

Tidig upptäckt av hudcancer med teledermatoskopi

Förslag till fortsatt utveckling

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2018-12-11	Version 1.0

Tidig upptäckt av hudcancer med teledermatoskopi
Rapporten utgiven av: RCC i samverkan

December 2018

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Bakgrund	4
Uppdraget	4
Hudcancer och hudcancerdiagnostik	4
Fördelar med användandet av teledermatoskopi	5
Vad bör ingå i ett "nationellt program med effektiva metoder för tidig diagnostik av hudcancer"?	6
Nuläge i regionerna	6
Sammanfattning	6
RCC Norr	7
RCC Uppsala Örebro	7
RCC Stockholm Gotland	7
RCC Sydöst	7
RCC Syd	8
RCC Väst	8
Andra aktörer	8
Kapitel 2	
Effektiv användning av teledermatoskopi – riktlinjer	9
Teledermatoskopisk bild i remissen	9
Dermatoskopisk dokumentation inför excision	9
Patientansvar	9
Standardiserade remiss- och svarsformulär	9
Process för excision utanför primärvården	10
Bedömarnas koppling till hudklinik	10
Krav på dubbelgranskning	10
Anslutna vårdcentraler	10
Utbildning för remittenter	10
Utbildning för remissmottagare/dermatologer	11
Kvalitetsindikatorer för att följa kvaliteten i tidig diagnostik av hudcancer	11
Kapitel 3	
Ökad tillgänglighet till bedömning av hudförändringar	12
Kapitel 4	
Åtgärder för att underlätta införandet	13

KAPITEL 1

Bakgrund

Uppdraget

”Regeringen genomförde under våren och sommaren 2017 ett ”Rådslag om framtidens cancervård”. Slutsatserna från rådslaget utgör ett viktigt underlag för utvecklingen av regeringens arbete med cancervården. Som en del i arbetet skall RCC i samverkan ta fram ett underlag med en analys av vad som skulle krävas för att införa ett nationellt program med effektiva metoder för tidig diagnostik av hudcancer, t.ex. teledermatoskopi, i alla landsting. RCC i samverkan ska utifrån analysen även lämna ett eller flera förslag på hur programmet skulle kunna se ut och hur det skulle kunna införas av landstingen.”

RCC i samverkan har genomfört analysen i form av en nulägesanalys och en workshop. Analysen visar att teledermatoskopi är den mest effektiva metoden och arbetet har därför fokuserat på den. I detta dokument presenteras ett förslag till gemensamma riktlinjer för vad som ska klassas som effektiv användning av teledermatoskopi för tidig diagnostik av hudcancer samt vilka åtgärder som skulle underlätta ett införande av detta arbetssätt.

Hudcancer och hudcancerdiagnostik

Hudmelanom är den mest aggressiva formen av hudcancer och en av de snabbast ökande cancerformerna i Sverige. Andelen tjocka melanom ökar också, vilket är särskilt allvarligt då dessa har sämre prognos och högre dödlighet. Medianåldern för melanomdiagnos år 2016 var 65 år hos kvinnor och 69 år hos män.¹ Trots satsningar på råd avseende solvanor, solskydd och egenkontroller av huden bedömer man i Cancerfondens senaste rapport att förekomsten av melanom i Sverige kommer att fortsätta öka en lång tid framöver.² Såväl tidig upptäckt som snabb diagnostik är avgörande för överlevnaden i melanom. Även andra solrelaterade hudcancerar såsom skivepitelcancer och basalcelscancer uppvisar en kraftig ökning, och teledermatoskopi kan användas även för diagnostik av dessa cancerformer.

¹ [Nationell kvalitetsregisterrapport hudmelanom 1990-2016.pdf](#)

² [Cancerfundsrapporten](#)

Majoriteten av melanompatienternas första kontakt och bedömning inom sjukvården sker i primärvården. Denna patient-läkarkontakt har uppmärksammats som en viktig faktor för att förbättra tidig upptäckt av malignt hudmelanom. Den kliniska bedömningen av hudtumörer kan vara svår, och många hudförändringar som skärs bort visar sig vara ofarliga. Det belastar kirurgi och patologi och innebär onödiga risker för patienten. Dermatoskopisk bedömning av en hudtumör förbättrar diagnostiken avsevärt.^{3,4,5}

Teledermatoskopisk bedömning innebär vanligtvis att patienten söker till sin vårdcentral och får hudförändringen bedömd av en allmänläkare som fotograferar en misstänkt hudtumör (vanligt foto samt dermatoskopifoto). Bilderna samt anamnesuppgifter sänds till hudmottagningen där de bedöms av hudläkare. Bedömningen kan resultera i att förändringen bedöms som ofarlig, att den bör excideras av allmänläkaren, att patienten bör remitteras till hudläkare för ny bedömning eller att patienten bör remitteras direkt enhet med rätt kirurgisk kompetens, till exempel hud-, kirurg- eller öron-näsa-hals-klinik för excision där. I de flesta landsting granskas bilderna av hudläkare på den hudklinik som också tar emot de patienter som bör träffa en hudläkare. Andra landsting, t.ex. Stockholm som arbetar med varierande journalsystem och har mer än 20 privata hudmottagningar, har valt en något annorlunda modell där den teledermatoskopiska bedömningen är en rent digital konsultation och oberoende av upptagningsområde.

Fördelar med användandet av teledermatoskopi

För patienter innebär teledermatoskopi snabbare återkoppling jämfört med att bli remitterad till en hudklinik. Patienterna slipper också operation av ofarliga förändringar med medföljande ärrbildning och risk för sekundärinfektion. Arbets sättet ger också större tilltro till bedömningen jämfört med om allmänläkaren gör bedömningen utan konsultation. Vården blir också mer jämlik eftersom avståndet till specialistmottagningen får mindre betydelse.

För vårdcentraler innebär arbets sättet säkrare diagnostik. Då en betydande andel av patienterna bedöms ha benigna förändringar minskar antal excisioner vilket ger färre remisser till patologen och därmed en ekonomisk vinst. Teledermatoskopisk bedömning leder också till lärande och möjlighet till kvalitetsuppföljning eftersom läkarna får återkoppling på sina bedömningar. Det bildhanteringssystem som används av primärvården kan också utnyttjas för att dokumentera de hudförändringar som excideras utan föregående teledermatoskopisk konsultation, förutsatt att man lägger in dermatoskopisk fotodokumentation av alla bortskurna förändringar i patientens journal. Tillsammans med PAD-svar är detta en god källa till lärande.

För hudkliniker innebär teledermatoskopi bättre underlag för remissbedömning och triagering. Det möjliggör också snabbare handläggning av fall med stark misstanke om cancer, och det totala antalet besök på hudmottagningarna minskar.

För kirurgi och patologi innebär teledermatoskopi ett minskat antal excisioner och för patologin färre benigna preparat och bättre frågeställningar. Inga uppenbara nackdelar finns.

³ Borve A, Dahlen Gyllencreutz J, Terstappen K, Johansson Backman E, Aldenbratt A, Danielsson M, Gillstedt M, Sandberg C, Paoli J. Smartphone Teledermoscopy Referrals: A Novel Process for Improved Triage of Skin Cancer Patients. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 186–190

⁴ Dahlen Gyllencreutz J, Johansson Backman E, Terstappen K, Paoli J. Teledermoscopy images acquired in primary health care and hospital settings - a comparative study of image quality. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Aug 29. doi: 10.1111/jdv.14565. [Epub ahead of print]

⁵ H Kittler, H Pehamberger, K Wolff, M Binder. Diagnostic accuracy of dermoscopy, *The Lancet Oncology* Vol 3 March 2002



Utveckling av fungerande vårdkedjor skapar möjlighet till kortare ledtider och ökad patientsäkerhet.

Västra Götaland har gjort en HTA-rapport som visar stora möjliga ekonomiska besparingar på sikt.⁶ Även SLL och Skåne bekräftar den bilden.^{7, 8}

Uppföljning av Gävleborg från 2014–2017 visar på kortare ledtid till primärkirurgi, minskad tumörtjocklek samt hög samstämmighet mellan dermatoskopisk bedömning och PAD-svar.

För att få optimalt genomslag på de positiva effekter som beskrivits bör processen ske betydligt snabbare än vad som nu är fallet. De åtgärder som föreslås i detta dokument kan påskynda implementeringen.

Vad bör ingå i ett ”nationellt program med effektiva metoder för tidig diagnostik av hudcancer”?

Flera landsting har kommit långt med införandet av teledermatoskopi. Ett nationellt program för den teledermatopiska processen får inte riskera att hindra de processer som redan är under införande.

Vid workshopen i oktober 2018 enades professionen om ett antal punkter som bör följas för att den teledermatopiska processen ska anses vara fullt ut införd i ett landsting. Syftet är att uppnå jämlik vård över landet, hålla hög kvalitet och få en effektiv process.

Nuläge i regionerna

Sammanfattning

Teledermatoskopi används i någon mån i de flesta landsting, men omfattning och arbetssätt skiljer sig avsevärt. De flesta landsting har börjat med en förstudie och några har påbörjat breddinförande.

Förstudierna har bedrivits på olika sätt i landstingen. Användare på hudkliniker och i primärvård har alltid varit delaktiga men inte alltid ansvariga. Systemansvariga för fotosystem, bild- och funktionsmedicin, data och elektronik har varit inblandade på olika sätt. Studierna har lett till rekommendationer om breddinförande.

Breddinförandet inkluderar vårdcentraler succesivt, och de flesta landsting befinner sig i detta skede. Införandet förutsätter att vårdcentralerna inför nya processer och arbetssätt samt att medarbetarna får utbildning. Ett sådant utvecklingsarbete tar tid och konkurrerar med ordinarie verksamhet samt andra satsningar. Detta, i kombination med att införandet ofta bygger på att vårdcentralerna själva anger att de har intresse av att medverka, kan förklara varför breddinförandet går långsamt i många landsting.

⁶ HTA-Analys teledermatologi och teledermatoskopi, Västra Götaland(foto)

⁷ Förstudie U227 Rapport teledermatoskopi Region Skåne 20170901

⁸ [Slutrapport Teledermatoskopi mellan primärvårds- och hudspecialist](#)

Skillnader mellan landstingen finns avseende flera faktorer, t.ex. om det finns centralt fattade beslut om införandet, om privata vårdgivare inkluderas och vilket teknisk lösning som används. Ett fåtal har bildhanteringssystemet integrerat med journalen. Vissa har helt separata system för hela den teledermatologiska processen. Flera har helt eller delvis fortfarande pappersremisser. Flera landsting har finansierat utrustning till vårdcentralerna vilket har underlättat införandet.

I många landsting har införandet av SVF bidragit till att intensifiera arbetet med teledermatologi och medel för SVF har bidragit till finansieringen. En framgångsfaktor verkar vara att inte invänta nya system utan att använda befintliga system eller ta över andras, samt att välja ett system som är enkelt att hantera i primärvården.

För att skapa en bild av nuläget till denna rapport har ansvariga för hudtumörprocessen vid regionala cancercentrum (RCC) svarat på ett frågeformulär om användningen av teledermatologi i regionen. Utifrån detta har telefonintervjuer genomförts med specialister i landstingen samt med distriktsläkare. Någon systematisk eller formaliserad genomgång är alltså inte genomförd.

RCC Norr

Västerbottens läns landsting har sedan 2014 breddinfört teledermatologi. Övriga län har inte påbörjat införande.

RCC Uppsala Örebro

Uppsala har inte något planerat införande eller förstudie.

Gävleborg och Västmanland har breddinfört teledermatologi, Gävleborg sedan 2014. Gävleborg har krav på att dermatoskopiskt foto bifogas alla remisser på hudtumörer från alla hälsocentraler, även privata.

Sörmland, Dalarna och Värmland har startat ett införande.

Örebro har enstaka distriktsläkare som skickar in dermatoskopifoto som komplement till makrofoto med remissen.

RCC Stockholm Gotland

Gotland har politiska beslut om att starta införande men har inte börjat än. Planerat till hösten 2018.

Breddinförande i SLL är påbörjat med för närvarande 50 anslutna vårdcentraler, och planeras vara klart till 2020 då samtliga vårdcentraler (ca 220 stycken) ska erbjuda teledermatologi. Vårdcentraler inkluderas succesivt.

RCC Sydöst

Breddinförande planeras ha genomförts 2018 i samtliga län. Även privata vårdcentraler inkluderas.



RCC Syd

Region Skåne har genomfört en förstudie och utformar nu ett pilotprojekt, inkl. upphandling av ett system för en begränsad period. Med det nya journalsystemet (SDV Cerner) som är upphandlat för Skåne och som kommer att börja sjösättas hösten 2020 kommer all funktionalitet för elektronisk kommunikation mellan medborgare, vårdcentral och specialistklinik inkl. teledermatoskopifunktionalitet att finnas tillgängligt. En prognos är därför att teledermatoskopi i Skåne kommer att vara fullt utbyggt tidigast 2022.

Hallands hudklinik använder teledermatologiska bilder vid remittering till ÖNH-och kirurg via Picsara. Några vårdcentraler (närsjukvård) använder systemet men för implementering krävs utbildningsinsatser och det finns inget beslut om breddinförande. Piloter är planerade till 2019.

Kronoberg har inte påbörjat någon verksamhet.

Blekinge har inte kommit igång och anger framför allt tekniska hinder. Införandet av e-remiss har inte påbörjats och man saknar ett specifikt bildvisningsprogram för foto. Bilder ligger i en digital journalhandling som är specifik för varje klinik. Man avvaktar ett införande av bildhanteringssystemet Sectra.

RCC Väst

Regionen har påbörjat införande. I primärvården är cirka hälften privata och de använder pappersremisser. Landstingsdrivna vårdcentraler kan skicka elektroniska remisser.

Andra aktörer

Apoteket Hjärtat erbjuder undersökning av hudförändringar genom fotografering och distanskonsultation av hudläkare. Priset är 350 kr för en förändring och 150 kr per styck för ytterligare 2. Inget samarbete med något landsting finns.

KAPITEL 2

Effektiv användning av teledermatoskopi – riktlinjer

Teledermatoskopisk bild i remissen

Teledermatoskopisk bild bör vara obligatorisk i remisser med tumörfrågeställning från primärvården. Andra kliniker kan också remittera med tumörfrågeställning, t.ex. ortopederna, och då bör teledermatoskopisk bild inte vara ett krav.

Dermatoskopisk dokumentation inför excision

Teledermatoskopisk bedömning bör inte vara obligatorisk inför excision av en tumörmisstänkt lesion i primärvården. Däremot bör primärvården alltid ta ett dermatoskopiskt foto vid tumörmisstanke och spara detta i journalen. Det möjliggör uppföljning och lärande i primärvården, om även PAD-svaret läggs in i journalen.

Patientansvar

Remisser för teledermatoskopisk bedömning bör hanteras på samma sätt som övriga remisser till bilddiagnostik, när det gäller frågan om ansvar. Det innebär att inremitterande har ansvar för patienten tills patienten har fått besked om remissvaret och eventuell vidare handläggning. Inremitterande ansvarar också för att ge patienten information om tumörmisstanke inför att man skickar remissen, så att patienten är förberedd på svaret.

Standardiserade remiss- och svarsmallar

Standardiserade mallar bör användas för både remisser och svar, men de behöver inte vara lika över landet. Det bör däremot finnas nationella rekommendationer för vilken informationsmängd som ska finnas i mallarna och vilken terminologi som ska användas. Utifrån dessa rekommendationer kan landstingen göra kompletteringar och anpassningar.

Mallarna bör innehålla beskrivande text och inte bara diagnos och rekommendation eftersom de har ett utbildningssyfte.

Att mallarna är så lika varandra som möjligt är värdefullt när läkare flyttar mellan landsting och det också skulle öka jämförbarheten vilket är värdefullt för forskningen. Att ta fram och uppdatera själva mallarna kräver ett nationellt projekt.



Process för excision utanför primärvården

Det behövs ingen samsyn kring hur processen bör se ut när dermatologen bedömer att en förändring ska excideras av någon annan än remittenten. Svaret kan gå tillbaka till primärvården som remitterar patienten vidare, lika gärna som att dermatologen själv remitterar vidare, så länge det finns tydliga rutiner för hur ansvaret lämnas över och hur information förmedlas till patienten.

Bedömarnas koppling till hudklinik

Det är vanligt att de hudläkare som bedömer teledermatoskopiska remisser är kopplade till en specifik hudklinik, som också kan ta emot de patienter som bör bedömas på plats hos en hudläkare. Det finns fördelar med detta arbetssätt då det ger incitament till ett ökat samarbete mellan primärvård och hudläkare samt att bedömarna kan ingå i ordinarie system för MDK. Det bör dock inte vara ett krav. Bedömarna bör kunna vara konsulter, på samma sätt som vid annan bilddiagnostik. Detta ställer dock krav på en fungerande vårdkedja, där vårdgivare och patienter vet vem som är ansvarig och vad som är nästa steg i utredningen. Båda varianterna finns i Sverige idag.

Krav på dubbelgranskning

Vid införandet av teledermatoskopi i ett landsting bör dubbelgranskning alltid ingå i processen för att säkra en god kompetens i bedömning av bilder. Granskning i samråd är eftersträvansvärt även fortsättningsvis men det bör inte vara ett krav.^{9, 10}

I framtiden kan diagnostiken sannolikt få stöd genom AI-system (artificiell intelligens).

Anslutna vårdcentraler

Alla vårdcentraler i landstinget bör ha tillgång till teledermatoskopi, oavsett driftsform.

Utbildning för remittenter

Införandet av teledermatoskopi innebär ett förändrat arbetssätt som bör införas på ett systematiskt sätt. För att systemet ska få maximal effekt krävs utbildningsinsatser för flera personalkategorier.

Primärvårdsläkarna behöver särskild kompetens för att kunna bedöma vilka lesioner som ska remitteras för teledermatoskopi. De bör få en basal utbildning i dermatoskopi och riskbedömning. Utbildningen kan ges i form av ett nationellt webinarium på t.ex. RCCs webbplats. Det finns också färdiga webbaserade utbildningar på engelska.

⁹ Dahlen Gyllencreutz J, Paoli J, Bjellerup M, Bucharbajeva Z, Gonzalez H, Nielsen K, Sandberg C, Synnerstad I, Terstappen K, Wennberg Larko AM. Diagnostic Agreement and Interobserver Concordance with Teledermoscopy Referrals. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017

¹⁰ Witkowski A M et al Improving diagnostic sensitivity of combined dermoscopy and reflectance confocal microscopy imaging through double reader concordance evaluation in telemedicine settings: A retrospective study of 1000 equivocal cases.

Den som ska ta dermatoskopiska foton bör få utbildning i detta. Även den som ska överföra bilderna till journalsystemet eller motsvarande behöver utbildning, och det behövs också teknisk support för dem som hanterar tekniken. Dålig bildkvalitet kan innebära felaktig bedömning men alltid merarbete då patienten kallas tillbaka för ny bildtagning. Utbildningen behöver anpassas efter behoven och grundkompetensen hos personalen och efter den aktuella utrustningen.

Utbildning bör dock inte vara ett krav för att få börja skicka teledermatoskopiska bilder. Det bör inte heller skapas en ”certifiering”. Sådana krav skulle sannolikt motverka införandet av teledermatoskopi.

Tillvägagångssättet för att nå tillräcklig kompetens kan variera mellan landsting. Vårdcentralerna kan själva avgöra om många eller bara några medarbetare ska utbildas. I vissa landsting utses på varje vårdcentral en ”superanvändare”. Utbildning kräver tid, och flera landsting har påpekat att resursbrist på vårdcentraler ger problem med att avsätta tid för kompetensutveckling.

Utbildning för remissmottagare/dermatologer

Den som bedömer teledermatoskopiska bilder bör vara hudspecialist med särskild utbildning i att bedöma dermatoskopiska bilder och gärna också i att bedöma teledermatoskopiska bilder.

Teledermatoskopiska bilder ställer särskilda krav, bland annat med avseende på risken för ”tunnelseende”, eftersom möjligheten att jämföra lesionen med resten av patientens hud minskar. En nationell utbildning bör därför finnas, både på ST-nivå och för specialister.

Den som bedömer bilder behöver också ha kompetens i att skriva systematiska svar enligt mall, men det är en kompetens man kan få både genom utbildning och genom samverkan i teamet.

En fråga som diskuterats är om granskningen bör skötas av ett fåtal specialister. Det bör inte vara ett mål. Det bedöms vara viktigare att många kan bedöma bilder än att ett fåtal får spetskompetens.

Kvalitetsindikatorer för att följa kvaliteten i tidig diagnostik av hudcancer

Förslag till indikatorer som landstingen bör följa för att kunna utveckla en hög kvalitet vad gäller tidig diagnostik av hudcancer:

- Förändringar i tumörtjocklek
- Andel av tumörremisserna som innehåller teledermatoskopisk bild
- Utfall efter remissbedömning.
- Andel maligna melanom och in situ-melanom av totalt exciderade nevi (”numbers needed to excise”).
- Tid från första konsultation till excision av maligna melanom och in situ-melanom
- Tid från första konsultationen till att patienten meddelats diagnos
- Patientens upplevelse av delaktighet och emotionellt stöd.

KAPITEL 3

Ökad tillgänglighet till bedömning av hudförändringar

En framtidsfråga är hur personer som är oroliga för sina hudförändringar ska kunna få ökad tillgänglighet till bedömning av dessa samtidigt som man bibehåller tillräcklig kvalitet i handläggningen.

Det finns idag ett missnöje med tillgängligheten till våra vårdcentraler. Det är viktigt att hitta förbättringar i arbetssätt som gynnar ett effektivt omhändertagande av patienterna. Den teledermatoskopiska processen kan, om den införs fullt ut, bidra till förkortade ledtider och genom förbättrad diagnostik också till ett mer kostnadseffektivt resursutnyttjande. De äldre patientgrupperna har flest melanom och uppvisar idag en stor andel tjocka melanom vid diagnos. De har därför högst risk för spridning av sina melanom, men är också de som ofta redan har en naturlig anknytning till sin vårdcentral.

Den som i dagsläget vill få sina hudförändringar bedömda snabbt kan få en teledermatoskopisk bild tagen på t.ex. ett apotek, utan samtidigt läkarbesök. Professionen har pekat på flera risker med detta, främst att bedömningen inte blir kopplad till en anamnes med riskbedömning eller en inspektion av hela huden. En bedömning utan återkoppling från hudcancerkunnig vårdpersonal och utan kontroll av hela huden kan också ge falsk trygghet eftersom maligna melanom ofta är symtomlösa och hittas i samband med att patienten söker för en symtomgivande men benign förändring.¹¹ Man har också menat att den ökade tillgången skapar en onödig oro i befolkningen och att vårdresurser utnyttjas för att excidera ofarliga hudförändringar som patienterna har fått felaktigt bedömda som maligna vid en lågkvalitativ teledermatoskopisk bedömning. Ytterligare en risk är att patienter får svaret att en hudförändring är cancermisstänkt utan att ha tillgång till vårdpersonal som kan ge råd och stöd samt arrangera snabb utredning och kirurgiskt avlägsnande.

Det är positivt att tillgängligheten till teledermatoskopisk bedömning ökar, men det behövs en dialog mellan vården och andra aktörer för att säkra ett patientsäkert arbetssätt. Det vore t.ex. positivt om alla teledermatoskopiska bilder som bedöms av hudspecialister kan kopplas till patientens journal.

Ytterligare en sannolik utveckling att ta hänsyn till är mobilappar där privatpersoner kan ta foton med sin egen smartphone och skicka in för dermatoskopisk bedömning. Omhändertagandet av dessa personer ställer liknande krav på adekvat omhändertagande i vården utan att resurser överanvänds.

¹¹ Roger B. Aldridge, Lisa Naysmith, Ee Ting Ooi, Caroline S. Murray and Jonathan L. The Importance of a Full Clinical Examination: Assessment of Index Lesions Referred to a Skin Cancer Clinic Without a Total Body Skin Examination Would Miss One in Three Melanomas. Rees Acta Derm Venereol 2013

KAPITEL 4

Åtgärder för att underlätta införandet

Införandet av teledermatoskopi är på gång i många landsting, men det skulle kunna underlättas genom en rad åtgärder på såväl nationell nivå som på landstingsnivå. Genomförandet måste ske på landstingsnivå, men en tydlig intention från statligt håll om att införandet är angeläget skulle påskynda införandet av teledermatoskopi.

Hastigheten i införandet avgörs av landstingens agerande. Följande behövs för att breddinföra teledermatoskopi:

- politiska beslut i respektive landsting om att ta projekten till rutinverksamhet
- gemensamma bildsystem – separata eller som en del av journalsystemen
- finansiering av utrustning till primärvården
- utbildning till personal i primärvård och på hudkliniker
- ersättningssystem för granskning av teledermatoskopiska bilder.

På nationell nivå, t.ex. genom RCC i samverkan, kan man stödja landstingens införande genom att

1. göra en hälsoekonomisk beräkning av redan införda system, att använda som beslutsunderlag i landstingen
2. ta fram ett underlag för hur kvaliteten i processen för teledermatoskopin ska följas
3. ta fram nationellt underlag till informationsmängd och terminologi i remiss- och svarsmallar
4. ta fram ett webinarium om teledermatoskopi för primärvården
5. inrätta en ST-kurs i dermatoskopi för dermatologer – dialog med Socialstyrelsen är angelägen
6. sondera behovet av övriga nationella utbildningar
7. ta fram patientinformation till 1177 som översiktligt beskriver den teledermatoskopiska processen och som kan användas som bas i lokal information – dialog med 1177 Vårdguiden
8. ta fram ett digitalt riskbedömningsinstrument som invånarna själva kan använda.

Nationellt finansieringsstöd till landstingen skulle kunna riktas mot inköp av utrustning, inköp eller utveckling av bildhanteringssystem och utbildningsinsatser.



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se