

# Audit om teledermoskopi i almen praksis



**Region Syddanmark  
2019**



Kolofon: Er det muligt at indføre teledermoskopi i almen praksis? - Region Syddanmark 2019

Udgivet af: Audit Projekt Odense (APO)  
Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense  
J.B. Winsløws Vej 9A  
5000 Odense C

Forfattere: Tine Vestergaard, Hudafdeling I og Allergicentret, Merethe Andersen, seniorforsker APO,  
Anders Munck, seniorkonsulent APO

Lay-out: Susanne Døssing Berntsen

Print: Print & Sign SDU

Oplag: 60

## **APO protokol: Er det muligt at indføre teledermoskopi i almen praksis? Et kvalitetsudviklingsprojekt.**

### **Baggrund:**

Forekomsten af modernmærkekræft og almindelig hudkræft er støt stigende i Danmark (1, 2). Det er særligt for modernmærkekræft essentielt at diagnosticere sygdommen så tidligt som muligt, da tidlige stadier kan behandles kurativt med kirurgi. På trods af væsentlige fremskridt indenfor den onkologiske behandling af fremskreden modernmærkekræft, er sygdommen stadig forbundet med høj dødelighed, hvis kræften har spredt sig. Erfaring peger på at vurderingen af suspekke hudlæsioner, dvs. modernmærker eller andre hudforandringer, hvor patienten og/eller lægen er bekymret for kræft, fylder meget i almen praksis. Ofte vil der være tale om helt godartede hudforandringer, som f.eks. seboroiske keratoser, som den praktiserende læge umiddelbart kan diagnosticere og berolige patienten omkring. Men især det at skelne mellem et benigt nævus og et tidligt malignt melanom kan være endog meget vanskeligt og kan føre til et unødigt højt antal excisioner i almen praksis eller henvisning til dermatolog eller plastikkirurg til vurdering. Alternativt risikerer man at overse malignt melanom med deraf følgende morbiditet/mortalitet for patienten og mulige klagesager for lægen. Der mangler data på, hvor mange af denne type konsultationer, der foretages i Danmark og hvordan henvisningsmønstret til praktiserende speciallæge eller hospital er for denne patientgruppe. Det er i udlandet vist, at oplæring af praktiserende læger i dermoskopi øger den diagnostiske sensitivitet af malignt melanom uden at forringe specificiteten (3). Andre studier har vist, at teledermoskopi fungerer godt til triagering af suspekke hudlæsioner (4) og at de praktiserende læger angiver en bedre læringsværdi heraf i forhold til vanlig henvisningspraksis (5). Der mangler ligeledes viden om brugen af dermoskopi i almen praksis i Danmark.

### **Hovedformål:**

At oplære praktiserende læger i brugen af dermoskopi og teledermoskopi med henblik på kvalitetsforbedring af diagnosticeringen af suspekke og benigne hudlæsioner, samt at styrke samarbejdet mellem praktiserende læger og hospitalssektoren indenfor dermatologi.

Projektet ønsker at:

- Vurdere om det er muligt at indføre teledermoskopi af malignitetssuspekke læsioner i almen praksis.
- Få en indikation af, om det er sikkert at indføre teledermoskopi af malignitets suspekke læsioner i almen praksis.
- Vurdere graden af overensstemmelse mellem praktiserende lægers og dermatologers dermoskopiske vurdering af suspekke læsioner.
- Danne grundlag for et forskningsprojekt, som skal vurdere konkordansen af teledermoskopi og konventionel dermatologisk konsultation.

### **Metode:**

Prospektiv audit efter APO-metoden. Alle praktiserende læger i Region Syddanmark blev inviteret, og blandt interesserede blev udvalgt 50 praksis efter "først til mølle" princippet fordelt i hele regionen. De deltagende praktiserende læger og praksispersonale deltog indledningsvist i en kursusdag med information om projektet og oplæring i brugen af HandyScope<sup>®</sup>(6), samt undervisning ved hudlæge om hudkræft og brugen og tolkningen af dermoskopi. HandyScope<sup>®</sup> er et dermoskop, som let sættes på en iPhone<sup>®</sup>, således at der kan tages dermoskopibilleder. Disse blev ved hjælp af en App sendt videre til Hudafdeling I og Allergicentret til vurdering. Både HandyScope<sup>®</sup> og iPhone<sup>®</sup> blev stillet til rådighed for de deltagende praksis i audit perioden. Herefter registrerede de deltagende praktiserende læger i knap 10 måneder alle konsultationer omhandlende suspekke hudlæsioner (lægens vurdering). Der udfyldtes for hver konsultation et APO spørgeskema (bilag 1), og der blev taget tre billeder med HandyScope<sup>®</sup> (oversigt, nærbillede og dermoskopi) som blev sendt til hudafdelingen til vurdering.

Herefter blev patienten henvist efter vanlig praksis til Hudafdeling I og Allergicentret. Hver patient modtog informationsmateriale og udfyldte informeret samtykke. Desuden blev baggrundsoplysninger om de praktiserende læger, deres erfaring med og brug af dermoskopi samt afstand til nærmeste hudlæge registreret (bilag 2). På Hudafdeling I og Allergicentret blev et vurderingsskema (bilag 3) udfyldt af en hudlæge for hver patient, hvorefter skemaet kunne sammenlignes direkte med den praktiserende læges registrering.

#### **Inklusionskriterier:**

Alle voksne over 18 år med suspekterte hudlæsioner kunne indgå i studiet. En suspekt læsion blev defineret i dette studie som et nævus eller en hudtumor som den praktiserende læge fandt suspekt for hudkræft.

#### **Eksklusionskriterier:**

Børn under 18 år. Voksne, som ikke var i stand til at give informeret samtykke, enten pga. sproglige eller mentale udfordringer. Suspekterte læsioner, som var så store, at hele læsionen ikke kunne fotograferes i ét dermoskopibillede. Suspekterte hudlæsioner, som grundet den anatomiske lokalisation, ikke var tilgængelige for fotografering.

Billederne blev opbevaret på forsvarlig vis via FotoFinder® og kunne kun tilgås af fire hudlæger med log-in til systemet. Den projektansvarlige læge er ansvarlig for databasen og der er indgået en databehandlersaftale med FotoFinder® i henhold til vanlig praksis i Region Syddanmark.

Deltagerkreds og samarbejdspartnere:

Merethe Andersen, seniorforsker APO, Anders Munck, seniorkonsulent APO, Jesper Lykkegaard, leder af APO, Tine Vestergaard, Hudafdeling I og Allergicentret, Anette Bygum, Hudafdeling I og Allergicentret.

#### **Tilladelser:**

Der foreligger tilladelse fra Datatilsynet (17/13091) og Videnskabsetisk Komité (S-20170057).

#### **Resultater:**

Projektet blev gennemført i perioden 09.01.18-31.10.18. 50 praksis var tilmeldt studiet. To praksis meldte afbud efter projektets opstart og en praksis inkluderede ingen patienter. 86 læger fordelt på 42 praksis havde udfyldt skema med baggrundsoplysninger. 42 (48,8%) af lægerne var mænd, gennemsnitsalderen var 47 år (27-69) og den gennemsnitlige anciennitet som praktiserende læge var 10,8 år (0-30). 38 (44,2%) læger havde adgang til et dermoskop før kurset, de havde i gennemsnit haft dette i 5,5 år (0-20) og 39 (45,3%) læger angav særlig interesse for dermatologi. Afstanden til nærmeste hudlæge var i gennemsnit 9,5 km (0-37). 77 (89,5%) af lægerne havde i perioder uddannelseslæger tilknyttet deres praksis og der var i gennemsnit 3437 patienter tilmeldt praksis (1100-8600). 46 praksis sendte tilsammen registreringer på 480 patienter med i alt 506 suspekterte læsioner. 47 praksis sendte tilsammen billeder til teledermoskopisk vurdering af 614 læsioner fordelt på 528 patienter. Der var ikke fuldstændig sammenfald af registreringer og billeder, som det fremgår af figur 1. Således kunne 456 registreringer af suspekterte læsioner kobles. Resultaterne af registreringerne i almen praksis ses i tabel 1 og figur 2-9. Resultaterne af dermatologernes registreringer ses i tabel 2 og figur 10-15.

Der var god tilslutning til både opstartsmødet og brush-up kursus og projektet kom rigtig godt fra start med mange henvisninger fra dag 1. Patienternes billeder blev vurderet af en af fire dermatologer med specialviden indenfor hudcancer og dermoskopi. Desuden blev hver patient set i TumorNævus ambulatoriet af en anden af disse fire speciallæger. Overensstemmelsen mellem den teledermatologiske og den kliniske vurdering, og evt. histologi, vil blive sammenholdt i et separat studie, som forventes publiceret i løbet af 2019. Billedkvaliteten var overvejende god, kun 9,3% blev vurderet som dårlig/ubrugelig (figur 10).

Tidligere studier har rapporteret dårlig/ubrugelig billedkvalitet i 0,4-36% af tilfældene<sup>(4,7,8)</sup>. Forventeligt var der sammenfald mellem dermatologens sikkerhed i diagnosen og billedkvaliteten (figur 11).

I dette studie kunne inkluderes patienter, hvor den praktiserende læge havde mistanke om hudkræft eller forstadier hertil. Dette vil forventeligt være forbundet med en vis tvivl, hvilket også blev afspejlet i de praktiserende lægers sikkerhed i diagnosen; kun i 5,3% af tilfældene var man helt sikker på arbejdsdiagnosen (figur 8). Til sammenligning var dermatologen helt sikker på diagnosen i 37% (figur 14). Dette vurderes som en styrke ved studiet, da det ville være helt relevante patienter, at få en teledermatologisk vurdering af i en klinisk virkelighed. Den diagnostiske usikkerhed ses også i overensstemmelsen af diagnoser mellem hhv. praksis og dermatolog. 385 læsioner kunne bruges til konkordansberegning m.v. Den overordnede eksakte konkordans var 26,8% (103/385). Bedste overensstemmelse var der for diagnosen basalcellecarcinom (39,6%), dårligst for diagnosen Morbus Bowen (0%). Den eksakte konkordans for diagnosen malignt melanom var 28,9% (figur 16). Ser man på den kliniske konkordans, dvs. enighed om hhv. benign og malign diagnose, så ligger den kliniske konkordans for en malign diagnose på 47,2% og for en benign diagnose (atypisk nævus og aktinisk keratose) på 83,9%. Disse tal svarer til den positive og negative prædiktive værdi. Sensitiviteten var 67,9% og specificiteten 68,9%. Den hyppigste diagnose stillet ved teledermoskopi var seborøisk keratose (figur 13) og 31,8% af de vurderede læsioner behøvede ikke videre opfølgning eller behandling. Det er vigtigt at understrege, at dermatologens teledermoskopiske diagnose ikke nødvendigvis er korrekt. Dog har udenlandske studier om teledermoskopi fundet en sensitivitet på op mod 100% og en specificitet omkring 90% for melanom og non-melanom hudcancer.<sup>(9)</sup>

### Konklusion:

Dette studie viser, at det er muligt at indføre brugen af teledermoskopi i almen praksis. Billedkvaliteten er brugbar i langt de fleste tilfælde, og der findes en relevant patientgruppe at få vurderet. Der vil i knap ti procent af telekonsultationerne være behov for enten at få taget nye billeder i praksis eller henvise patienten til ambulant vurdering, grundet utilstrækkelig billedkvalitet. Til gengæld vil op mod en tredjedel af patienterne kunne afsluttes umiddelbart efter den teledermoskopiske vurdering. Arbejdsgangen med brug af Handyscope® og FotoFinder Hub blev ved opfølgningsmødet af flere deltagere beskrevet som lidt tung. Det vil, også af hensyn til patientsikkerheden, være ønskværdigt, at arbejde på en teknisk løsning, som er mere smidig og kan integreres direkte i den henvisende praktiserende læges elektroniske patientjournal, og indgå, sammen med vanlige kliniske oplysninger, i den elektroniske henvisning til hudafdelingen.

### Referencer:

1. Dansk Melanom Database National Årsrapport 2017 [https://www.sundhed.dk/content/cms/30/57130\\_aarsrapport\\_melanom\\_2017\\_endelig\\_anonym.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/30/57130_aarsrapport_melanom_2017_endelig_anonym.pdf)
2. Cancerregisteret 2017 <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme/cancerregisteret>
3. Westerhoff K, McCarthy WH, Menzies SW. Increase in the sensitivity for melanoma diagnosis by primary care physicians using skin surface microscopy. *The British journal of dermatology*. 2000;143(5):1016-20.
4. Borge A, Dahlen Gyllencreutz J, Terstappen K, Johansson Backman E, Aldenbratt A, Danielsson M, et al. Smartphone teledermoscopy referrals: a novel process for improved triage of skin cancer patients. *Acta dermato-venereologica*. 2015;95(2):186-90.
5. Whited JD, Hall RP, Foy ME, Marbrey LE, Grambow SC, Dudley TK, et al. Patient and clinician satisfaction with a store-and-forward teledermatology consult system. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*. 2004;10(4):422-31.
6. Borge A, Terstappen K, Sandberg C, Paoli J. Mobile teledermoscopy-there's an app for that! *Dermatology practical & conceptual*. 2013;3(2):41-8.
7. van der Heijden JP, Thijssing L, Witkamp L, Spuls PI, de Keizer NF. Accuracy and reliability of teledermoscopy with images taken by general practitioners during everyday practice. *Journal of telemedicine and telecare*. 2013;19(6):320-5.
8. 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. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*. 2018;32(6):1038-43.
9. Tan E, Yung A, Jameson M, Oakley A, Rademaker M. Successful triage of patients referred to a skin lesion clinic using teledermoscopy (IMAGE IT trial). *The British journal of dermatology*. 2010;162(4):803-11.

## Tabel 1. Samlede resultater i tabelform - læger

		Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Kvinde	287	56,7%
	Mand	215	42,5%
	Uoplyst	4	0,8%
I alt		506	100,0%
ÅRSAG TIL UNDERSØGELSE	Vækst	311	61,5%
	Kløe	152	30,0%
	Farveændring	174	34,4%
	Nytilkommet	117	23,1%
	Manglende sårheling	101	20,0%
	Bekymring	292	57,7%
	Ingen af førnævnte	19	3,8%
	Uoplyst	1	0,2%
I alt		506	230,6%
KLINISKEFUND	Asymmetri	214	42,3%
	Dårlig afgrænsning	140	27,7%
	Mere end én farve	212	41,9%
	Største diameter $\geq 6$ mm	204	40,3%
	Sårdannelse	129	25,5%
	Elementet eleveret	188	37,2%
	Ingen af førnævnte	25	4,9%
	Uoplyst	14	2,8%
I alt		506	222,5%
RISIKOFAKTORER	Tidligere maligt melanom	13	2,6%
	Tidligere anden hudkræft	47	9,3%
	Lvs hud	169	33,4%
	Kraftig solesponering/solarium	131	25,9%
	Maligt melanom i familien	31	6,1%
	Mere end 50 modermærker	72	14,2%
	Ingen af førnævnte	156	30,8%
	Uoplyst	31	6,1%
I alt		506	128,5%
DIN ARBEJDSDIAGNOSE.	Atypisk nævus	187	37,0%
	Maligt melanom	46	9,1%
	Basocellulært carcinom	111	21,9%
	Spino-/planocellulært carcinom	21	4,2%
	Morbus Bowen/SCC in situ	5	1,0%
	Aktinisk keratose	60	11,9%
	Ingen af førnævnte	46	9,1%
	Flere diagnoser	19	3,8%
	Uoplyst	11	2,2%
I alt		506	100,0%
KONSEKVENS	Henvises til Hudafdeling I og Allergicentret	458	90,5%
	Henvises til Plastikkirurgisk afd. i kræftpakke	6	1,2%
	Andet	6	1,2%
	Uoplyst	36	7,1%
I alt		506	100,0%
HVOR SIKKER PÅ DIAGNOSEN ER DU	Helt sikker	27	5,3%
	Nogenlunde sikker	230	45,5%
	Usikker	204	40,3%
	Uoplyst	45	8,9%
I alt		506	100,0%

## Tabel 2. Samlede resultater i tabelform - Dermatolog

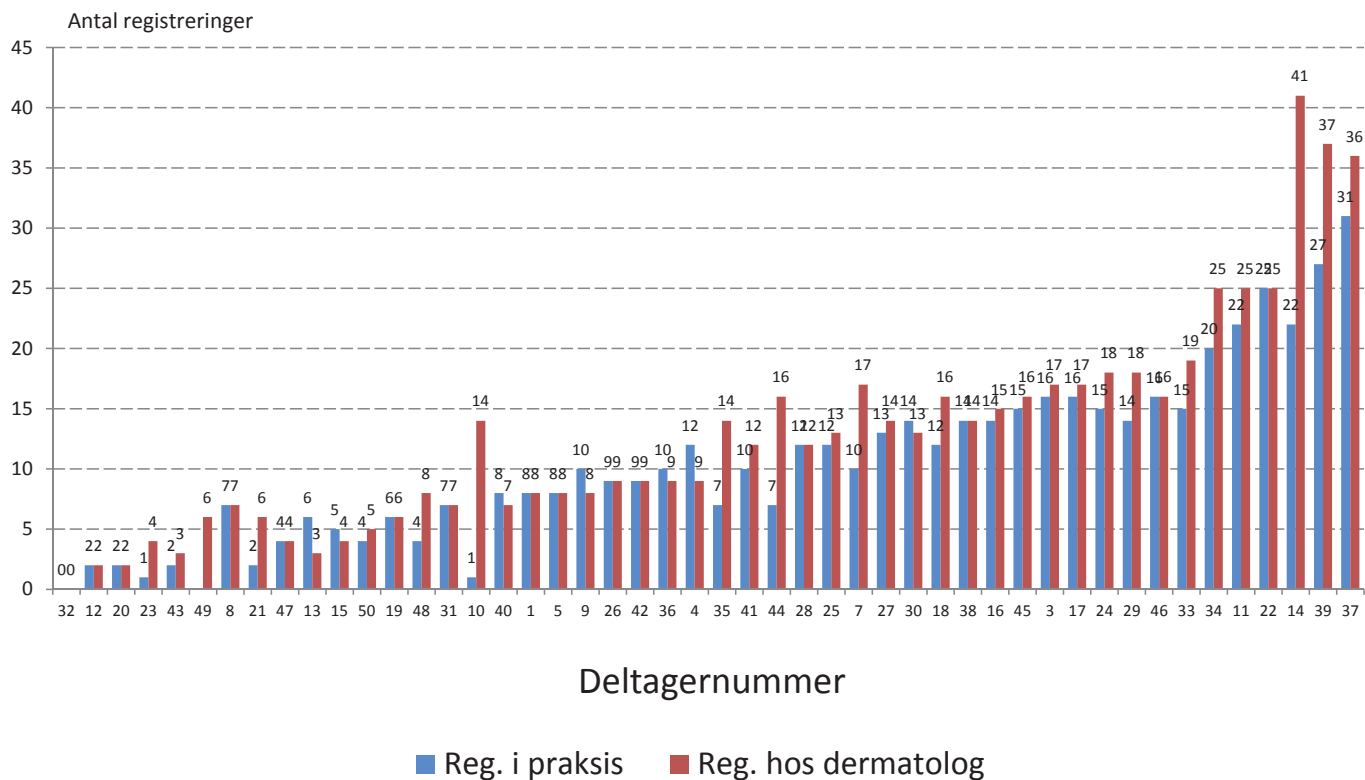
		Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Kvinde	352	57,3%
	Mand	262	42,7%
	Uoplyst	0	0,0%
I alt		614	100,0%
BILLEDKVALITET	God	357	58,1%
	Middel	199	32,4%
	Dårlig/ubrugelig	57	9,3%
	Uoplyst	1	0,2%
I alt		614	100,0%
DIN KLINISKE VURDERING	Malign	156	25,4%
	Benign	452	73,6%
	Uoplyst	6	1,0%
I alt		614	100,0%
DIN ARBEJDSDIAGNOSE.	Benigt nævus	117	19,1%
	Atypisk nævus	52	8,5%
	Malignt melanom/MM in situ	48	7,8%
	Seboroiske keratose	139	22,6%
	Basalcelle carcinom	77	12,5%
	Planocellulært carcinom	16	2,6%
	Morbus Bowen	3	0,5%
	Aktiniske keratose	63	10,3%
	Andet	73	11,9%
	Ved ikke	25	4,1%
	Uoplyst	1	0,2%
I alt		614	100,0%
KONSEKVENS	Afsluttes	195	31,8%
	Klinisk kontrol/sekventiel dermoskopi	121	19,7%
	Biopsi	139	22,6%
	Excision Afd. I	46	7,5%
	Henvisning til Afd. Z	20	3,3%
	Kryo/PDT/Aldara el. lign	75	12,2%
	Andet	14	2,3%
	Uoplyst	4	0,7%
I alt		614	100,0%
HVOR SIKKER PÅ DIAGNOSEN ER DU	Helt sikker	226	36,8%
	Nogenlunde sikker	265	43,2%
	Usikker	122	19,9%
	Uoplyst	1	0,2%
I alt		614	100,0%

## Antal registreringer per praksis

Antallet af registreringer per praksis varierede fra 0 til 31. Der blev modtaget mellem 0 og 41 billeder af suspekterte læsioner per praksis.

Figur 1

### Antal registreringer per læge



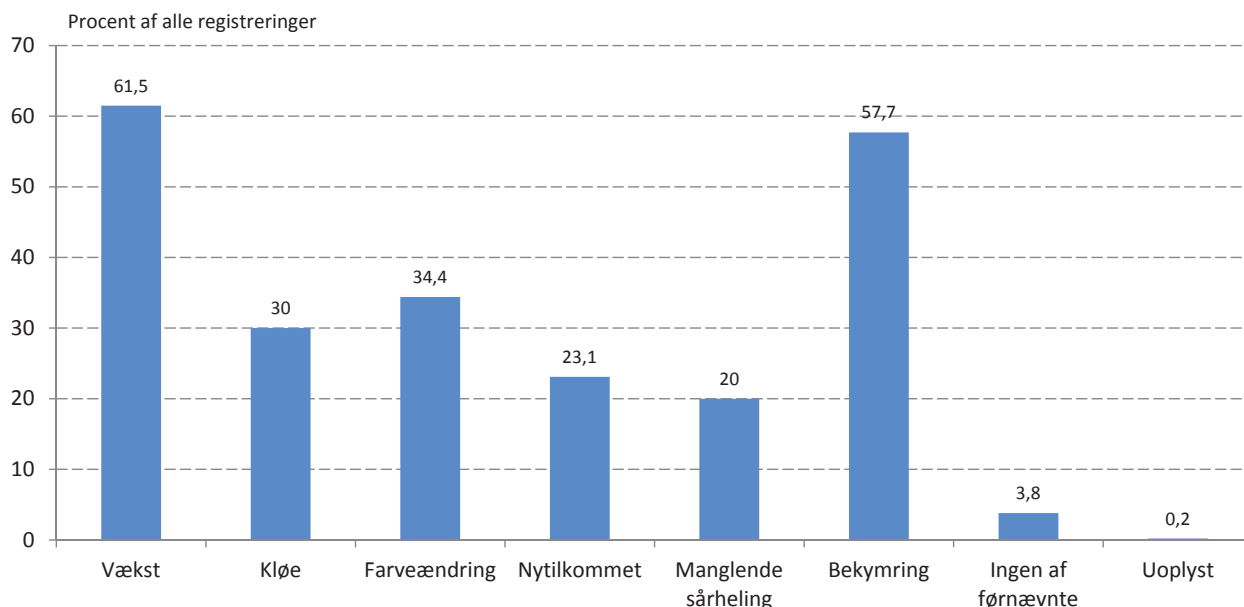


## Årsag til undersøgelse og kliniske fund

Den hyppigste årsag til henvendelse med hudforandringerne i undersøgelsen var vækst efterfulgt af bekymring. Objektivt var hudforandringerne ofte asymmetriske, flerfarvede og større end 6mm i diameter.

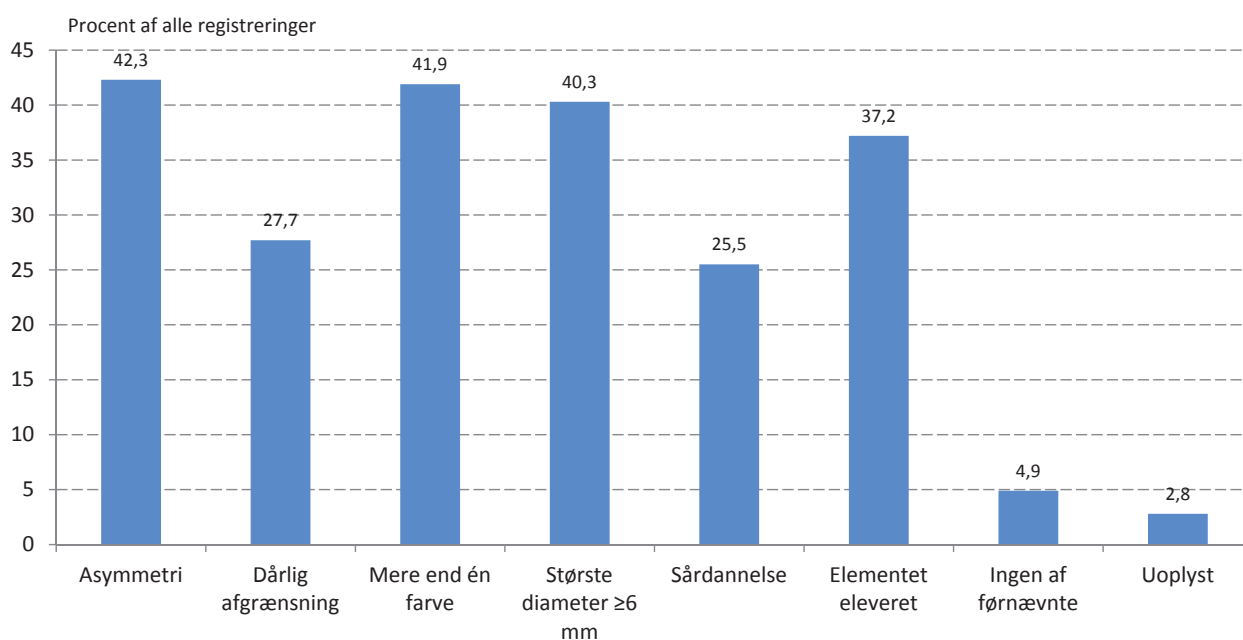
Figur 2

### Årsag til undersøgelse



Figur 3

### Kliniske fund

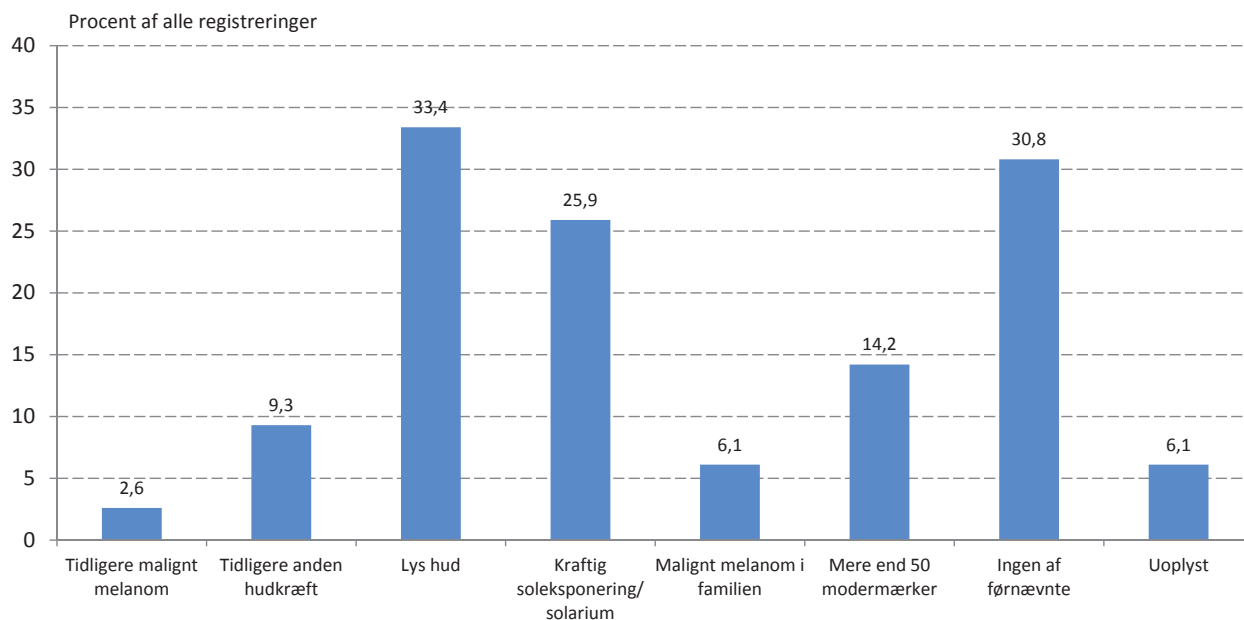


## Risikofaktorer og arbejdsdiagnose

De hyppigst anførte risikofaktorer var lys hud og kraftig soleksponering/solarium. Dog havde knap en tredjedel af patienterne ingen af de gængse risikofaktorer for udvikling af hudkræft. Ved vurderingen i almen praksis, blev de fleste hudforandringer i undersøgelsen diagnosticeret som atypiske nævi efterfulgt af basal celle carcinom. Der var mistanke om malignt melanom i 9,1% af tilfældene.

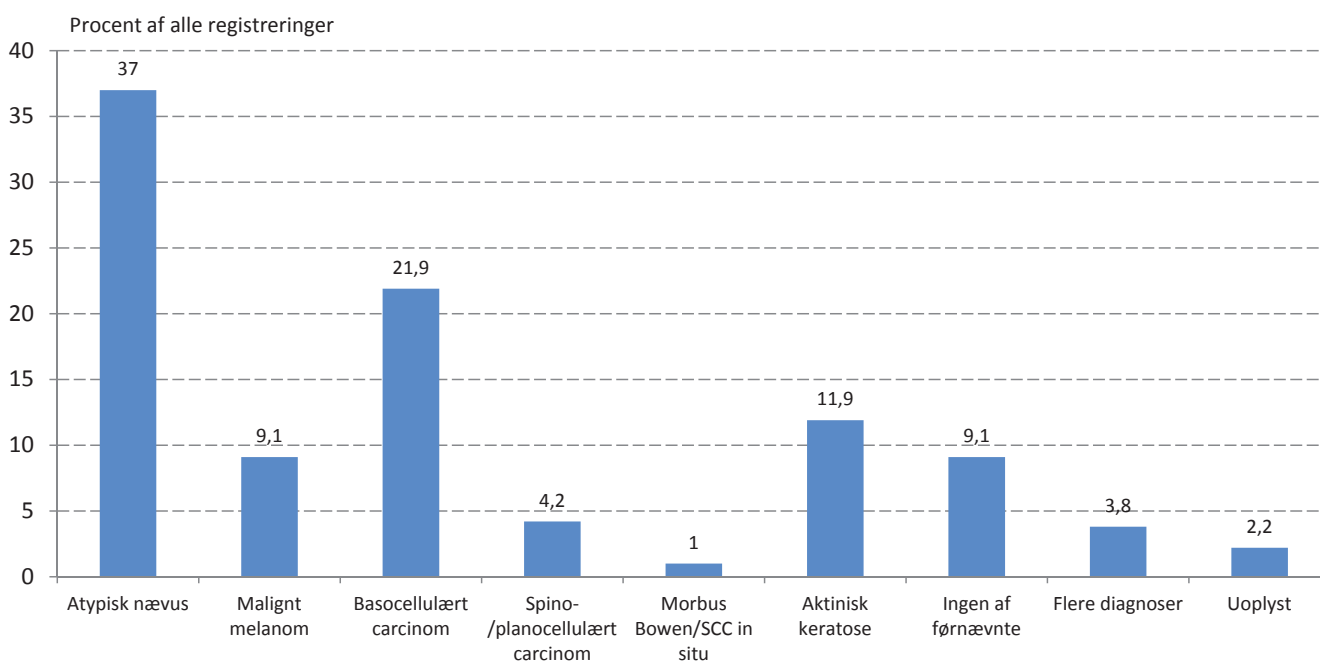
Figur 4

### Risikofaktorer



Figur 5

### Din arbejdsdiagnose

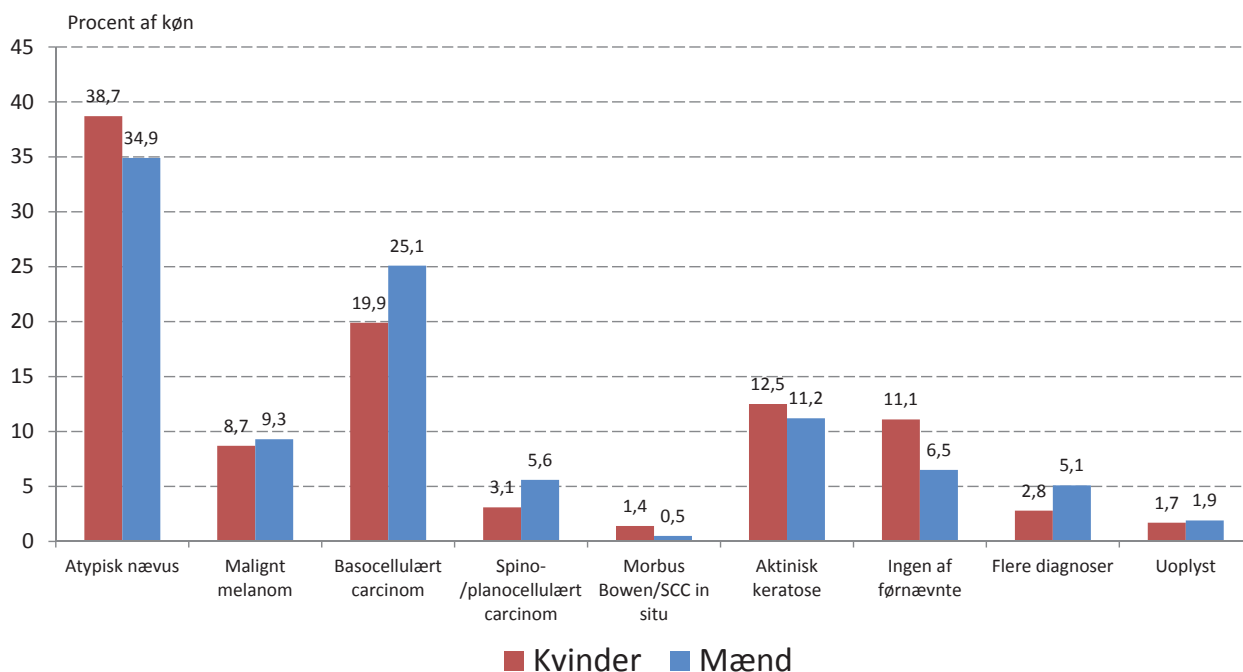


## Konsekvens og vurdering

Fordelingen af diagnoserne blandt mænd og kvinder var nogenlunde ens, dog fik kvinderne lidt hyppigere diagnoserne atypisk nævus og "ingen af førnævnte", mens mændene lidt oftere fik diagnoserne baso- og planocellulært carcinom.

Figur 6

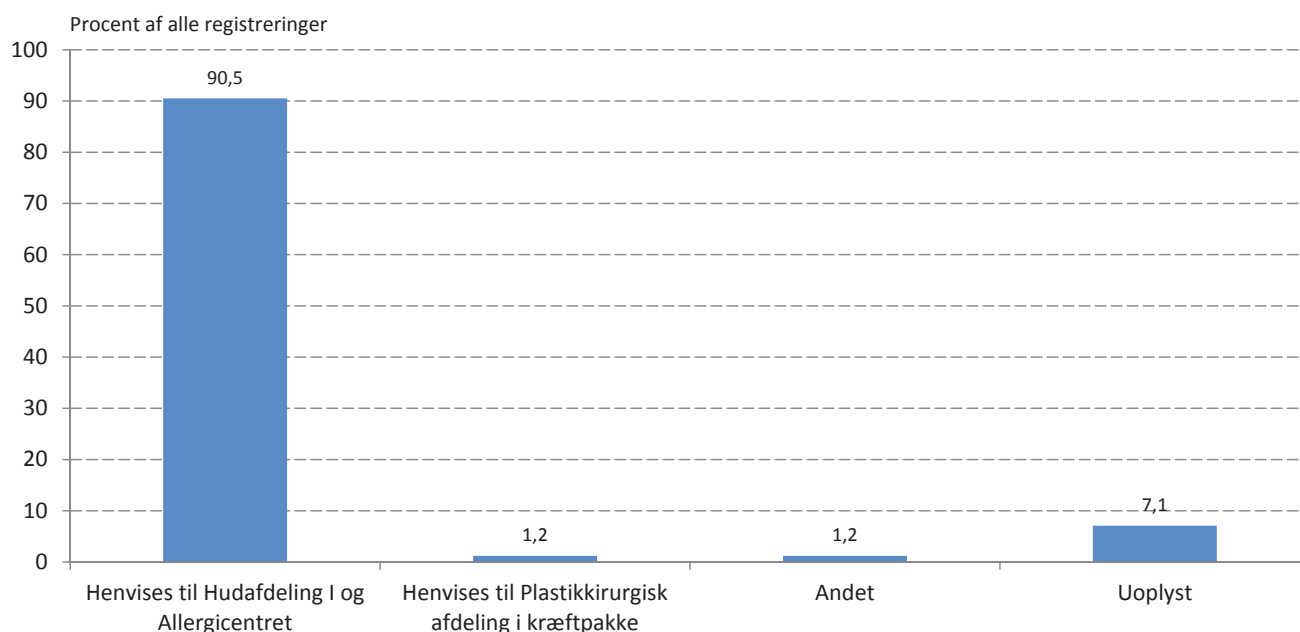
### Din arbejdsdiagnose i forhold til køn



Over 90% af patienterne blev henvist til Hudafdeling I og Allergicentret til klinisk vurdering. Enkelte blev henvist i kræftpakke til en plastikkirurgisk afdeling. Andet og uoplyst dækker bl.a. over henvisning til privatpraktiserende hudlæge.

Figur 7

## Konsekvens

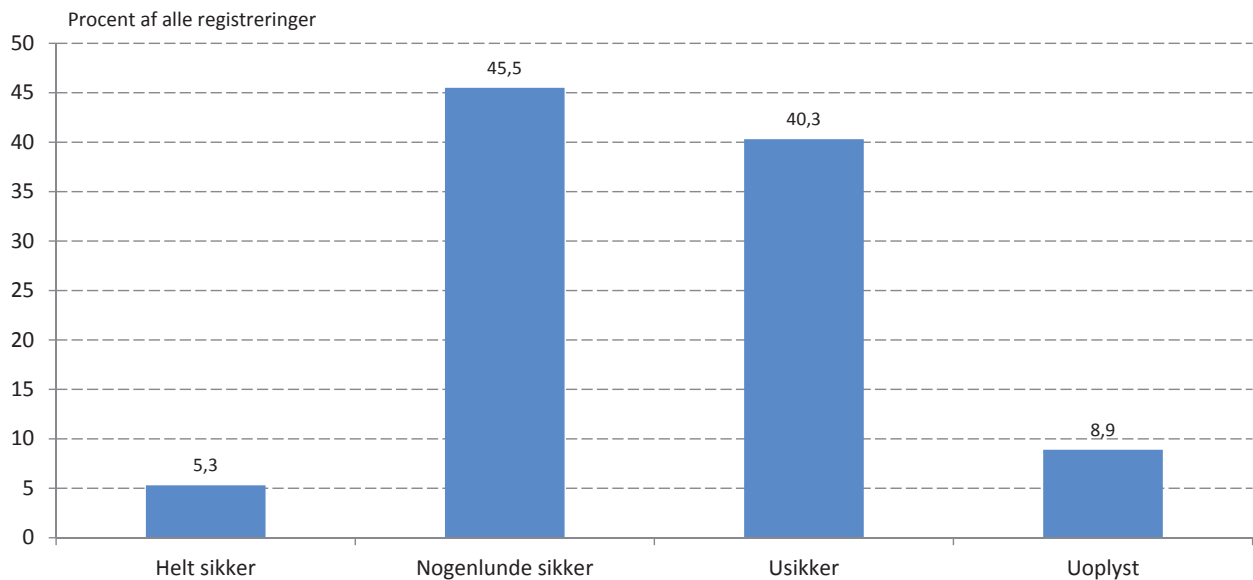


## Vurdering i forhold til diagnose

De praktiserende læger var helt eller nogenlunde sikre på diagnosen i 50,8% af tilfældene. Størst sikkerhed var der for diagnosen aktinisk keratose (11,7% helt sikre) efterfulgt af basalcelle carcinom (9,9% helt sikre), lavest for diagnoserne Morbus Bowen/SCC in situ og malignt melanom.

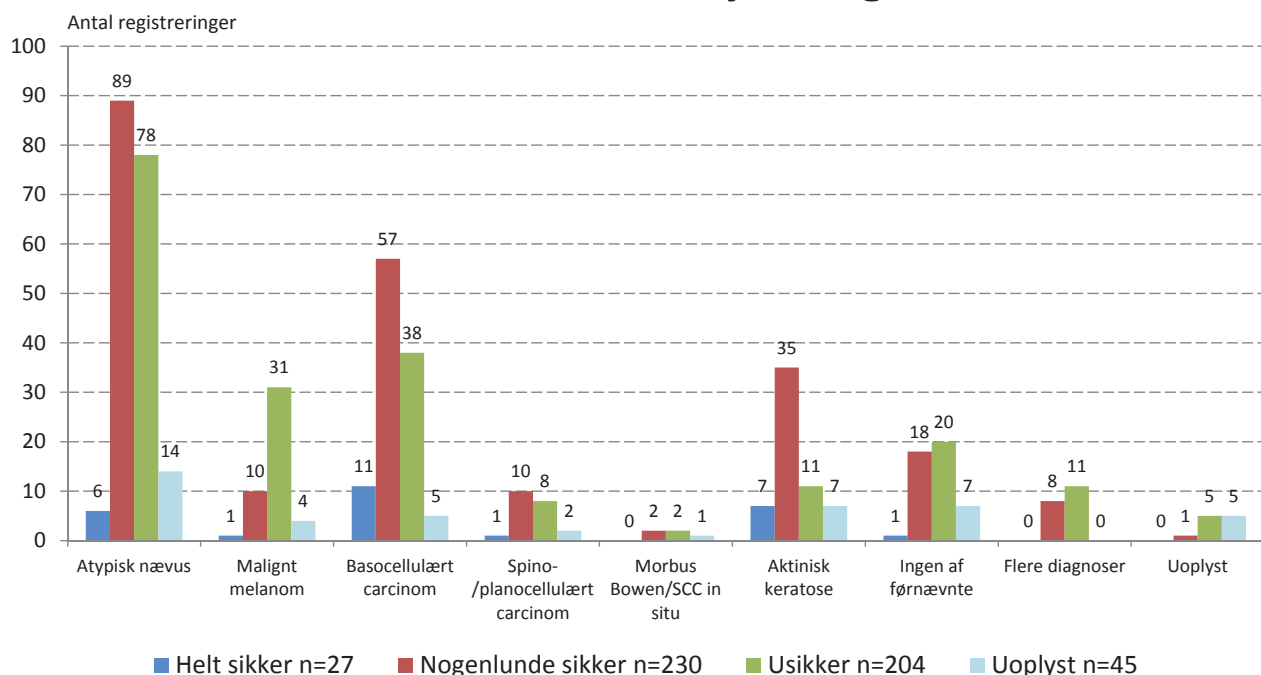
Figur 8

## Hvor sikker er du i din diagnose?



Figur 9

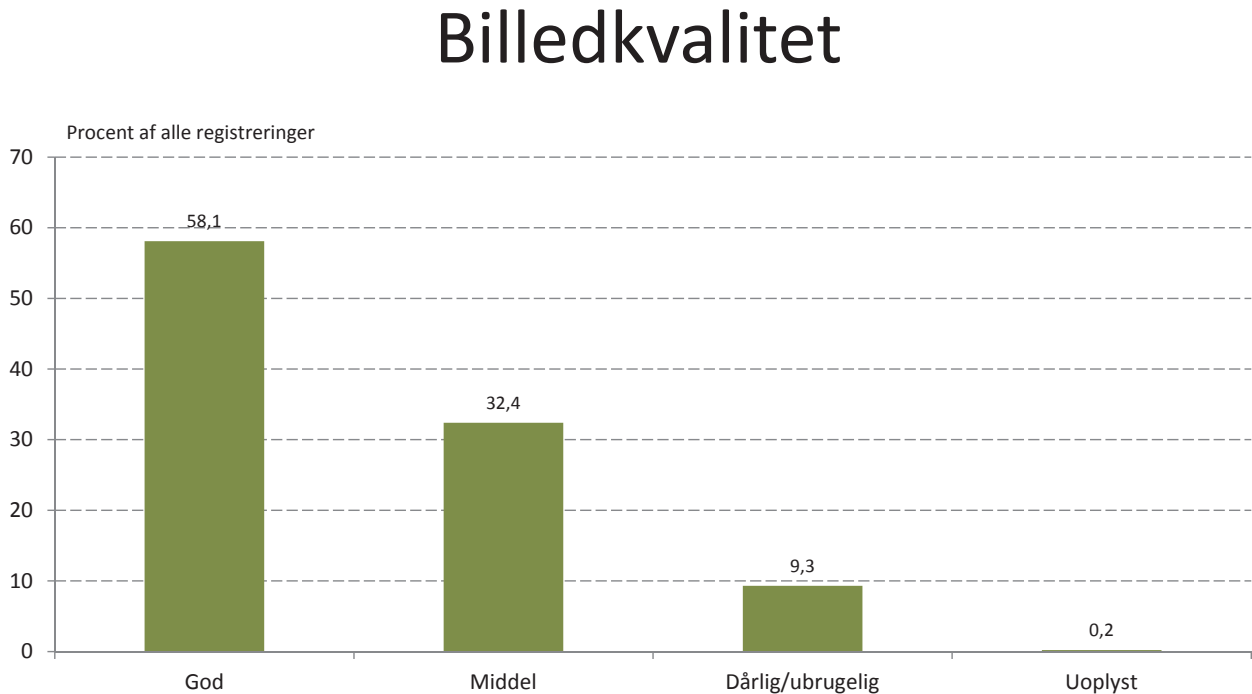
## Hvor sikker er du i din diagnose i forhold til din arbejdsdiagnose



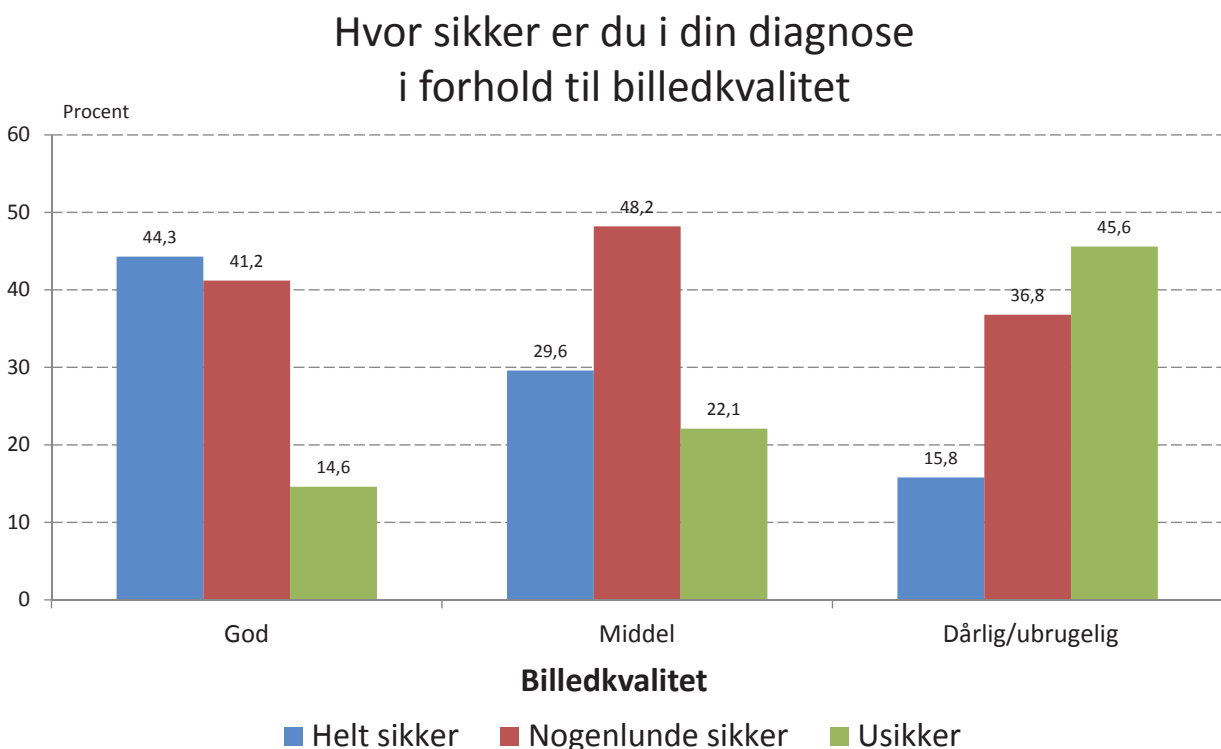
## Billedkvalitet

Kvaliteten af de indsendte billeder var god eller middel i over 90 % af tilfældene. Den dårlige billedkvalitet i godt 9 % kunne skyldes et uskarpt billede, manglende oversigtsbillede/nærbillede, eller manglende overensstemmelse mellem oversigtsbillede/nærbillede og dermoskopibillede. Dermatologens diagnosesikkerhed var forventeligt nok afhængig af billedkvaliteten.

Figur 10



Figur 11

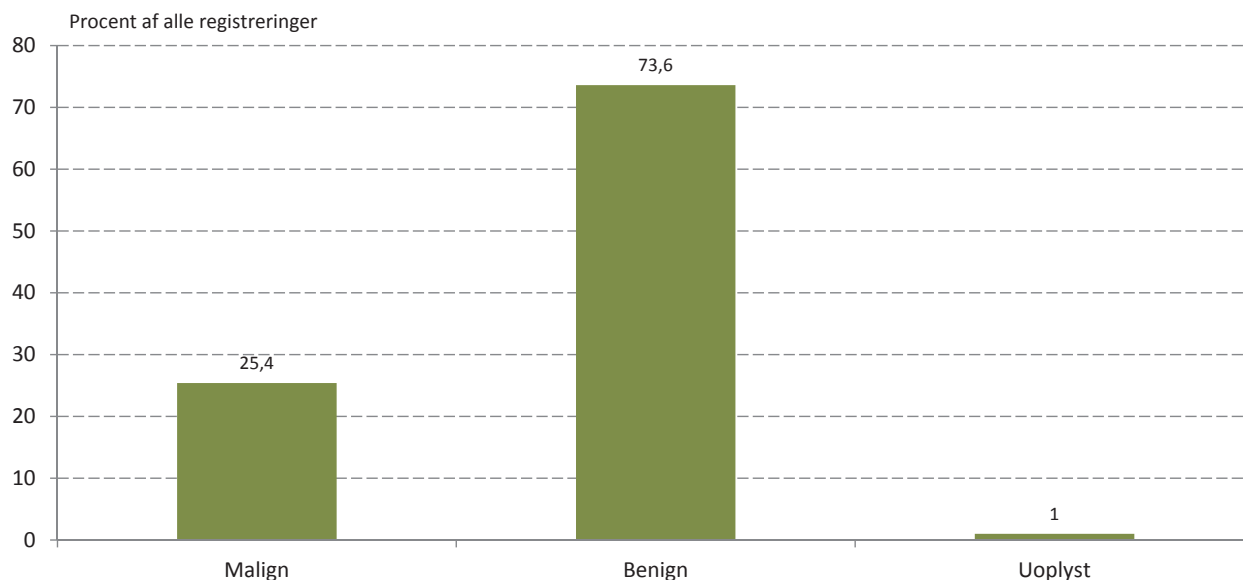


## Samlede vurdering og diagnose (dermatolog)

Ved den teledermoskopiske vurdering blev 73,6% af hudforandringerne anset som godartede. Den hyppigste diagnose var seboroisk vorte, efterfulgt af benignt nævus.

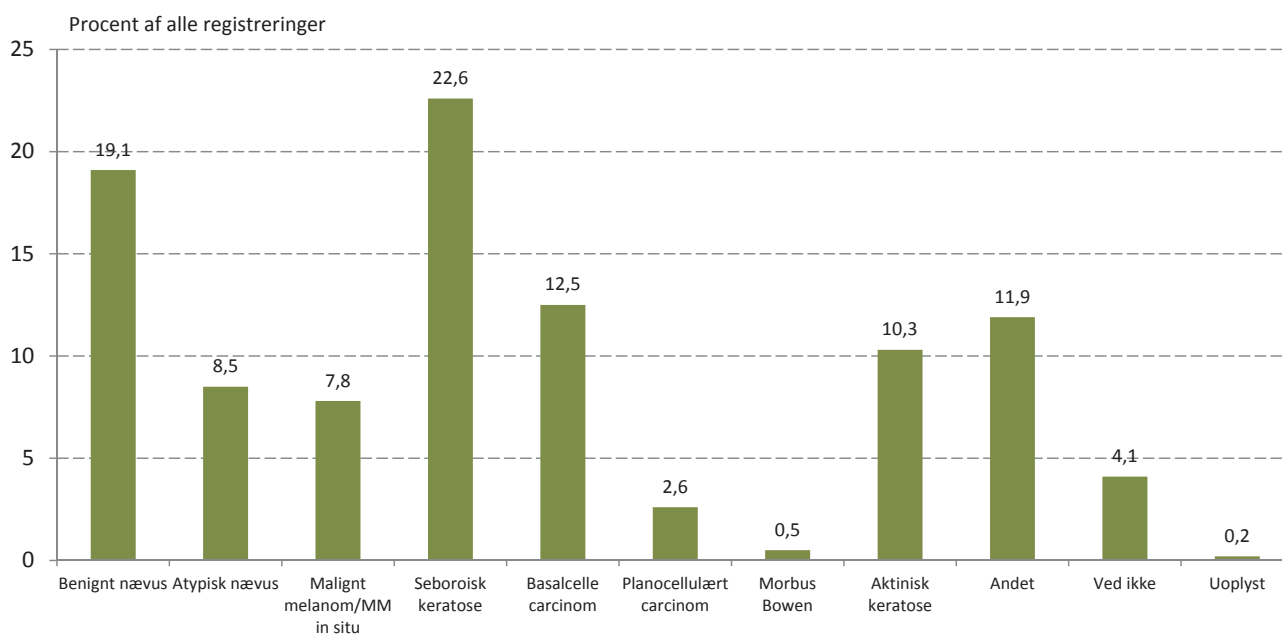
Figur 12

### Din kliniske vurdering



Figur 13

### Din arbejdsdiagnose

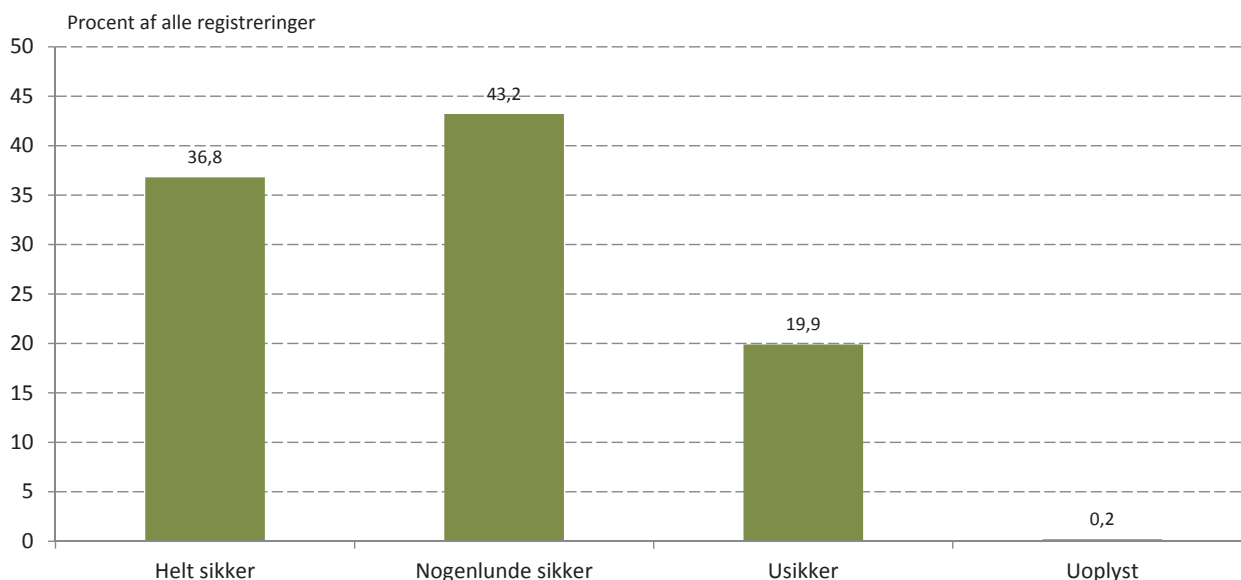


## Diagnose og konsekvens (dermatolog)

Ved den teledermoskopiske vurdering var dermatologen helt eller nogenlunde sikker i 80,0% af diagnoserne. Som anført i figur 11 var dette bl.a. afhængigt af billedkvaliteten. På trods af det høje antal benigne læsioner, blev kun 31,8% af hudforandringerne vurderet egnet til direkte afslutning. Dette dækker bl.a. over behandling af aktiniske keratoser og sekventiel dermoskopi eller excision af atypiske nævi.

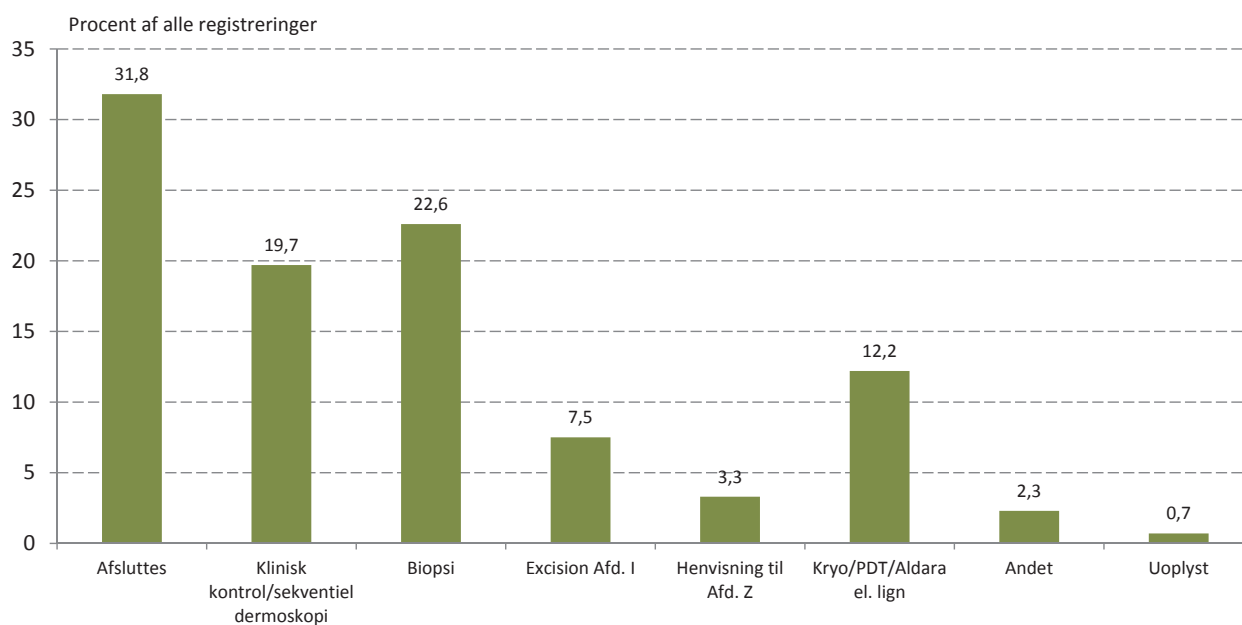
Figur 14

### Hvor sikker på diagnosen er du?



Figur 15

### Konsekvens



## Diagnose i praksis og ved dermatolog

Den eksakte konkordans var størst for diagnoserne basalcelle carcinom og aktinisk keratose. Dette er i overensstemmelse med de praktiserende lægers egen diagnostiske sikkerhed (se figur 9)

Figur 16

Din arbejdsdiagnose - Praksis	Arbejdsdiagnose - Dermatolog											Total
	Benigt nævus	Atypisk nævus	Malignt melanom/MM in situ	Seborisk keratose	Basalcelle carcinom	Plano-cellulært carcinom	Morbus Bowen	Aktinisk keratose	Andet	Ved ikke	Uoplyst	
Atypisk nævus	58	<b>26</b>	21	39	6		1	3	13	2		169
	34,3%	<b>15,4%</b>	12,4%	23,1%	3,6%		0,6%	1,8%	7,7%	1,2%		100,0%
Malignt melanom	8	5	<b>11</b>	5	4				3	2		38
	21,1%	13,2%	<b>28,9%</b>	13,2%	10,5%				7,9%	5,3%		100,0%
Basocellulært carcinom	1		2	24	<b>40</b>	7	1	14	7	5		101
	1,0%		2,0%	23,8%	<b>39,6%</b>	6,9%	1,0%	13,9%	6,9%	5,0%		100,0%
Spino-/planocellulært carcinom	1			2	4	<b>5</b>		5	0	1		18
	5,6%			11,1%	22,2%	<b>27,8%</b>		27,8%	0,0%	5,6%		100,0%
Morbus Bowen/SCC in situ				1			<b>0</b>	2	2			5
				20,0%			<b>0,0%</b>	40,0%	40,0%			100,0%
Aktinisk keratose	1			21	3	2		<b>21</b>	6	2		56
	1,8%			37,5%	5,4%	3,6%		<b>37,5%</b>	10,7%	3,6%		100,0%
Ingen af førnævnte	9	1	3	10	2	1	1	2	14	1	1	45
	20,0%	2,2%	6,7%	22,2%	4,4%	2,2%	2,2%	4,4%	31,1%	2,2%	2,2%	100,0%
Flere diagnoser	2	1	2	5	3				2	2		17
	11,8%	5,9%	11,8%	29,4%	17,6%				11,8%	11,8%		100,0%
Uoplyst	2	1		2				1		1		7
	28,6%	14,3%		28,6%				14,3%		14,3%		100,0%
Total	82	34	39	109	62	15	3	48	47	16	1	456
	18,0%	7,5%	8,6%	23,9%	13,6%	3,3%	0,7%	10,5%	10,3%	3,5%	0,2%	100,0%



# Registreringsskema almen praksis

## Bilag 1

Registreringsskema teledermatologi – almen praksis 2018



	Dato	Cpr nr.	Artsag til undersøgelse				Kliniske fund				Risikofaktorer				Din arbejdsdiagnose		Konsekvens	Hvor sikker er du i din diagnose?																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16	Kun 1 x	Kun 1 x															
1	__/__/18		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Evt. bemærkninger
			Vækst	Kløe	Farveændring	Nytilkommet	Manglende sårheling	Bekymring	Ingen af førnævnte	Asymmetri	Dårlig afgrænsning	Mere end én farve	Største diameter ≥6 mm	Sårdannelse	Elementet eleveret	Ingen af førnævnte	Tidligere malignt melanom	Tidligere anden hudkræft	Lys hud	Kraftig solesponering/solarium	Malignt melanom i familien	Mere end 50 modermærker	Ingen af førnævnte	Atypisk nævus	Malignt melanom	Basocellulært carcinom	Spino-/planocellulært carcinom	Morbus Bowen/SCC in situ	Aktinisk keratose	Ingen af førnævnte	Henvises til Hudafdeling I og Allergicentret	Henv. til Plastikkirurgisk Afd. i kræftpakke	Andet (anfør i bemærkninger)	Helt sikker	Nogenlunde sikker	Usikker	
2	__/__/18																																				
3	__/__/18																																				
4	__/__/18																																				
5	__/__/18																																				
6	__/__/18																																				
7	__/__/18																																				
8	__/__/18																																				
9	__/__/18																																				
10	__/__/18																																				
11	__/__/18																																				
12	__/__/18																																				

### Baggrundsoplysninger- udfyldes af hver enkelt læge i praksis

Praksis-ID: x.

Til brug i projektet " Er det muligt at indføre teledermoskopi i almen praksis?" vil vi gerne have lidt baggrundsoplysninger om dig og din lægepraksis.		
1	Dit køn:	Mand <input type="checkbox"/> Kvinde <input type="checkbox"/>
2	Dit navn:	_____
3	Dit fødselsår:	_____
4	Din anciennitet som praktiserende læge (angiv venligst i år):	_____ år
5	Hvor langt er der cirka fra din praksis til nærmeste hudlæge (antal km.)?	_____ km
6	Havde du et dermoskop i din praksis før kurset?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
7	Hvis JA, hvor længe har du haft det (angiv venligst antal år eller mdr.):	_____ år eller _____ mdr.
8	Hvor mange patienter har din praksis tilmeldt?	_____
9	Hvor mange faste læger (ejere) er der i din praksis?	_____
10	Har du i undersøgelsesperioden fast vikar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
11	Har du i perioder uddannelseslæger tilknyttet din praksis?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, antal _____
12	Har du en særlig interesse for dermatologi?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

# Registreringsskema - dermatolog

## Bilag 3

Registreringsskema teledermoskopi ved dermatolog: \_\_\_\_\_

Dato for henvisning: \_\_\_\_\_

Henvisende praksis: \_\_\_\_\_

Patient CPR nummer: \_\_\_\_\_

Case ID: \_\_\_\_\_

Sæt kun ét kryds:

Billedkvalitet:

God: \_\_

Middel: \_\_

Dårlig/ubrugelig: \_\_

Din kliniske vurdering:

Malign: \_\_

Benign: \_\_

Din arbejdsdiagnose:

Benigt nævus: \_\_

Atypisk nævus: \_\_

Malignt melanom/MM in situ: \_\_

Seboroisk keratose: \_\_

Basalcelle carcinom: \_\_

Planocellulært carcinom: \_\_

Morbus Bowen: \_\_

Aktinisk keratose: \_\_

Andet-skriv: \_\_\_\_\_

Ved ikke: \_\_

Konsekvens:

Afsluttes: \_\_

Klinisk kontrol/sekventiel dermoskopi: \_\_

Biopsi: \_\_

Excision Afd. I: \_\_

Henvisning Afd. Z: \_\_

Kryo/PDT/Aldara el.lign.: \_\_

Andet-skriv: \_\_\_\_\_

Hvor sikker er du i din diagnose:

Helt sikker: \_\_

Nogenlunde sikker: \_\_

Usikker: \_\_

# Vejledning til registreringskemaet i almen praksis

## Bilag 4

### Et tværsektorielt APO projekt: Er det muligt at indføre teledermoskopi i almen praksis?

#### Et kvalitetsudviklingsprojekt. Registrering i januar-oktober 2018

#### Vejledning til registreringskemaet

##### Procedure

Når en patient med en suspekt hudforandring (malignt melanom, atypisk nævus, basalcelle carcinom, spino-/planocellulært carcinom, Morbus Bowen/SCC in situ, aktiniske keratoser) kommer til konsultation, udleveres deltagerinformation og en samtykkeerklæring. Dette kan gøres af din sekretær, så patienten kan læse informationen igennem og underskrive informeret samtykke før konsultationen. Under konsultationen udfylder du registreringskemaet. Herefter kan enten du selv eller din sekretær eller sygeplejerske tage billederne til projektet. Der tages ét oversigtsbillede på ca. 40-50cm afstand, ét nærbillede på ca. 10cm afstand og ét dermoskopibillede. Herefter henvises patienten til Hudafdeling I og Allergicentret på almindelig vis, skriv "tele" på henvisningen. Hvis du vurderer, at det er tale om et klart malignt melanom skal patienten henvises til Plastikkirurgisk Afdeling i Kræftpakkeforløb efter vanlig praksis.

Du bedes samle alle dine spørgeskemaer og sende dem til os i de frankerede svarkuverter inden sommerferien og igen i slutningen af oktober. Du bedes sende alle billederne fra Handyscope® umiddelbart efter konsultationen. De underskrevne samtykkeerklæringer gives med patienterne, så de kan aflevere dem på Hudafdelingen.

**Inklusionskriterier:** Alle voksne patienter med hudlæsioner, som den praktiserende læge finder suspekter.

**Eksklusionskriterier:** Børn under 18 år. Voksne, som ikke er i stand til at give informeret samtykke, enten pga. sproglige eller mentale udfordringer. Suspekter læsioner, som er så store, at hele læsionen ikke kan fotograferes i ét dermoskopibillede. Suspekter læsioner, som grundet den anatomiske lokalisation, ikke er tilgængelige for fotografering.

##### Årsag til undersøgelse

##### Sæt mindst 1 kryds.

Sæt kryds ved årsagen til, at hudlæsionen bliver vurderet ved konsultationen. Husk at sætte kryds i "ingen af førnævnte" hvis ingen af de anførte svarmuligheder passer.

##### Kliniske fund

##### Sæt mindst 1 kryds.

Sæt kryds ved de objektive fund, du finder ved undersøgelse af hudlæsionen. Husk at sætte kryds i "ingen af førnævnte" hvis ingen af de anførte svarmuligheder passer.

- - - VEND - - -

<b>Risikofaktorer</b>	<p><b>Sæt mindst 1 kryds.</b></p> <p>Dette punkt må gerne udfyldes af din sygeplejerske/sekretær, hvis hun også tager billederne for dig. Tidligere malignt melanom eller anden hudkræft baseres på patientens oplysninger eller dit kendskab til patientens tidligere sygdomme. Lys hud ses hyppigst hos personer med blå eller grønne øjne, og rødt eller blondt hår. Kraftig soleksponeering og brug af solarie baseres på patientens oplysninger. Hvis patienten regelmæssigt igennem flere år har opholdt sig i solen, eller flere gange om året igennem flere år har dyrket solarie skal der sættes kryds her, også selv om patienten nu har ændret solvaner. Malignt melanom i familien skal afkrydses, hvis sygdommen findes blandt patientens første eller anden grads slægtninge (forældre, søskende, børn, bedsteforældre, forældres søskende, søskendes børn, børnebørn). I "Mere end 50 modermærker" skal fregner, leverpletter og seboroiske keratoser så vidt muligt ikke tælles med. Husk at sætte kryds i "ingen af førnævnte" hvis ingen af de anførte svarmuligheder passer.</p>
<b>Din arbejdsdiagnose</b>	<p><b>Kun ét kryds.</b> Hvis patienten har flere hudlæsioner med forskellige arbejdsdiagnoser, kan du enten vælge den mest suspekte, eller lave flere separate registreringer på den samme patient. Husk at sætte kryds i "ingen af førnævnte" hvis ingen af de anførte svarmuligheder passer.</p>
<b>Konsekvens</b>	<p><b>Kun ét kryds.</b> Ved begrundet mistanke om malignt melanom skal patienten som hidtil henvises direkte til plastikkirurgisk afdeling i kræftpakke.</p>
<b>Hvor sikker er du?</b>	<p><b>Kun ét kryds.</b> Din subjektive vurdering enten "helt sikker", nogenlunde sikker" eller "usikker".</p>





