringd på angivet telefonnummer. P.g.a. behov av ökad sekretess, kan remissvaren bli knapphändiga, förutom i de fall patienten utremitteras för fortsatt omhändertagande.

Vid misstanke om följande diagnoser:

STI-misstanke hos asymtomatisk patient

Vårdnivå: PV/Hud. Patienten tas omhand där hen söker primärt.

Sexuelanamnes

Klinisk undersökning övervägs

Provtagning: Klamydia, erbjud HIV-test frikostigt. Provtagning sker enligt lokala riktlinjer.

Klamydia

Vårdnivå: PV/Hud/Gyn där patienten söker primärt.

Sexuelanamnes

Provtagning: Provtagningslokaler enligt sexuelanamnes

Behandling <http://www.lakemedelsboken.se>

Smittspårning

Gonorré

Vårdnivå: Hud

Utredning, behandling, smittspårning och uppföljning sker inom specialistsjukvård

Remittera obehandlad patient till Hudklinik

Remiss om:

Positivt gonorré PCR

Positiv gonorréodling

Smittspårning angående gonorré

Anamnestisk mycket stark misstanke på gonorré

Klinisk misstanke på gonorré

Syfilis

Vårdnivå: Hud

All utredning, behandling, smittspårning och uppföljning sker inom

specialistsjukvård Skicka screeningtestet (kan vara falskt pos) för utvidgad analys, om inte detta skett automatiskt

Gravida ska remitteras så snabbt som möjligt, även vid låga titrar i serologin Remiss till hudklinik vid:

- a) Positiv syfilisserologi hos obehandlad patient eller vid oklarhet om effektiv behandling givits
- b) Misstänkt symptomgivande syfilis (till exempel sår genitalt, analt eller oralt eller hudutslag)
- c) Smittspårning avseende syfilis

Mycoplasma genitalium:

Vårdnivå: PV/Hud/Gyn. Där patienten söker primärt

Provtagning: enligt lokala riktlinjer

Behandling: <http://www.lakemedelsboken.se>

Ingen smittspårning, lyder ej under Smittskyddslagen

Remitteras till specialistvård vid utebliven behandlingseffekt

HIV

Vårdnivå: Infektion

Vid positivt prov, remiss och kontakt med Infektionsklinik

Genital herpes:

Vårdnivå: PV/Hud/Gyn. Där patienten söker primärt

Komplicerad infektion med utbredd herpes, sköts på hud/gyn, övriga i primärvård

Behandling: <http://www.lakemedelsboken.se>

Kondylom:

Vårdnivå: PV/Hud/Gyn Kir

Behandling med läkemedel där patienten söker, i de fall där behandling är indicerad.

Ett alternativ är exspektans

Behandling: <http://www.lakemedelsboken.se>

Remiss vid behandlingssvikt

Genitala dermatoser:

Vårdnivå: PV/Hud/Gyn

Exempel: psoriasis, eksem, lichen sclerosus, lichen ruber, erytrasma, kontaktallergi, skabb, dermatofytinfektion, herpes zoster mm).

Remiss till Hud vid oklar diagnos, samt om klar diagnos även vid utebliven behandlingseffekt. Information i remiss om diagnosmisstanke, utbredning, symtom och effekt av given behandling

Smittspårning

Behandlande läkare ansvarar enligt författningen för att smittspårning sker

Smittspårning åligger primärvårdsnivån i de fall patienten handläggs där enligt Kok-boken för VG Primärvård

Vid de tillstånd som utreds och behandlas inom specialistsjukvården sker smittspårning där

HUDTUMÖRER

Benigna

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation

ICKEPIGMENTERADE HUDTUMÖRER

Skivepitelcancer

Vårdnivåer: primärvård, hudspecialistsjukvård, öron-näsa-hälsa, kirurgisk specialistsjukvård

Behandling: Om radikal excision gjorts inom primärvården behöver patienten ej remitteras/följas upp (se dock undantag nedan). Inspektera hela hudkostymen och palpera körtlar.

Undantag: lågt differentierad skivepitelcancer, basoskvamös cancer (mixed scc), skivepitelcancer på läpp/öra/genitalt samt skivepitelcancer >2 cm i diameter. Dessa ska remitteras till lämplig specialist beroende på lokal för uppföljning. Även patienter med immunsuppression bör remitteras till hudspecialistsjukvård om de inte redan är patienter där

Skivepitelcancer in situ, Mb Bowen

Vårdnivåer: primärvården, hudspecialistsjukvård

Behandling: Om radikal excision gjorts inom primärvården behöver patienten ej remitteras/följas upp

Aktiniska keratoser

Vårdnivåer: Primärvård, specialistvård

En AK är en kronisk solskada i huden begränsat till epidermis. Frekvensen varierar mellan 10–20% i den del av befolkningen som är över 60 år och äldre.

AK är vanligtvis ofarligt och läker spontant i cirka 20 % av fallen. Skivepitelcancer kan utvecklas från en AK men den årliga risken för denna utveckling är mycket låg. Förekomst av AK är en riskmarkör för att utveckla även annan hudcancer inklusive basalcellscancer (basaliom) och malignt melanom. Huvudsyftet att undersöka solskadad hud är att hitta hudcancer och inte att behandla AK.

För mer detaljer om tillståndet rekommenderas riktlinje i nationellt klinisk kunskapsstöd ([Aktinisk keratos, 1177 för vårdpersonal](#)).

Om patienten är subjektivt besvärsfri kan man efter diskussion med patienten avstå helt från behandling, särskilt vid mindre uttalade förändringar eller hög ålder.

Diskreta AK med lindrig rodnad, fjällning och utan infiltrat kan med fördel lämnas för expectans. Oavsett behandling är recidiv eller nya förändringar vanligt.

Om behandling bedöms indicerad kan den göras enligt nedan:

- Enstaka kraftigare AK kan frysbehandlas med flytande kväve (om tillgängligt) eller behandlas med utvärtes fluorouracil/salicylsyra i kombination.
- Flera/utbredda aktiniska keratoser behandlas utvärtes med fluorouracil 4 % eller med imikvimod 5 % eller 3,75 %.

Dessa behandlingar utförs där patienten söker inom primärvården eller specialistvård. I regel behövs ingen planerad uppföljning efter behandling av AK. Patienten bör uppmanas att höra av sig om de behandlade lesionerna inte läkt eller återkommer efter behandlingen.

Remiss till specialistvård

- vid uteblivet behandlingssvar

- mycket utbredda solskador kan vara svårbedömda och här rekommenderas remiss till hudklinik
- där topikal behandling inte är lämpligt
- vid immunsuppressiv behandling särskilt efter transplantation
- vid diagnostisk svårighet

alla patienter med AK bör skydda huden från UV exposition framöver.

Field cancerisation (Fält dysplasier)

Patienter med mycket utbredda fält av aktiniska keratoser eller utebliven effekt av behandling i primärvården remitteras till hudspecialistsjukvård.

Basalcellscancer, ansikte

Vårdnivåer: hudspecialistsjukvård, specialistvård öron-näsa-hals, plastikkirurgi.

Basalcellscancer, andra lokaler

Vårdnivåer: primärvård och hudspecialistsjukvård. Behandling: excision.

Uppföljning behövs ej vid radikal excision

Multipla basaliom remitteras till hudspecialistsjukvård

Organtransplanterade patienter

Regelbundna kontroller inom specialistsjukvård

Nevoid basalcellsyndrom/Gorlins syndrom

Autosomalt dominant nedärvt tillstånd där patienten bland annat utvecklar multipla basaliom, ofta i tidig ålder.

Ska handläggas inom specialisthudsjukvård på läns- eller regionnivå.

Oklar ej pigmenterade tumör

Vid oklara, malignsuspekta förändringar utförs stansbiopsi i primärvården Remiss vid behov efter PAD.

PIGMENETERADE HUDTUMÖRER

Malignt melanom

Vårdnivå: Hudspecialistsjukvård

Utredning: Remiss till hud vid misstanke. Biopsi eller excision ska ej göras i primärvården.

Oklar pigmenterad tumör

Vårdnivåer: primärvård, hudspecialistsjukvård

Utredning: Klinisk undersökning, gärna med dermatoskopi för att utesluta seborroisk keratos, hemangiom och klart benigna nevi (efter genomfört utbildningsprogram)

Vid malignitetsmisstanke remiss till hudspecialistsjukvård utan föregående biopsi

Nevusbedömning, ingen riktad misstanke

Klinisk undersökning, om möjligt dermatoskopi

Vid malignitetsmisstanke remiss till hud utan föregående biopsi

Vid multipla dysplastiska/atypiska nevi remiss till hudspecialistsjukvård

Kongenitala nevi

Små/medelstora: egenkontroll. Vid misstanke om melanomutveckling, remiss till hud

Stora: > 7 cm nyfödd, > 20 cm vuxen: Remiss till hudspecialistsjukvård.

HUDINFEKTIONER

Erysipelas

Vårdnivå: primärvården och specialistsjukvård infektion

Behandling: se REK-lista

Antibiotikabehandling per os, vid behov av parenteral behandling remiss till infektion.

Impetigo

Vårdnivåer: primärvården

Behandling: se REK-lista

Lindrig: lokalbehandling i primärvården.

Utbredd: lokalbehandling + antibiotika per os. Odlar frikostigt.

Follikulit

Vårdnivå: primärvården

Utgörs ofta av Malassezia- eller Staphylococcus follikulit.

Behandling: Behandling krävs inte alltid, rådgivning om att undvika rakning om tillämpligt

Lokalbehandling: 50 % propylenglykol i vatten 2 ggr dagligen i 2 veckor. Kan användas profylaktiskt 1 gång/v som förebyggande alternativt kan propylenglykolinnehållande lotion (receptfritt) rekommenderas Staphylococcus aureus follikulit: Om behov av behandling och efter positiv odling: antibiotika per os.

Pityriasis versicolor

Vårdnivå: primärvården

Lokalbehandling: 50 % propylenglykol i vatten 2 ggr dagligen i 2 veckor. Kan användas profylaktiskt 1 gång/v alternativt kan propylenglykolinnehållande lotion (receptfritt) rekommenderas.

Svampinfektioner

Vårdnivå: egenvård, primärvården, länssjukvård

Utredning: Var frikostig med odling

Behandling: se aktuell REK-lista

Lindriga fall behandlas inom primärvården. Starta aldrig peroral behandling utan positiv odling och besvär.

Nagelsvamp behandlas i primärvården efter positiv odling om patienten har besvär
Utbredd och/eller inflammatorisk svampinfektion i huden eller hårbotten/skägg:
remiss till specialistnivå hud.

Herpes simplex

Vårdnivå: egenvård och primärvården

Behandling: se aktuell REK-lista

Lindrig: lokalbehandling med receptfria läkemedel.

Vid misstanke om eczema herpeticum ska patienten remitteras till hudklinik.

Herpes Zoster

Vårdnivå: primärvården, inläggningsfall tas om hand av infektionsklinik,
inläggningsfall och herpes zoster som rör ögon tas om hand av ögonklinik

Behandling: se aktuell REK-lista. Antiviral behandling per os.

Borrelia

Vårdnivå: primärvården, hudspecialistsjukvård, specialistsjukvård infektion

Behandling: se aktuell REK-lista

Vid erytema chronicum migrans behandling med peroral antibiotika i primärvården.

Vid acrodermatit, lymfocytom remitteras patienten till specialistsjukvård inom hud
eller infektion.

Mollusker/vårtor

Vårdnivå: egenvård

Skabb, huvudlöss/flatlöss

Vårdnivå: primärvården, hudspecialistsjukvård

Behandling: Efter säkerställd diagnos av skabb behandlas alla i hushållet. Behandling
av löss på individer med konstaterade löss.

Föreligger diagnostiska svårigheter (skabb) remitteras patienten till
hudspecialistsjukvård.

Acne vulgaris

Vårdnivåer: egenvård, primärvården, hudspecialistsjukvård

Behandling: se aktuell REK-lista

Lindrig: lokalbehandling, egenvård.

Medelsvår: lokalbehandling kombinerat med antibiotika per os

Svår: remiss hudklinik.

Acne rosacea

Se även aktuell REK-lista

Vårdnivå: primärvården

Perioral dermatit

Vårdnivå: primärvården

Behandling: Lokalbehandling med svavel 5 % i Essexkräm. Vid otillräcklig effekt: lymecyklin 300 mg 1x2 i 6–8 veckor.

INFLAMMATORISKA DERMATOSER

Eksem

Vårdnivå: egenvård, primärvård, hudspecialistsjukvård, barnsjukvård
Behandling: se aktuell REK-lista

Lindrigt/medelsvårt: rådgivning (minska tvål och vattenanvändning) mjukgörande, lokala steroider grupp I-III eventuellt med ocklusion. Observera nedtrappning och underhållsbehandling.

Andrahandsalternativ – framför allt vid ansiktseksem: lokal immunmodulerare (tacrolimus).

Utbrett: remiss specialistsjukvård (hud, barn).

Kontaktallergiskt eksem

Vårdnivå: primärvård, hudspecialistsjukvård

Behandling:

Lindrigt: eliminera orsak, behandling med lokala steroider grupp I-III

Svårt: remitteras alltid till hudspecialistsjukvård, ange om exposition skett i yrket om aktuellt.

Irritativ kontaktdermatit (traumiterativt eksem)

Vårdnivå: primärvård, hudspecialistsjukvård

Behandling:

Lindrigt/medelsvårt: primärvården ger rådgivning, mjukgörande, lokalbehandling med steroider grupp I-IV + eventuell ocklusion.

Svårt: remiss till hudspecialistsjukvård.

Seborroisk dermatit

Vårdnivå: egenvård, primärvård

Behandling: Grupp I-II steroid kombinerat med antimykotikum till ansikte och bröst. Medicinska schampon samt lokal steroidlösning till hårbotten.

Vid behov av avfjällning: salicylsyrepreparat.

Andrahandsval: lokal immunmodulerare (tacrolimus).

Hypostatiskt eksem

Vårdnivå: primärvården

Behandling: Kompression, lokal steroid grupp III-IV.

Neurodermit

Vårdnivå: primärvård, hudspecialistsjukvård

Behandling: Steroider grupp III-IV med/utan ocklusion 2 ggr/v i 2–3 veckor.

Underhållsbehandling 1–2 ggr i veckan i 3–4 veckor.

Vid terapivikt remiss till hudspecialistsjukvård.

Lichen ruber

Vårdnivå: primärvård, hudspecialistsjukvård

Behandling:

Lindrig: Lokalbehandling, grupp III-IV steroid. Vid lokaliserad Lichen ruber: steroid grupp III-IV steroid med/utan ocklusion. Vid tveksam diagnos biopsi för PAD.

Utbredd eller terapivikt: remiss till hudspecialistsjukvård.

Prurigo nodularis

Vårdnivå: primärvård, hudspecialistsjukvård

Behandling:

Lindrig: lokalbehandling, grupp III-IV steroid med/utan ocklusion Svår eller utbredd: remiss till hudspecialistsjukvård.

Pityriasis rosea

Vårdnivå: primärvården

Behandling: Vid klåda lokal steroid grupp II-III vid behov.

Klåda

Vårdnivå: primärvården, hudspecialistsjukvården

Utredning: Klåda utan primära hudefflorescenser (exkorationer kan ses): internmedicinsk åkomma, paramaligt fenomen?

Utredning i primärvård och/eller remiss till lämplig specialitet och kausal behandling. Tänk på skabb.

Behandling:

Klåda med primära hudefflorescenser: hudåkomma. Behandlas med till exempel lokal steroid, antihistamin eller UVB.

Psoriasis

Se aktuella regionala medicinska riktlinjer för psoriasis

Vårdnivåer: primärvården, hudspecialistsjukvård

Diagnos: Klinisk bild, utseende och lokalisation. Klåda förekommer. Vanligast med plackpsoriasis.

Andra former: Guttat psoriasis, invers psoriasis, pustulös psoriasis, erythroderm psoriasis

Behandling: Mild till måttlig plack- och guttat psoriasis behandlas med fördel i primärvården.

Steg 1. Avfjällande: Mjukgörande med tillsats av karbamid, propylenglykol eller salicylsyra. Till hårbotten krävs ofta avfjällning med 2–5 % salicylsyra i olja, salva eller kräm över natten.

Steg 2 På kroppen: Lokala steroider grupp III–IV, 1–2 gånger dagligen i 2–4 veckor, därefter successiv (till exempel veckovis) nedtrappning till underhållsbehandling 2 gånger i veckan. Alternativt – kombinationspreparat betametason och kalcipotriol 1 gång dagligen i 4 veckor därefter underhållsbehandling 2 gånger i veckan Barn under skolålder psoriasis på kroppen lokala steroider grupp II–III Hudveck, ansikte, genito-analt lokala steroider I–II, 1–2 gånger dagligen i 1–2 veckor därefter 2 gånger per vecka. Hårbotten: Lokalt flytande steroid grupp III–IV alternativt gel betametason och kalcipotriol 1 gång dagligen i cirka 1 vecka, därefter 1–2 gånger per vecka Guttat psoriasis: svalgodling för streptokocker, behandla med penicillin vid positiv odling

Lokal steroid grupp II–III vid behov

Vid förbättring fortsatt behandling minst 1–2 månader: På kroppen med fuktgivande kräm dagligen samt kalcipotriol och betametason eller grupp III–IV steroid 1–2 gånger per vecka.

Hårbotten – flytande steroid grupp III – IV, 1–2 gånger per vecka alternativ gel kalcipotriol och betametason 1–2 gånger per vecka.

Erythroderm, pustulös psoriasis liksom utbredd plack/guttat psoriasis, pustulös eller erythroderm psoriasis: remitteras till hudspecialistsjukvård.

Bensår

Vårdnivå: primärvård, specialistsjukvård inom hud, infektion, kirurgi och medicin

Diagnostik: Anamnes innefattande andra sjukdomar till exempel kollagenos, tidigare operationer, smärta, trauma, läkemedel, labprover inklusive SR, blod-, njurstatus, blodsocker, eventuellt hudbiopsi.

Inspektion: ödem, varikösa vener.

Fysikalisk undersökning innehållande perifera pulsar, hudtemperatur, dopplerundersökning, ankel-armtryck.

Behandling: riktas mot bakomliggande orsak. Se Rek-lista.

Venösa sår

Adekvat kompressionbehandling, högläge, överväg remiss till kirurgklinik för operativ för venkirurgi.

Vid terapivikt remiss till hudspecialist.

Arteriella sår

Vårdnivå: primärvård, kirurgisk specialistsjukvård.

Diabetessår

Remiss till specialistsjukvård inom medicin

Vaskulitsår

Vårdnivå: specialistsjukvård inom hud.

Oklara atypiska sår

Remiss till hudspecialist.

Trycksår

Se lokala riktlinjer samt REK-lista

Viktigt med uppföljning som avgörs individuellt.

ÖVRIGA HUDDIAGNOSER

Androgent håravfall

Vårdnivå: privat finansierad sjukvård/egenvård.

Hypertrichos

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation

Vid könsbekräftande vård hos transpersoner: remiss hudspecialistsjukvård

Se RMR [Hårborttagning vid hirsutism och könsdysfori](#).

Keloid

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Klavus

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Melasma

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Nevus flammeus

I ansiktet: laserbehandling i specialistsjukvården

På annan lokal: Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Tatueringar

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Traumatiska tatueringar i ansikte: remiss till specialistsjukvård inom plastikkirurgi alternativt hud.

Telangiectasier

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Vitiligo

Vårdnivå: egenvård, hänvisa till kosmetolog.

Akut urticaria (Definition <6 veckor)

Vårdnivå: primärvård

Utredning eventuell utredning, behandling med antihistamin enligt Rek.

Kronisk urticaria (Definition >6 veckor)

Vårdnivå: primärvård, hudspecialistsjukvård

Utredning sker i primärvården (infektion, läkemedel, malignitet, kollagenos).

Behandling: antihistamin i tre-fyrdubbel dos (ej till gravida/ammande).

Terapiresistent kronisk urticaria: remitteras till hudspecialistsjukvård.

Xantelasma

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Åldersförändringar

Lentigo senilis, senila angiom, seborrhoiska vårtor med mera.

Åtgärdas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Hyperhidros

Vårdnivå: primärvården, hudspecialistsjukvård

Se aktuella regionala medicinska riktlinjer.

Lindrig: Lokalbehandling med aluminiumkloridpreparat.

Medelsvår-svår: Systemisk behandling: antikolinergikum oxybutynin (ditropan)

Svår: lokaliserad grad IV (hand, armhåla) remitteras patienten till hudspecialistsjukvård.

Blådermatoser och kollagenoser

Vårdnivå: hudspecialistsjukvård

Läkemedelsreaktioner

Vårdnivå: Där patienten söker. Samtliga: sätt ut läkemedlet om tillämpligt.

Exanтем

Vårdnivå: primärvården /där patienten söker.

Behandling: sätt ut läkemedlet om tillämpligt, lokalbehandling vid behov.

Erytema multiforme

Vårdnivå: primärvården, hudspecialistsjukvård.

Erytema multiforme kan även utlösas av infektion, vanligast herpesvirus Svår: specialisthudsjukvård.

Vaskulit

Vårdnivåer: Specialistsjukvård inom hud, reumatologi och medicin

Kan även utlösas av infektion och kollagenos.

Stevens- Johnsons/TEN och andra allvarliga läkemedelsreaktioner Vårdnivå:
hudspecialistsjukvård

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anette Gente Lidholm, (anest7),
Verksamhetschef

Granskad av: Alexandra Forssgren, (aleja), Processchef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN12865-780821730-736

Version: 1.0

Giltig från: 2025-01-22

Giltig till: 2027-01-22