Gäller för: Västra Götalandsregionen
Giltig från: 2026-11-02
Innehållsansvar: Anette Gente Lidholm, (anest7), Verksamhetschef
Giltig till: 2028-03-25
Granskad av: Mikael Alsterholm, (mikal), Överläkare
Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Ansvarsfördelning mellan dermatovenereologi och allmänmedicin

Innehåll

Huvudbudskap....3
Nytt sedan föregående version....3
Bakgrund....4
Vårdnivå och remissinnehåll....4
Utredning inom allmänmedicin....4
Teledermatologiskt remissförfarande och bildkrav....5
Rengöring av dermatoskop....5
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård bör innehålla....5
Remiss till allmänmedicin bör innehålla....5
Kompletterande information för specifika fall....6
Svårläkta sår....6
Misstänkt arbetsrelaterad hudsjukdom....6
Sexuellt överförda infektioner....6
Sjukskrivning....6
Ansvarsfördelning....7
Hudinfektioner och infestationer....7
Borrelia....7
Herpes simplex....7

Mollusker och virusvårtor 7
Svampinfektion i hud, naglar och hårbotten 7
Inflammatoriska hudsjukdomar 8
Atypiska sår.... 8
Erytema multiforme 9
Lichen ruber.... 9
Läkemedelsexantem 9
Neurodermatit 9
Prurigo nodularis.... 9
Hudtumörer.... 9
Benigna tumörer.... 9
Icke pigmenterade hudtumörer 10
Aktinisk keratos 10
Basalcellscancer, ansikte 10
Basalcellscancer, andra lokaler 10
Basalcellsnevussyndrom (Gorlins syndrom) 11
Oklar ej melanommisstänkt tumör 11
Organtransplanterade patienter - hudtumör.... 11
Skivepitelcancer i huden.... 11
Skivepitelcancer in situ (Morbus Bowen) i huden 11
Pigmenterade hudtumörer 12
Kongenitalt melanocytärt nevus....12
Melanom i huden....12
Nevusbedömning....12
Oklar pigmenterad tumör....12
Sexuellt överförda infektioner och genitala dermatoser....12
Sexuellt överförda infektioner....12

Smittspårning 13
STI-misstanke hos asymtomatisk patient. 13
Genitala dermatoser 13
Övriga diagnoser 13
Androgent håravfall 13
Hyperhidros 13
Hirsutism 14
Keloid 14
Klavus 14
Nevus flammeus 14
Tatueringar 14
Telangiektasier 14
Vitiligo 14
Xantelasma 14

Huvudbudskap

Denna riktlinje klargör ansvarsfördelningen mellan dermatovenereologisk specialistvård och allmänmedicin för att underlätta samverkan och optimal patientvård. Allmänmedicin ansvarar för bedömning, utredning, behandling och uppföljning av många vanliga dermatovenereologiska tillstånd. Dermatovenereologins kompetens är aktuell när den behövs för diagnostik, behandling eller för en second opinion. Ett särskilt fokus ligger på vikten av digital bilddokumentation inför remittering.

Nytt sedan föregående version

- Länkning till 1177 för vårdpersonal eller andra kunskapskällor för de diagnoser där detta är tillämpligt.
- Bildkrav föreligger för alla remisser till dermatovenereologisk specialistvård.
- Exantem borttaget som egen rubrik.
- Avsnittet Bensår med underrubriker har ersatts av avsnittet Svårläkta sår. I avsnittet specificeras enbart de svårläkta sår som

utreds och behandlas inom dermatovenereologisk specialistvård efter att misstanke väckts i primärvård (atypiska sår).
- Redaktionella ändringar.

Bakgrund

Dermatovenereologiska åkommor är vanliga och förekommer i alla åldrar, de handläggs både inom allmänmedicin och den dermatovenereologiska specialistvården. Allmänmedicin har ansvar för bedömning, utredning, behandling och uppföljning av många av dessa vanliga tillstånd.

Remiss till specialistvård syftar till en konsultation där specialistläkaren bedömer patientens medicinska tillstånd, primärt utifrån remisshandlingarna, och kan rekommendera adekvat behandling eller vidare åtgärder samt second opinion. Denna bedömning kan ske med teledermatologi och innebär inte nödvändigtvis ett fysiskt besök eller ett komplett övertagande av patientansvaret.

Denna regionala medicinska riktlinje fastställer gränssnittet mellan allmänmedicin och dermatovenereologisk specialistvård på länssjukvårdsnivå. Primärvården remitterar till närmaste specialistenhet, som i sin tur remitterar vidare till regionvård vid behov.

Vårdnivå och remissinnehåll

Den gemensamma utgångspunkten är att detta dokument ska underlätta samverkan mellan allmänmedicin och dermatovenereologisk specialistvård för att på bästa sätt hjälpa patienterna. Snabb remisshantering och en generös tolkning av varandras förutsättningar och förväntningar underlättar denna samverkan. För remissinnehåll, remisshantering och remissbedömning hänvisas till RMR Remiss inom hälso- och sjukvård. Remitterande enhet har vårdansvaret fram till dess att mottagande enhet haft en vårdkontakt med patienten. När patienten remitteras till annan vårdnivå, ska remissen innehålla adekvat information för mottagaren, för att möjliggöra en korrekt medicinsk bedömning och prioritering.

Utredning inom allmänmedicin

Utöver klinisk undersökning kan allmänmedicin utföra stansbiopsi vid oklara hudförändringar baserat på klinisk bedömning och prioritet. Viktiga undantag är melanomsuspekta tumörer, där biopsi inte ska utföras; dessa patienter ska remitteras direkt till specialistvården.

Teledermatologiskt remissförfarande och bildkrav

Teledermatologiskt remissförfarande är infört i Västra Götalandsregionen, vilket ger alla vårdgivare möjlighet att skicka digitala bilder till hudklinikerna via Picsara eller CIMA-appen.
Alla remisser till dermatovenereologisk specialistvård har bildkrav för att underlätta medicinsk bedömning, råd och åtgärder, samt prioritering av patienter som behöver ett fysiskt besök i dermatovenereologisk specialistvård.

Rengöring av dermatoskop

Dermatoskopifotografering sker med ett kontaktdermatoskop, det vill säga ett dermatoskop som läggs mot huden. Efter fotografering rengörs kontaktdermatoskopet med 70 % etanol.

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård bör innehålla

- Digital bild (översiktsbild, närbild och för hudtumörer, dermatoskopisk bild).
- Lokalisation.
- Duration.
- Subjektiva besvär (till exempel klåda).
- Prövad behandling och utvärdering av denna.
- Vid oklara hudförändringar, gärna stansbiopsi (ej vid melanommisstanke) och inväntande av PAD-svar som bifogas remissen. Prioritet och klinisk angelägenhet får vara vägledande för när detta kan vara lämpligt.
- Andra sjukdomar och läkemedel.
- Förmågan att medverka i utredning och behandling.
- Aktuella kontaktuppgifter, inklusive telefonnummer.
- Frågeställning.

Remiss till allmänmedicin bör innehålla

- Diagnos och resultat av behandling.
- Aktuell prognos och när det eventuellt är aktuellt med ny remiss.
- Eventuell pågående sjukskrivning.
- Aktuell medicinering, särskilt om biologiska eller immunosuppressiva läkemedel för vilka patienten ska ha fått relevanta instruktioner kring infektionskänslighet eller annan försiktighet.
- Eventuellt status.

- Bedömning av behov av somatisk uppföljning via läkaren i primärvården.
- Eventuella förslag på fortsatt behandlingsstrategi, medicinering och uppföljning.
- Det ska framgå om primärvården ska kalla patienten eller om patienten ska kontakta primärvården vid behov.

Kompletterande information för specifika fall

Svårläkta sår

- Sårlokalisation(er) och ungefärlig(a) storlek(ar).
- Sårduration och om såret uppstod spontant eller efter trauma.
- Anamnes på varicerkirurgi, djup ventrombos, arteriell kirurgi.
- Diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.
- Rökning.
- Smärta - dag eller nattetid -, analgetika (dosering).
- Medicinering, överkänslighet.
- Patientens rörelseförmåga.
- Palpabla perifiera pulsar samt ankel- och armtrycksindex.
- Aktuell lokalbehandling och kompressionsbehandling.
- Vid misstanke om atypiska sår (cancer, vaskulitsår, pyoderma gangrenosum) ska det tydligt framgå i remissen.

1. Checklista remiss bensår.

Misstänkt arbetsrelaterad hudsjukdom

- Anamnes gällande kemikalieexponering på arbetsplatsen.
- Om möjligt bifoga produktfaktablad för dessa kemikalier.

Sexuellt överförda infektioner

- Anamnes (inklusive sexualanamnes: antal partners och när i förhållande till symtomdebut, oskyddade kontakter, utlandskontakter, prostitutionskontakter).
- Symtom hos patient/partners.
- Kopia av eventuella provsvar.
- Information om eventuell behandling.
- Patienten ska informeras om att remiss skickats och att hen kan bli uppringd.

Sjukskrivning

Socialstyrelsen rekommenderar att den enhet som ansvarar för vården även tar hand om den försäkringsmedicinska bedömningen och utfärdar intyg. Sjukskrivning bör aldrig delegeras till någon som inte behandlar

sjukdomen. Vid en komplex orsak till nedsatt arbetsförmåga är det primärvården som hanterar sjukskrivningen. Ibland krävs samarbete mellan vårdnivåerna för att ge bästa stöd till patienten.

Ansvarsfördelning

På följande sidor beskrivs hur handläggningen är ansvarsfördelad mellan allmänmedicin och dermatovenereologisk specialistvård för hudinfektioner och infestationer, inflammatoriska hudsjukdomar, svårläkta sår, hudtumörer, sexuellt överförda infektioner och genitala dermatoser.

Hudinfektioner och infestationer

För handläggning av borrelia, erysipelas, flatlöss, follikulit, herpes simplex, herpes zoster, huvudlöss, impetigo, mollusker, pityriasis versicolor, skabb, svampinfektion i hud, naglar och hårbotten samt virusvårtor se 1177 för vårdpersonal.

Borrelia

Handläggning inom allmänmedicin: Solitära erytema migrans. Vid multipla erytem och feber, kontakt med dermatovenereologisk eller infektionsmedicinsk specialistvård. Misstänkt lymfocytom eller akrodermatit kan utredas inom allmänmedicin, dermatovenereologisk specialistvård eller infektionsmedicinsk specialistvård.

Herpes simplex

Handläggning inom allmänmedicin: Insättning av antiviral behandling vid diagnos eller misstanke om diagnos. Samtidig provtagning för herpes simplex-virus från lesion vid första skov eller osäker diagnos.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid misstanke om eczema herpeticum (snabb och utbredd herpes simplex reaktivering i huvud-hals-området hos patient med atopisk dermatit) akut kontakt med dermatovenereologisk specialistvård.

Mollusker och virusvårtor

I respektive kunskapsstöd för dessa diagnoser anges att i särskilda fall kan destruktiva behandlingar, vanligen inom specialiserad vård, övervägas. Denna vård erbjuds inte inom offentligt finansierad dermatovenereologisk specialistvård i Västra Götalandsregionen.

Svampinfektion i hud, naglar och hårbotten

Handläggning inom allmänmedicin: Svampinfektion i huden behandlas inom allmänmedicin och svarar oftast väl på lokal behandling. Peroral behandling kan krävas i vissa fall men ska inte startas utan positiv odling.

Vid svampinfektion i hårbotten/skägg ges peroral behandling efter positiv odling. Nagelsvamp behandlas inom allmänmedicin efter positiv odling om patienten har besvär.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid utbredd och/eller inflammatorisk svampinfektion i huden eller hårbotten/skägg remiss till dermatovenereologisk specialistvård.

Inflammatoriska hudsjukdomar

För handläggning av akne, atopisk dermatit, klåda, kontakteksem, perioral dermatit, pityriasis rosea, psoriasis, rosacea, seborroiskt eksem och urtikaria se 1177 för vårdpersonal.

Följande inflammatoriska hudsjukdomar handläggs inom allmänmedicin:

Hypostatiskt eksem (staseksem)

Följande inflammatoriska hudsjukdomar handläggs inom dermatovenereologisk specialistvård:

Atypiska sår, blåsdermatoser, kollagenoser med hudsymtom, Stevens-Johnson syndrom/Toxisk epidermal nekrolys, vaskulit i huden.

Atypiska sår

Svårläkta sår kräver ett multidisciplinärt omhändertagande. Basbedömning och basbehandling samt vidare handläggning av svårläkta sår för alla berörda specialiteter finns beskriven både översiktligt och i detalj i Svårläkta sår, 1177 för vårdpersonal och VGR PV PSV Svårläkta sår och kritisk benischemi.

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Endast vid misstanke om atypiska sår. Atypiska sår är sår som inte uppfyller kriterierna för arteriella sår, venösa sår, arteriovenösa sår, diabetesrelaterat fotsår, traumatiska sår eller trycksår.

Atypiska sår ska misstänkas om ett eller flera kliniska tillstånd finns

- avvikande utseende och/eller lokalisation
- snabbt förlopp
- oproportionerlig smärta
- sår som trots basbehandling inte visar tendens att läka på fyra till tolv veckor.

Följande inflammatoriska hudsjukdomar behandlas inte inom offentligt finansierad sjukvård: Melasma.

Följande inflammatoriska hudsjukdomar handläggs inom allmänmedicin och dermatovenereologisk specialistvård:

Erytema multiforme

Handläggning inom allmänmedicin: Erytema multiforme handläggs i de allra flesta fall inom allmänmedicin.

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid utbredd, snabbt progredierande och/eller blåsbildande erytema multiforme kontakt med dermatovenereologisk specialistvård för rådgivning.

Lichen ruber

Handläggning inom allmänmedicin: okomplicerade fall där behandling med topikal steroid grupp III eller IV ger adekvat klådlindring.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Utbredd sjukdom med otillräcklig klådlindring av topikal behandling.

Läkemedelsexantem

Vårdnivå: Där patienten söker.
Handläggning: Sätt ut misstänkt(a) läkemedel.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid utbredd, snabbt progredierande hudreaktion, blåsbildning, hudavlossning, rodnad i ögon, oral och/eller genital slemhinnepåveran akut kontakt med dermatovenereolog med frågeställning allvarlig läkemedelsreaktion i huden (Stevens-Johnson syndrom/Toxisk epidermal nekrolys).

Neurodermatit

Handläggning inom allmänmedicin: Behandling med topikal steroid grupp III eller IV, eventuellt under ocklusion.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Kontakt med dermatovenereolog för bedömning om otillräcklig klådstillande effekt av intermittenta kurer med topikala steroider.

Prurigo nodularis

Handläggning inom allmänmedicin: Behandling med mjukgörare och topikal steroid grupp III-IV steroid med/utan ocklusion.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid kraftigt kliande eller utbredd prurigo nodularis med otillräcklig behandlingseffekt av topikal behandling.

Hudtumörer

Benigna tumörer

Åtgärdas inte inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.
Omfattar även åldersförändringar som lentigo senilis, senila angiom och seborroiska keratoser.

Icke pigmenterade hudtumörer

Aktinisk keratos

Inom allmänmedicin och dermatovenereologisk specialistvård handläggs aktinisk keratos enligt 1177 för vårdpersonal. Diskreta aktiniska keratoser med lindrig rodnad, fjällning och utan infiltrat kan med fördel lämnas för expektans. Patientens allmäntillstånd och övriga sjukdomar ska beaktas. Oavsett behandling är recidiv eller nya förändringar vanligt.

Om behandling är indicerad:

- Enstaka aktiniska keratoser kan frysbehandlas med flytande kväve (erbjuds inom delar av allmänmedicin i Västra Götalandsregionen) eller behandlas med utvärtes fluorouracil eller utvärtes fluorouracil i kombination med salicylsyra.
- Utbredda aktiniska keratoser behandlas utvärtes med fluorouracil eller med imikvimod 5 % eller 3,75 %.

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

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård

- vid osäker diagnos
- vid uteblivet behandlingssvar
- vid mycket utbredda solskador som kan vara svårbedömda (field cancerization (fältdysplasier)
- om topikal behandling inte är lämpligt
- vid immunsuppressiv behandling, särskilt efter transplantation.

Basalcellscancer, ansikte

Handläggning: Inom dermatovenereologisk specialistvård enligt Basalcellscancer, 1177 för vårdpersonal.

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid misstänkt eller verifierad basalcellscancer i ansiktet remiss till dermatovenereologisk specialistvård för bedömning. Oftast behandling med excision. Excision kan även ske inom öron-näsa-hals och plastikkirurgi. För mer information se RMR för basalcellscancer

Basalcellscancer, andra lokaler

Handläggning: Inom allmänmedicin och dermatovenereologisk specialistvård enligt Basalcellscancer, 1177 för vårdpersonal.

Behandlingsalternativ är destruktiv behandling (frysbehandling, kyrettage och elektrodesiccation) eller excision. Kan utföras inom allmänmedicin vid

säker diagnos och god erfarenhet av behandlingsmetoderna och i dermatovenereologisk specialistvård. Multipla basalcellscancrar remitteras till dermatovenereologisk specialistvård. För mer information se RMR för basalcellscancer.

Basalcellsnevussyndrom (Gorlins syndrom)

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

Vårdnivå: dermatovenereologisk specialistsjukvård på läns- eller regionnivå.

Oklar ej melanommisstänkt tumör

Handläggning inom allmänmedicin: Vid oklar, malignitetsmisstänkt förändring kan stansbiopsi utföras.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: För diagnostik eller behandling av biopsiverifierad tumör.

Organtransplanterade patienter - hudtumör

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Misstänkt hudtumör hos patient som är organtransplanterad.

Skivepitelcancer i huden

Handläggning: Inom allmänmedicin, dermatovenereologisk specialistvård, öron-näsa-hals, plastikkirurgi och kirurgi enligt Skivepitelcancer i huden, 1177 för vårdpersonal och Skivepitelcancer - regional tillämpning av nationellt vårdprogram. Vid misstänkt lesion ska lymfkörtelstationer palperas. Behandlas med excision. I praktiken oftast inom specialistvård efter remiss från allmänmedicin där misstanke om diagnos väckts eller diagnos ställts. Om radikal excision gjorts inom allmänmedicin behöver patienten inte alltid följas upp inom specialistvård. Se Skivepitelcancer i huden, 1177 för vårdpersonal för när detta gäller.

Skivepitelcancer in situ (Morbus Bowen) i huden

Handläggning inom allmänmedicin: Klinisk undersökning, eventuellt biopsi. Om radikal excision gjorts av förändring som visar sig vara

skivepitelcancer in situ behöver patienten ej remitteras till dermatovenereologisk specialistvård eller följas upp inom allmänmedicin.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: För diagnostik och/eller behandling som vanligen sker med kryobehandling eller kyrretage och elektrodesiccation.

Pigmenterade hudtumörer

Kongenitalt melanocytärt nevus

Handläggning inom allmänmedicin: Diagnostisk undersökning och information. allmänmedicin, dermatovenereologi.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid osäker diagnos eller misstanke om melanomutveckling (oproportionerlig tillväxt, färgförändring, tillkomst av noduli). För små och medelstora kongenitala melanocytära nevi är risken för att utveckla melanom mycket låg. Patient och vårdnadshavare egenkontrollerar efter första bedömning av dermatovenereolog. Vid förändring remiss från allmänmedicin till dermatovenereolog. För stora och extra stora kongenitala melanocytära nevi individualiserad uppföljning via dermatovenereolog.

Melanom i huden

Handläggning: Inom dermatovenereologisk specialistvård enligt Hudmelanom, Kortversioner av SVF för primärvården, sammanslagen version, Melanom - regional tillämpning av Nationellt vårdprogram.Vid misstanke ska biopsi eller excision inom allmänmedicin undvikas.

Nevusbedömning

Handläggning inom allmänmedicin och dermatovenereologisk specialistvård enligt Melanocytärt nevus, 1177 för vårdpersonal.

Oklar pigmenterad tumör

Handläggning inom allmänmedicin: Dermatoskopiundersökning.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid melanomsmisstanke. Biopsi ska undvikas.

Sexuellt överförda infektioner och genitala dermatoser

Sexuellt överförda infektioner

För handläggning av genital herpes, gonorré, hiv, klamydia, kondylom, Mycoplasma genitalium och syfilis se 1177 för vårdpersonal.

Smittspårning

Vårdnivå: Behandlande läkare ansvarar enligt författningen för att smittspårning sker. Smittspårning sker inom allmänmedicin i de fall patienten handläggs där.
Vid de infektioner som utreds och behandlas inom dermatovenereologisk eller infektionsmedicinsk specialistvård sker smittspårning där.

STI-misstanke hos asymtomatisk patient.

Handläggning: Där patienten söker. Provtagning för klamydia och gonorré enligt 1177 för vårdpersonal. Hiv-test ska erbjudas frikostigt.

Genitala dermatoser

Dermatoser, infektioner och infestationer kan engagera genital hud, till exempel psoriasis, atopiskt eksem, lichen sclerosus, lichen ruber, erytrasma, kontaktallergi, skabies och dermatofyt (trådsvamp) infektioner.

Handläggning inom allmänmedicin: Diagnostik och behandling.
Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Vid oklar diagnos eller vid klar diagnos men utebliven behandlingseffekt.

Övriga diagnoser

Androgent håravfall

Vårdnivå: egenvård, privat dermatovenereologisk specialistvård.

Hyperhidros

Handläggs enligt Hyperhidros, 1177 för vårdpersonal. I Västra Götalandsregionen behandlas svår primär lokaliserad hyperhidros (PLH) i armhålor och/eller handflator som svarat otillräckligt på annan behandling med botulinumtoxinjektion. Svår hyperhidros avser Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) grad 4, i utvalda fall även grad 3.
Förstahandsval är produkter innehållande aluminiumklorid (antiperspiranter). Andra lokalbehandlingar är lokal antikolinergika (glykopyrronium) som har indikation axillär hyperhidros. Jontofores, som har indikation hyperhidros i handflator och/eller fotsulor kan övervägas. Apparat finns för hemmabruk. Vid otillräcklig effekt av lokalbehandling bör peroral antikolinergika utvärderas, om inte kontraindikation föreligger. Aktuell rekommendation är solifenacin (5–10 mg/dygn). Generaliserad hyperhidros och nattliga svettningar behandlas inte i offentligt finansierad dermatovenereologisk specialistvård. Utredning sker inom allmänmedicin genom att utesluta endokrinologisk sjukdom (till exempel diabetes, hypo-/hypertyreos) och malignitet (till exempel lymfom).

Hirsutism

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: Endast för patienter som kan ha indikation för hårborttagning inom offentligt finansierad dermatovenereologisk specialistvård:

- transkvinna eller person med icke-binär könsidentitet med könsdysfori som genomgår könsbekräftande behandling
- kvinnor med hormonell rubbning; polycystiskt ovariesyndrom (PCOS), kongenital binjurehyperplasi (CAH) och Cushings syndrom, som är medicinskt optimalt behandlade
- kvinnor med androgenproducerande tumör.

För dessa grupper är behandling i offentligt finansierad vård begränsad till tydligt specificerade lokaler och grad av behåring, se RMR Hårborttagning vid hirsutism och könsdysfori.

Keloid

Vårdnivå: behandlas ej i offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Klavus

Vårdnivå: behandlas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Nevus flammeus

Remiss till dermatovenereologisk specialistvård: För ställningstagande till laserbehandling om beläget i ansiktet. Nevus flammeus på annan lokal än ansikte behandlas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Tatueringar

Behandlas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation. Vid traumatiska tatueringar i ansikte remiss till plastikkirurgisk eller dermatovenereologisk specialistvård

Telangiektasier

Behandlas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Vitiligo

För handläggning av vitiligo, se 1177 för vårdpersonal.

Xantelasma

Behandlas ej inom offentligt finansierad sjukvård på kosmetisk indikation.

Innehållsansvarig

Samordningsråd hud- och könssjukdomar.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anette Gente Lidholm, (anest7), Verksamhetschef

Granskad av: Mikael Alsterholm, (mikal), Överläkare

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

Dokument-ID: SSN12865-780821730-736

Version: 4.0

Giltig från: 2026-11-02

Giltig till: 2028-03-25