
Model d'atenció en dermatologia i criteris de planificació

Àmbit d'atenció primària i atenció especialitzada ambulatoria

Octubre de 2013

© 2013 Generalitat de Catalunya

Departament de Salut

Trav. de les Corts, 131-159

Edifici Ave Maria

08028 Barcelona

www.gencat.cat/salut

<http://canalsalut.gencat.cat/>

Edició: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Coordinació editorial: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Assessorament i correcció lingüística: Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

Primera edició: Barcelona, octubre de 2013

Dipòsit legal: B. 25953-2013

Sumari

Introducció.....	4
1. Objectius del model d'atenció en dermatologia	5
2. Característiques del model assistencial.....	5
2.1. Elements de gestió territorial compartits.....	5
2.2. Accions per millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària	5
2.3. Accions per millorar l'eficiència dels serveis especialitzats	5
3. Consideracions pel que fa a la teledermatologia	6
4. Consideracions pel que fa a les consultes per motius cosmètics.....	8
5. Orientacions per a l'organització de l'atenció que serveixin per establir a cada territori un pla funcional d'atenció en dermatologia	9
5.1. Funcions dels professionals.....	9
5.2. Relació entre professionals.....	13
6. Criteris de planificació	14
7. Avaluació.....	14
Bibliografia revisada	16

Introducció

El treball de definició d'aquest model d'atenció s'emmarca en el desenvolupament del Pla de salut 2011-2015, que prioritza la dermatologia com una de les especialitats on per freqüència de relació entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada hi ha una gran oportunitat de millora en resolució i accessibilitat fent front als problemes de variabilitat en la utilització de serveis i pràctica clínica, temps d'espera, diferències territorials en recursos humans i organització del procés d'atenció.

Aquest document ha estat elaborat per la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut i és fruit de la discussió i el consens entre diversos metges i metgesses de família, dermatòlegs i dermatòlogues, que ens han acompanyat com a consultors aportant la perspectiva del coneixement de la pràctica clínica, i la col·laboració de professionals en representació de les societats científiques implicades en l'atenció a la patologia dermatològica (Societat Catalana de Dermatologia, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària-CAMFiC, Societat Catalana de Pediatria, Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya-AIFCC). També s'ha demanat a les organitzacions de proveïdors (Institut Català de la Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya i Unió Catalana d'Hospitals) que designessin professionals que les representessin. D'aquesta manera també ho han fet el Departament de Salut, el Servei Català de la Salut i les regions sanitàries.¹

Es presenten les característiques del model d'atenció i els criteris de planificació de serveis de cara al futur. El treball s'ha centrat en l'àmbit de relació entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada ambulatoria.

La planificació de serveis que es proposa s'ha de desenvolupar en cada regió i sector sanitari en funció dels pactes territorials concretant quin és el paper de cada dispositiu assistencial (procés), les funcions dels diferents professionals implicats i les interaccions que s'han de produir entre els diferents dispositius assistencials.

En l'àmbit de la dermatologia hi ha experiències força desenvolupades de telemedicina, especialment amb transmissió d'imatges dermatològiques, que són il·lustratives de la millora en la capacitat de resolució, amb una millor gestió de les derivacions i resultats en la disminució del temps d'espera per a la visita a l'atenció especialitzada. D'altra banda, una part dels motius de consulta amb un pes relatiu important en opinió dels professionals està relacionada amb la demanda d'atenció per motius cosmètics. Per això, en la proposta de model d'atenció, a més de la definició dels objectius i característiques i de les orientacions per a l'organització dels aspectes assistencials, s'ha cregut convenient incloure específicament dos apartats, un relacionat amb la teledermatologia i un altre amb la identificació de la casuística relacionada amb motius cosmètics que s'ha d'entendre que no està inclosa en el catàleg de serveis i prestacions de cobertura pública del Sistema Nacional de Salut (SNS).

¹ Han participat en les sessions de treball: Margarita Admetlla Falgueras, Carme Batalla Martínez, Alba Benaque Vidal, Carme Beni Pardo, Carolina Burgos Diez, Anna Busqué Gili, Sebastià Calero Muñoz, Josep Manel Casanova Seuma, Josep Maria Casanovas Gordo, Marta Cucurell Palomas, Josep Fusté Sugrañes, Pilar Gonzalez Zambrano, Jesús Gonzalez Ruperez, Remei Juncadella Planell, Sonia Martínez Carmona, Blanca Muntané Rodríguez, Miquel Perona Pagán, M. Antònia Pol Reyes, Araceli Povedano Monte, Ramon M. Pujol Vallverdú, Dolors Vila Serra.

1. Objectius del model d'atenció en dermatologia

1. Incrementar la capacitat resolutiva de l'atenció primària en la malaltia prevalent i de baixa complexitat.
2. Millorar l'accessibilitat i l'eficiència de l'atenció especialitzada en dermatologia: atenció a les malalties de més complexitat i agilització del diagnòstic i tractament.
3. Assegurar la continuïtat assistencial en l'atenció a les malalties dermatològiques.

2. Característiques del model assistencial

2.1. Elements de gestió territorial compartits

- **Objectius assistencials.** Compartits entre atenció primària i especialitzada. Consens en el disseny, la implementació i l'assoliment. Indicadors comuns.
- **Gestió per processos.** Definint les funcions i els objectius dels equips d'atenció primària (EAP) en l'àrea bàsica de salut (ABS) i dels equips d'atenció especialitzada en l'àmbit ambulatori, ja sigui en les consultes externes dels hospitals o en els centres de salut amb consultes d'atenció especialitzada descentralitzades.
- **Cooperació territorial.** És important que existeixi un lideratge clínic que, amb la participació dels responsables del procés d'atenció primària i especialitzada, dinamitzi la coordinació transversal de les activitats realitzades en l'àmbit d'aquestes malalties en cada procés (dispositiu). Cal assegurar un marge d'autonomia suficient per facilitar l'adaptació del model a una àrea geogràfica (potenciar la microgestió).

2.2. Accions per millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària

- Millora de l'eficiència en el **diagnòstic, tractament i seguiment de determinades patologies**, facilitant:
 - l'accés des de l'atenció primària a la consultoria no presencial i a la teledermatologia;
 - l'accés protocol·litzat a proves diagnòstiques en funció de la complexitat de la patologia i de la cartera de serveis prèviament definida;
 - l'accés preferent a l'atenció especialitzada segons els criteris de derivació.
- **Apropament de l'atenció especialitzada** a l'atenció primària, mitjançant un sistema de consultoria virtual i sessions clíniques periòdiques. Aquests mecanismes han d'oferir el suport assistencial i formatiu necessari a l'atenció primària per possibilitar l'atenció de la patologia de baixa complexitat i l'orientació als dispositius d'atenció especialitzada dels casos complexos.

2.3. Accions per millorar l'eficiència dels serveis especialitzats

- **Accessibilitat** a l'atenció especialitzada, tant per a la visita ordinària com per a la preferent.
- **Incorporació dels professionals d'infermeria** amb tasques de tractament i seguiment de determinades patologies dermatològiques, amb protocols consensuats (entre equips d'atenció primària i dermatologia).
- **Informació clínica compartida** entre els diferents professionals que intervenen en el diagnòstic, tractament i seguiment del problema de salut.

- **Sistemes de coordinació** establerts entre els diferents professionals per a aquells casos més complexos que facilitin la derivació precoç.
- **Cartera de serveis pactada** entre els diferents professionals que atenen la patologia dermatològica. Aquesta cartera estarà adaptada a les capacitats dels professionals i a les estructures assistencials existents en una àrea geogràfica determinada.

3. Consideracions pel que fa a la teledermatologia

En les darreres dues dècades hi ha nombroses publicacions (vegeu la bibliografia), revisions^{2,3} i estudis de cost-eficiència⁴ al voltant de l'ús i les aplicacions de la teledermatologia que intenten situar, en el context assistencial, les aplicacions, els requeriments tecnològics i de temps i el cost de teledermatologia.

D'altra banda, la telemedicina està adquirint un paper important en el control de les malalties cròniques, sobretot per ajudar en l'apoderament del malalt crònic en el control de la seva malaltia.

És en aquest context d'avenços tecnològics, variabilitat en la pràctica clínica, tendència a augmentar els processos crònics i elevada prevalença de les afectacions dermatològiques que creiem adient revisar el paper de la teledermatologia en la pràctica assistencial de metges de família i dermatòlegs. Ens referirem tant a la teledermatologia diferida (*store and forward*, SAF) com a la presencial (*live interactive*, LI).

Amb diferents nivells d'evidència i grau de recomanació alt s'accepta que:

1. La teledermatologia aplicada al diagnòstic de quadres dermatològics genèrics és una tècnica amb una validesa i exactitud adequada (1b, A).⁴
2. La teledermatologia és una tècnica assistencial amb capacitat d'evitar consultes presencials a l'especialista i que ofereix una demora assistencial inferior al sistema convencional (1b, A).⁴
3. La teledermatologia és una modalitat assistencial menys econòmica que l'atenció convencional (1b, A).⁴
4. La relació cost-benefici de la teledermatologia és difícil d'establir de manera general ja que depèn, entre altres factors, dels sous dels professionals i de les distàncies per a l'accés al sistema de salut. La relació millora quan la distància que ha de recorre el pacient per ser atès és gran i, des d'un punt de vista d'amortització de la tecnologia i habilitat en la utilització, quan es fa un volum més gran de teleconsultes (1b, A).^{3,4}
5. La teledermatologia té un nivell d'acceptació i satisfacció alt entre pacients, metges d'atenció primària i dermatòlegs que la practiquen (1b, A).⁴

² Warshaw E, Greer N, Hillman Y, Hagel E, MacDonald R, Rutks I, Wilt TJ. Teledermatology for Diagnosis and Management of Skin Conditions: a Systematic Review of the Evidence. Departament of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Health Service Research & Development Service. Washington, DC 20420, January 2010.

³ Ferrándiz Pulido L. et al. Teledermatologia: Revisión sistemática y evaluación económica. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

⁴ Eminovic N, Dijkgraaf MG, Berghout RM, Prins AH, Bindels PJ and de Keizer NF. A cost minimisation analysis in teledermatology: model-based approach. BMC Health Serv Res. 2010;251.

Altres aspectes que en cal destacar, encara que no han estat analitzats des del punt de vista de l'evidència i recomanació:

1. La teledermatologia és una eina útil en la formació continuada dels metges de família que la utilitzen.
2. La teledermatologia és una eina útil de consulta entre dermatòlegs de diferents nivells assistencials.
3. La teledermatologia és una eina útil en mans de determinats pacients que pateixen processos crònics que,⁵ per la seva extensió o gravetat, són controlats per especialistes en dermatologia (psoriasi, acne). De la mateixa manera esdevé una eina útil, utilitzada per infermeria, en l'atenció de pacients enllitats en el domicili o centres sociosanitaris.
4. La teledermatologia és cost-eficient per a la societat quan s'aplica en països en què cal recórrer llargues distàncies per ser visitat en una consulta dermatològica o quan s'aplica a grups específics de pacients en què una gran proporció poden ser tractats pels seus metges de família i no necessiten ser derivats a l'especialista en dermatologia.^{5,6}

Per tant, sembla raonable recomanar la utilització de la teledermatologia:

- En situacions en què el desplaçament del pacient té una dificultat afegida, ja sigui per la distància o per les seves condicions de mobilitat.
- En aquells processos en què la teleconsulta pot prevenir, amb una alta probabilitat, la derivació del pacient. Dit d'una altra manera, en aquells processos en què el tractament i seguiment dependrà del metge o metgessa de família i, per tant, s'evitarà la derivació.
- Per millorar l'apoderament del malalt crònic en el control de la seva malaltia.

Elements clau per a la implantació:³

- Definir el lloc i els objectius del programa de teledermatologia amb els professionals del territori afectat, valorant establir un procés protocol·litzat. Analitzar alternatives i estimar costos. Si l'objectiu és evitar desplaçaments dels pacients per grans distàncies, valorar la teledermatologia en temps real.⁷
- Utilitzar programes amigables i facilitar l'entrenament en l'ús. Minimitzar el temps d'espera del pacient durant el procés de realització de la teleconsulta .
- Considerar el temps addicional que requereix el programa, tant pel que fa als metges de família com als dermatòlegs. Segons l'abast del programa, valorar la incorporació en l'equip d'un tècnic o tècnica en telemedicina, amb unes responsabilitats fixades i una dedicació flexible, que permeti optimitzar els temps d'execució de la teleconsulta.
- Realitzar una avaluació continuada del programa pel que fa als objectius i el cost.

⁵ Finch T. Teledermatology for chronic disease management: coherence and normalization. *Chronic Illn.* 2008;2:127-34.

⁶ Van der Heijden JP, de Keizer NF, Bos JD, Spuls PI and Witkamp L. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol.* 2011;5:1058-65.

⁷ Richard Wootton, Kambiz Bahaadinbeigy, David Hailey. Estimating travel reduction associated with the use of telemedicine by patients and healthcare professionals: proposal for quantitative synthesis in a systematic review. *BMC Health Services Research* 2011;11:185.

- Adequar les plataformes de comunicació per tal que facilitin la transmissió d'imatges i informació clínica i el contacte entre professionals, tot preservant les garanties de confidencialitat i seguretat legal.

4. Consideracions pel que fa a les consultes per motius cosmètics

S'ha considerat adient revisar la cartera de serveis de la sanitat pública en dermatologia amb especial interès pel que fa a les consultes per motius cosmètics.

Aquesta cartera de serveis està regulada al Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del sistema nacional de salut i el procediment per a la seva actualització.⁸

En l'article 2 es defineix la cartera de serveis comuns del sistema nacional de salut com «el conjunt de tècniques, tecnologies o procediments, entenen-se per aquests cadascun dels mètodes, activitats i recursos basats en el coneixement i experimentació científica, mitjançant els quals es fan efectives les prestacions sanitàries».

En l'article 3 s'estableixen les «Característiques de la cartera de serveis comuns»:

«1. Els serveis continguts en aquesta cartera tenen la consideració de bàsics i comuns, i s'entén per aquests els necessaris per portar a terme una atenció sanitària adequada, integral i continuada a tots els usuaris del sistema nacional de salut.

»2. La cartera de serveis comuns del sistema nacional de salut ha de garantir l'atenció integral i la continuïtat de l'assistència prestada als usuaris, independentment del nivell assistencial en què se'ls atengui en cada moment.»

També en aquest Reial decret, en l'article 5 («Criteris i requisits»), punt 4, s'assenyala que no s'inclouen en la cartera de serveis «les tècniques, tecnologies o procediments [...] que tinguin com a finalitat [...] la millora estètica o cosmètica [...]».

Acompanyen el Reial decret una sèrie d'annexos sobre la cartera de serveis comuns de l'atenció primària, de l'atenció especialitzada i de la de serveis comuns de la prestació farmacèutica, dels quals hem escollit els paràgrafs més significatius que fan referència a l'atenció dermatològica.

De l'annex II, «Cartera de serveis comuns d'atenció primària», pel que fa als procediments terapèutics que pot fer l'atenció primària en relació amb la pell, diu:

«2.2.14 Cirurgia menor, que inclou dur a terme procediments terapèutics o diagnòstics de baixa complexitat i mínimament invasius, amb baix risc d'hemorràgia, que es practiquen sota anestèsia local i que no requereixen atencions postoperatòries, en pacients que no necessiten ingrés, d'acord amb els protocols establerts i l'organització pròpia de cada servei de salut.»

En l'annex III, «Cartera de serveis comuns d'atenció especialitzada», s'especifica que «se n'exclouen tots els procediments diagnòstics i terapèutics amb finalitat estètica, que no tinguin relació amb un accident, malaltia o malformació congènita...»

⁸ Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis

En l'annex V «Cartera de serveis comuns de prestació farmacèutica», s'especifica que se n'exclouen els «productes d'ús cosmètic, dietètics, aigües minerals, elixirs, dentífrics i altres productes similars».

En aquest context d'escassa definició, es proposa identificar els motius de consulta deguts a motivacions estètiques dels quals només es considerarà en la cartera de serveis la confirmació diagnòstica, sempre que no presentin complicacions ni criteris de sospita de malignitat. Aquests són:

- Acrocordó / fibroma pèndul / dermatofibroma
- Alopecia comuna (androgènica)
- Angioma capil·lar (punt robí)
- Barb o punt negre
- Cloasma
- Cuperosi (telangièctasis)
- Lentigen simple i senil
- Mílium
- Nevus melanocític
- Petits lipomes
- Petits quists epidèrmics
- Queratosi seborreica
- Siringoma
- Xantelasma

5. Orientacions per a l'organització de l'atenció que serveixin per establir a cada territori un pla funcional d'atenció en dermatologia

5.1. Funcions dels professionals

Per tal d'establir els elements de referència sobre l'organització del procés d'atenció que permeti l'ordenació dels serveis, s'han valorat les funcions dels diferents professionals i les relacions entre àmbits assistencials, en les tres situacions següents:

- Motius de consulta o derivació des de l'atenció primària a l'atenció especialitzada.
- Patologia crònica dermatològica.
- Cribratges dermatològics. Grups diana per activitats de cribratge.

Per a l'anàlisi i discussió d'aquests processos s'ha comptat amb la col·laboració de metges i metgesses de família, dermatòlegs i dermatòlogues, pediatres i infermeres. Per a aquestes tres situacions s'han definit les funcions de diagnòstic, tractament, seguiment i detecció (cartera de serveis) d'atenció primària i atenció especialitzada.

A partir de l'experiència assistencial dels components del grup s'han escollit els següents «Motius de consulta» i «Patologia crònica» com a prioritaris.

Motius de consulta

- Acne
- Alopècia
- Berrugues víriques i mol·lusc contagiós
- Dermatitis/èczemes
- Dermatocosi / infeccions micòtiques
- Discromia
- Erupcions/exantemes
- Infeccions de transmissió sexual (ITS)
- Lesió pigmentada
- Patologia de les ungles
- Piodermatitis / infeccions bacterianes
- Pruija (sense lesions)
- Psoriasi
- Tumors cutanis
- Úlceres cròniques
- Urticària

Patologia crònica

- Acne
- Alopècia areata
- Alopècia inflammatòria
- Càncer cutani no melanoma
- Dermatitis atòpica
- Dermatitis de contacte
- Dermatitis seborreica
- Melanoma
- Patologia crònica de les ungles
- Psoriasi
- Queratosi actínica
- Úlceres cròniques
- Urticària crònica i física
- Vitiligen, halo nevus

Pel que fa al possible **cribratge** de càncer cutani, queda pendent valorar-ne la idoneïtat en termes de cost-efectivitat i, si escau, definir la població diana.

L'atenció dermatològica és en moltes ocasions multidisciplinària i es beneficia del consens entre els professionals sanitaris per tal d'oferir una assistència àgil i eficient. És en aquest context que es considera important la incorporació dels professionals d'infermeria, segons els protocols consensuats, en l'atenció dermatològica amb funcions de:

- Educació per al compliment del tractament en determinades malalties cròniques: dermatitis, psoriasi, úlceres cròniques. Educació sanitària oportunista en mesures de prevenció primària: fotoprotecció.
- Formació en l'administració de determinats tractaments: en la psoriasi i altres dermatitis cròniques, tractaments oclusius de berrugues, úlceres cròniques, etc.
- Realització de tècniques i proves diagnòstiques (epicutànies) i procediments terapèutics (fototeràpia en la psoriasi).
- Administració de determinats tractaments prescrits, realització de cures tòpiques, retirada de punts i tractaments oclusius.

Es considerarà l'oportunitat d'una capacitació prèvia. Altres funcions quedaran per definir segons les necessitats específiques dels territoris.

A continuació es presenten de forma esquemàtica les propostes sobre les funcions (diagnòstic, tractament, seguiment, detecció) d'atenció primària i atenció especialitzada i el suport que ofereix la teledermatologia per al seu desenvolupament.

Model d'atenció en dermatologia. Motius de consulta

Motius de consulta	Atenció primària	Dermatologia	Teledermatologia amb imatge
Lesió pigmentada	Criteris de derivació i prioritització	D/T/S	No (només per prioritització)
Berrugues víriques, mol·lusc contagiós	D/T/S	Resistents al T i les complicacions	Sí
ITS (1)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S infeccions complexes	Sí
Tumoracions cutànies	D i criteris de derivació i prioritització	D i T/S malignes i premalignes	Sí
Plodermitis o infeccions bacterianes	D/T/S	D/T/S infeccions complexes	Sí
Dermatitis/èczemes	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S formes extenses i resistents al tractament	Sí
Psoriasi	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Acne	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S moderat-greu	Sí
Úlceres cròniques	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Dermatomicosis o infeccions micòtiques	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S formes complexes	Sí
Alopècia	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S cicatricial i areata	Sí
Discromia	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Pruïja (sense lesions)	D/T/S segons protocol	D/T/S segons protocol	No
Erupcions/exantemes	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Urticària (2)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (formes cròniques i físiques)	Sí
Patologia de les ungles	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (formes complexes i secundàries a malalties inflamatòries)	Sí

D = diagnòstic, T = tractament, S = seguiment, NM = no melanoma

(1) Vegeu la Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. GPC-ITS 2009.

(2) Vegeu la Carta de serveis en l'atenció a la patologia al·lèrgica.

Model d'atenció en dermatologia. Patologia crònica

Patologia crònica	Atenció primària	Dermatologia	Teledermatologia
Melanoma	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	No (només per prioritació)
Càncer cutani NM	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	No (només per prioritació)
Queratosi actínica	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	No (només per prioritació)
Alopècia areata	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Alopècia inflamatòria	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Dermatitis seborreica	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S formes extenses i resistents al T	Sí
Dermatitis per atòpia (1)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Dermatitis de contacte (1)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (laborals)	Sí
Vitiligen, halo nevus	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	Sí
Psoriasi	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Acne	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Úlceres cròniques	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Urticària crònica	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Patologia crònica d'ungles	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (formes complexes)	Sí

D = diagnòstic, T = tractament, S = seguiment; NM = no melanoma

(1) Vegeu la **Cartera de serveis en l'atenció a la patologia al·lèrgica.**

5.2. Relació entre professionals

Es considera la relació entre professionals com un element clau per a una assistència àgil, eficient i de qualitat. Entre les diverses eines que es poden utilitzar s'hauria de distingir entre aquelles que, estant programades, obtenen el seu valor per l'esforç de consens de les parts o pel seu valor formatiu intrínsec i les que serveixen per facilitar diàriament l'assistència.

Entre les primeres considerarem les sessions clíniques per consens o revisió de protocols, els reciclatges o formació en servei i les consultories presencials. Cada territori les programarà i facilitarà en funció de les seves possibilitats i necessitats.

Entre les segones tindrem en compte la consulta no presencial amb imatge i sense. La consulta no presencial i sense imatge, normalment per via telemàtica o telefònica, és un mitjà de relació àgil i simple per resoldre dubtes o problemes puntuals del dia a dia, que cal mantenir per la seva naturalesa d'immediatesa i falta de programació, sense fer-ne abús. La teledermatologia amb imatge es considera, a més d'una eina assistencial, un excel·lent mitjà de relació i formació per als professionals. Cal tenir en compte que, a causa dels requeriments tecnològics i del temps de dedicació que implica, s'ha d'establir un procés protocol·litzat per a la seva utilització. A més, les consultes no presencials han de quedar registrades en la història clínica del malalt.

6. Criteris de planificació

Les **tendències esperades** són les següents:

- Les visites als especialistes de dermatologia haurien de disminuir a partir de la no-derivació de la demanda cosmètica i de la patologia de baixa complexitat. La mitjana de primeres visites (PV) a Catalunya durant l'any 2012, segons les dades de facturació del CatSalut, ha estat de 33,9 per 1.000 habitants i any.
- El temps d'espera hauria de disminuir paral·lelament a la freqüentació. Idealment el temps d'espera per a una PV ordinària hauria de ser d'un mes i per a una visita preferent, inferior a 7 dies.
- Descentralització: organitzar l'atenció amb criteris de proximitat per a aquelles malalties prevalents que no requereixen tecnologia sofisticada per a la seva atenció.
- Resolució: caldria esperar un alt nivell de resolució en el territori propi de referència. Caldrà monitorar l'índex de resolució per equips i territoris.

Les **propostes per a la planificació territorial de l'oferta** dels serveis d'atenció especialitzada, tot tenint en compte la nova configuració organitzativa definida i la situació actual, són les següents:

- Desenvolupar la cartera de serveis en l'atenció a les malalties dermatològiques, amb la participació adequada dels diferents nivells assistencials i perfils professionals (vegeu els esquemes anteriors).
- Fer disminuir les diferències territorials en la capacitat assistencial i organització dels recursos, per tal de donar una atenció al màxim d'equitativa possible quant a accessibilitat i resultats.

Pel que fa a **recursos humans**, segons dades del CatSalut, a 30 de juny de 2008, la xarxa pública de Catalunya disposa de 2,31 especialistes en dermatologia per cada 100.000 habitants (personal equivalent amb 36 hores de dedicació setmanal).

7. Avaluació

En coherència amb els objectius plantejats, les característiques del model i els criteris de planificació, caldrà definir i compartir a escala territorial indicadors d'avaluació en les dimensions següents:

- **Accessibilitat:** temps d'espera per a primeres visites i proves diagnòstiques; distància entre el lloc de la visita i el de residència.
- **Resolució:** freqüentació de primeres visites, de visites successives i a urgències; índex de resolució en el territori.
- **Qualitat:** enquestes de satisfacció dels usuaris i professionals; percentatge de primeres visites preferents respecte a les ordinàries.

Bibliografia revisada

S'ha buscat bibliografia al PubMed mitjançant: Referral and consultation[MULTI] AND ("dermatology"[MeSH Terms] OR teledermatology OR Nurse [Text Word]) fent especial èmfasi en la teledermatologia i en la participació de la infermeria en l'assistència dermatològica. Pel que fa a la teledermatologia s'han trobat 661 referències, des de l'any 1992, de les quals s'han seleccionat 70. Pel que fa a la participació de la infermeria en l'assistència dermatològica s'han trobat 21 referències. També s'ha buscat per "utilization review"[MeSH Terms] en dermatologia i s'han trobat 21 referències. No s'han trobat dades de freqüentació o utilització de serveis.

Teledermatologia

Kalia S and Haiducu ML. The burden of skin disease in the United States and Canada. *Dermatol Clin.* 2012;30(1):5,18, vii.

Burdick AE and Simmons SC. The teledermatology train is coming: get on board, get out of the way, or get run over. *Cutis* 2011;88(5):213-4.

Colven R, Shim MH, Brock D and Todd G. Dermatological diagnostic acumen improves with use of a simple telemedicine system for underserved areas of South Africa. *Telemed J E Health.* 2011;17(5):363-9.

Gonzalez-Villalobos CG and Santana-Chavez LA. Experience with a "Telederma Program" in a family medicine unit. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2011;49(4):407-11.

Lam TP, Yeung CK and Lam KF. What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors? *BMC Med Educ.* 2011;11:20.

Thind CK, Brooker I and Ormerod AD. Teledermatology: a tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology. *Clin Exp Dermatol.* 2011;36 (5):489-94.

Van der Heijden JP, de Keizer NF, Bos JD, Spuls PI and Witkamp L. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol.* 2011;165(5):1058-65.

Desai B, McKoy K and Kovarik C. Overview of international teledermatology. *Pan Afr Med J.* 2010 20;6:3.

Eminovic N, Dijkgraaf MG, Berghout RM, Prins AH, Bindels PJ and de Keizer NF. A cost minimisation analysis in teledermatology: model-based approach. *BMC Health Serv Res.* 2010 25;10:251.

Ribas J, Cunha Mda G, Schettini AP and Ribas CB. Agreement between dermatological diagnoses made by live examination compared to analysis of digital images. *An Bras Dermatol.* 2010;85(4):441-7.

Van der Heijden J. Teledermatology integrated in the Dutch national healthcare system. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(5):615-6; author reply 616-9.

Van der Heijden JP, de Keizer NF, Voorbraak FP, Witkamp L, Bos JD and Spuls PI. A pilot study on tertiary teledermatology: feasibility and acceptance of telecommunication among dermatologists. *J Telemed Telecare.* 2010;16(8):447-53.

Van der Heijden JP, Spuls PI, Voorbraak FP, de Keizer NF, Witkamp L and Bos JD. Tertiary teledermatology: a systematic review. *Telemed J E Health.* 2010; 16(1):56-62.

Warshaw E, Greer N, Hillman Y, Hagel E, MacDonald R, Rutks I. Teledermatology for Diagnosis and Management of Skin Conditions: a Systematic Review of the Evidence. Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Health Service Research & Development Service. Washington, DC 20420, January 2010.

Whited JD. Economic analysis of telemedicine and the teledermatology paradigm. *Telemed J E Health*. 2010;16(2):223-8.

Orruño Aguado E, Asua Batarrita J, Bayón Yusta JC, Gagnon Marie-Pierre. Diseño y plan de implementación de la telemedicina en áreas clínicas específicas: telemonitorización y teledermatología. Evaluación de puesta en marcha y costes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:OSTEBA N.o 2007/03.

Bos JD, Schram ME and Mekkes JR. Dermatologists are essential for quality of care in the general practice of medicine. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100 Suppl 1:101-5.

Goulding JM, Levine S, Blizard RA, Deroide F and Swale VJ. Dermatological surgery: a comparison of activity and outcomes in primary and secondary care. *Br J Dermatol*. 2009; 161(1):110-4.

Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Ruiz-de-Casas A, Nieto-Garcia A, Moreno-Alvarez P, Galdeano R. et al. Economic evaluation of a store-and-forward teledermatology system for skin cancer patients. *J Telemed Telecare* 2009;15(1):40-5.

Eminovic N, de Keizer NF, Wyatt JC, ter Riet G, Peek N, van Weert HC. et al. Teledermatologic consultation and reduction in referrals to dermatologists: a cluster randomized controlled trial. *Arch Dermatol*. 2009; 145(5):558-64.

Silva CS, Souza MB, Duque IA, de Medeiros LM, Melo NR, Araujo Cde A. et al. Teledermatology: diagnostic correlation in a primary care service. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(5):489-93.

Silverberg NB. Teledermatology: the next frontier. *Cutis* 2009;84(5):241-2.

Warshaw EM, Lederle FA, Grill JP, Gravely AA, Bangerter AK, Fortier LA. et al. Accuracy of teledermatology for nonpigmented neoplasms. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(4):579-88.

Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E. et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;8(4):CD005471.

Finch T. Teledermatology for chronic disease management: coherence and normalization. *Chronic Illn*. 2008;4(2):127-34.

George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H. et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial. *Health Technol Assess*. 2008;12(23):iii,iv, ix-38.

Maisey S, Steel N, Marsh R, Gillam S, Fleetcroft R and Howe A. Effects of payment for performance in primary care: qualitative interview study. *J Health Serv Res Policy* 2008;13(3):133-9.

Massone C, Wurm EM, Hofmann-Wellenhof R and Soyer HP. Teledermatology: an update. *Semin Cutan Med Surg*. 2008;27(1):101-5.

Muir J and Lucas L. Tele-dermatology in Australia. *Stud Health Technol Inform*. 2008; 131:245-53.

Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M and Querol MA. Diagnostic agreement between primary care physicians and dermatologists in the health area of a referral hospital. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99(3):207-12.

Romero G, Cortina P and Vera E. Telemedicina y teledermatología (II): estado actual de la investigación en teleconsulta dermatológica. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2008;99:586-97.

Romero G, Cortina P and Vera E. Telemedicine and teledermatology (II): current state of research on dermatology teleconsultations. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:586-97.

- Romero G, Garrido JA and García-Arpa M. Telemedicine and Teledermatology (I): Concepts and Applications. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)* 2008;99(7):506-22.
- Armstrong AW, Dorer DJ, Lugn NE and Kvedar JC. Economic evaluation of interactive teledermatology compared with conventional care. *Telemed J E Health*. 2007;13(2):91-9.
- Courtenay M and Carey N. A review of the impact and effectiveness of nurse-led care in dermatology. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):122-8.
- English JS and Eedy DJ. Has teledermatology in the U.K. finally failed? *Br J Dermatol*. 2007;156(3):411.
- Finch TL, Mair FS and May CR. Teledermatology in the UK: lessons in service innovation. *Br.J.Dermatol*. 2007;156(3):521-7.
- Hernandez-Machin B and Suarez-Hernandez J. Reply: preliminary results of DERMATEL: prospective randomized study comparing synchronous and asynchronous modalities of teledermatology. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98(7):506-7.
- Lozzi GP, Soyer HP, Massone C, Micantonio T, Kraenke B, Fagnoli MC. et al. The additive value of second opinion teleconsulting in the management of patients with challenging inflammatory, neoplastic skin diseases: a best practice model in dermatology?. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(1):30-4.
- Mofid M, Nesbitt T and Knuttel R. The other side of teledermatology: patient preferences. *J Telemed Telecare*. 2007;13(5):246-50.
- Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Nieto-Garcia A, Carrasco R, Moreno-Alvarez P, Galdeano R et al. Store-and-forward teledermatology in skin cancer triage: experience and evaluation of 2009 teleconsultations. *Arch Dermatol*. 2007;143(4):479-84.
- Pak H, Triplett CA, Lindquist JH, Grambow SC and Whited JD. Store-and-forward teledermatology results in similar clinical outcomes to conventional clinic-based care. *J Telemed Telecare*. 2007;13(1):26-30.
- Bowns IR, Collins K, Walters SJ and McDonagh AJ. Telemedicine in dermatology: a randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2006;10(43):iii,iv, ix-xi, 1-39.
- Knol A, Damstra RJ, van den Akker TW and de Haan J. Initiatives to increase the efficiency of dermatological patient care. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006;150(45):2514-5; author reply 2515.
- Knol A, Van den Akker TW, Damstra RJ and de Haan J. Teledermatology reduces the number of patient referrals to a dermatologist. *J Telemed Telecare* 2006;12(2):75-8.
- Massone C, Soyer HP, Hofmann-Wellenhof R, Di Stefani A, Lozzi GP, Gabler G et al. Two years' experience with Web-based teleconsulting in dermatology. *J Telemed Telecare* 2006;12(2):83-7.
- Romero G, García M, Vera E, Martínez C, Cortina P, Sánchez P et al. Resultados preliminares de DERMATEL: estudio aleatorizado prospectivo comparando modalidades de teledermatología síncrona y asíncrona. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2006;97(10):630-6.
- Van de Kerkhof PC. Initiatives to increase the efficiency of dermatological patient care. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006;150(34):1873-6.
- Whited JD. Teledermatology research review. *Int J Dermatol*. 2006;45(3):220-9.
- Casanova JM, Butí M, Martí RM, Baradad M, Riba D, Freixanet P. "Teledermatología". *Medicina Cutan Iber Lat Am*. 2005; 33(2):53-64.
- Klaz I, Wohl Y, Nathansohn N, Yerushalmi N, Sharvit S, Kochba I. et al. Teledermatology: quality assessment by user satisfaction and clinical efficiency. *Isr Med Assoc J*. 2005;7(8):487-90.
- Pak HS. Implementing a teledermatology programme. *J Telemed Telecare* 2005;11(6):285-93.

- Schaffernack I. Legal aspects of teledermatology. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2005;3(7):566-8.
- Hockey AD, Wootton R and Casey T. Trial of low-cost teledermatology in primary care. *J Telemed Telecare.* 2004;10 Suppl 1:44-7.
- Cipolat C, Bader U, Ruffli T and Burg G. Teledermatology in Switzerland. *Curr Probl Dermatol.* 2003;32:257-60.
- Hicks LL, Boles KE, Hudson S, Kling B, Tracy J, Mitchell J et al. Patient satisfaction with teledermatology services. *J Telemed Telecare.* 2003;9(1):42-5.
- Pak HS, Harden D, Cruess D, Welch ML, Poropatich R and National Capital Area Teledermatology Consortium. Teledermatology: an intraobserver diagnostic correlation study, part I. *Cutis.* 2003;71(5):399-403.
- Einecke U. Minor skin diseases. What the general practitioner can do. *MMW Fortschr Med.* 2002;144(14):12-4.
- Ekholm E. Teledermatology saves both time and money. Better utilization of physicians, shorter waiting lists. *Lakartidningen* 2002;99(41):4044-6.
- Oliveira MR, Wen CL, Neto CF, Silveira PS, Rivitti EA and Bohm GM. Web site for training nonmedical health-care workers to identify potentially malignant skin lesions and for teledermatology. *Telemed J E Health.* 2002;8(3):323-32.
- Lamminen H, Lamminen J, Ruohonen K and Uusitalo H. A cost study of teleconsultation for primary-care ophthalmology and dermatology. *J Telemed Telecare* 2001;7(3):167-73.
- Morrison A, O'Loughlin S and Powell FC. Suspected skin malignancy: a comparison of diagnoses of family practitioners and dermatologists in 493 patients. *Int J Dermatol.* 2001;40(2):104-7.
- Taylor P, Goldsmith P, Murray K, Harris D and Barkley A. Evaluating a telemedicine system to assist in the management of dermatology referrals. *Br J Dermatol.* 2001;144(2):328-33.
- Bergmo TS. A cost-minimization analysis of a realtime teledermatology service in northern Norway. *J Telemed Telecare.* 2000;6(5):273-7.
- Loane MA, Bloomer SE, Corbett R, Eedy DJ, Hicks N, Lotery HE. et al. A comparison of real-time and store-and-forward teledermatology: a cost-benefit study. *Br J Dermatol.* 2000;143(6):1241-7.
- Moseng D. Teledermatology--experiences from Northern Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2000;120(16):1893-5.
- Phillips CM, Burke WA, Bergamo B and Mofrad S. Review of teleconsultations for dermatologic diseases. *J Cutan Med Surg.* 2000;4(2):71-5.
- Gilmour E, Campbell SM, Loane MA, Esmail A, Griffiths CE, Roland MO. et al. Comparison of teleconsultations and face-to-face consultations: preliminary results of a United Kingdom multicentre teledermatology study. *Br J Dermatol.* 1998;139(1):81-7.
- Burgiss SG, Julius CE, Watson HW, Haynes BK, Buonocore E and Smith GT. Telemedicine for dermatology care in rural patients. *Telemed J.* 1997;3(3):227-33.
- Federman DG and Kirsner RS. The abilities of primary care physicians in dermatology: implications for quality of care. *Am J Manag Care* 1997;3(10):1487-92.
- Zelickson BD and Homan L. Teledermatology in the nursing home. *Arch Dermatol.* 1997;133(2):171-4.
- Bartunek CK, Brodell LP and Brodell RT. The skin and the eye: a multidisciplinary approach. *Dermatol Nurs.* 1996;8(4):263,7, 271-9, 284.
- Brooks GJ, Ashton RE and Pethybridge RJ. DERMIS: a computer system for assisting primary-care physicians with dermatological diagnosis. *Br J Dermatol.* 1992;127(6):614-9.

Infermeria

Desborough J, Forrest L and Parker R. Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. *J Adv Nurs*. 2012;68(2):248-63.

Courtenay M, Carey N, Stenner K, Lawton S and Peters J. Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *Br J Dermatol*. 2011;164(2):396-401.

Ersser SJ, Kaur V, Kelly P, Langoen A, Maguire SA, Nicol NH. et al. The contribution of the nursing service worldwide and its capacity to benefit within the dermatology field. *Int J Dermatol*. 2011;50(5):582-9.

Carey N, Stenner K and Courtenay M. Stakeholder views on the impact of nurse prescribing on dermatology services. *J Clin Nurs*. 2010;19(3-4):498-506.

Courtenay M, Carey N and Stenner K. Nurse prescriber-patient consultations: a case study in dermatology. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1207-17.

Eedy DJ, Griffiths CE, Chalmers RJ, Ormerod AD, Smith CH, Barker JN. et al. Care of patients with psoriasis: an audit of U.K. services in secondary care. *Br J Dermatol*. 2009;160(3):557-64.

Daus L. Give them a hand: patients with hand and foot psoriasis require special attention. *Dermatol Nurs*. 2008;20(4):291-3.

Furfaro T, Bernaix L, Schmidt C and Clement J. Nurse practitioners' knowledge and practice regarding malignant melanoma assessment and counseling. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(7):367-75.

Hinton D. Making a difference in patient care. *Dermatol Nurs*. 2008;20(5):400.

Phelan DL and Heneghan M. A survey of skin cancer screening practices among dermatology nurses. *Dermatol Nurs*. 2008;20(5):357-64.

Courtenay M and Carey N. A review of the impact and effectiveness of nurse-led care in dermatology. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):122-8.

Courtenay M, Carey N and Burke J. Independent extended nurse prescribing for patients with skin conditions: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2007;16(7):1247-55.

Goyal NN and Colver GB. Development of a diagnostic role for a clinical nurse specialist. *Br J Dermatol*. 2007;156(5):1060-1.

Parrish F. Front end/back end: the importance of communication. *Dermatol Nurs*. 2007;19(4):379.

Courtenay M and Carey N. Nurse-led care in dermatology: a review of the literature. *Br J Dermatol*. 2006;154(1):1-6.

Courtenay M, Carey N and Burke J. Preparing nurses to prescribe medicines for patients with dermatological conditions. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):698-707.

Hofmann-Wellenhof R, Salmhofer W, Binder B, Okcu A, Kerl H and Soyer HP. Feasibility and acceptance of telemedicine for wound care in patients with chronic leg ulcers. *J Telemed Telecare* 2006;12 Suppl 1:15-7.

Lindblad AK, Kjellgren KI, Ring L, Maroti M and Serup J. The role of dermatologists, nurses and pharmacists in chronic dermatological treatment: patient and provider views and experiences. *Acta Derm Venereol*. 2006;86(3):202-8.

Wong FK and Chung LC. Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *J Adv Nurs*. 2006;53(3):358-69.

Kernick D, Cox A, Powell R, Reinhold D, Sawkins J and Warin A. A cost consequence study of the impact of a dermatology-trained practice nurse on the quality of life of primary care patients with eczema and psoriasis. *Br J Gen Pract*. 2000;50(456):555-8.

Lawton S. The nurse's contribution to the care of dermatology patients. *Community Nurse* 2000;6(6):35-6.

Adequació de l'atenció ("Utilization Review ")

Holme SA, Scott-Lang VE, Ooi ET, Matthews AG, Darling MI, Needham D. et al. The south-east Scotland dermatology workload study: 30 years' analysis. *Br J Dermatol.* 2012;167(1):123-30.

Voss H, Elsner P, Fartasch M, Kollner A, Richter G, Rothe A. et al. 10 years quality assurance of the dermatologist's procedure. ABD review board part II: 2003-2009. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9(1):42-6.

Augustin M, Blome C, Rustenbach SJ, Reusch M and Radtke M. Routine skin cancer screening in Germany: First data on the impact on health care in dermatology. *J Dtsch Dermatol.Ges.* 2010;8(9):674-80.

Davila M, Christenson LJ and Sontheimer RD. Epidemiology and outcomes of dermatology in-patient consultations in a Midwestern U.S. university hospital. *Dermatol Online J.* 2010;16(2):12.

Sun A, Lanier R and Diven D. A review of the practices and results of the UTMB to South Pole tele dermatology program over the past six years. *Dermatol Online J.* 2010;16(1):16.

Van der Heijden JP, Spuls PI, Voorbraak FP, de Keizer NF, Witkamp L and Bos JD. Tertiary teledermatology: a systematic review. *Telemed J E Health.* 2010;16(1):56-62.

Kunte C, Pfutzner W, Kerschenlohr K and Konz B. Dermatology - a surgical discipline - as exemplified by surgical procedures at the Hospital of Munich Thalkirchner Strasse. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008;6(7):555-61.

Adams BB and Gloster HM. Institutional review board use among dermatology researchers. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(2):346.

Chung P, Yu T and Scheinfeld N. Using cellphones for teledermatology, a preliminary study. *Dermatol Online J.* 2007;13(3):2.

Eminovic N, de Keizer NF, Bindels PJ and Hasman A. Ten years of teledermatology. *Stud Health Technol Inform.* 2006;124:362-7.

Castaldi S, Ferrari MR, della Croce F, Carminati G, Bombardieri G and Auxilia F. Evaluation of the appropriateness of hospital use: the case of IRCCS Ospedale Maggiore di Milano, Italy. *Ann Ig.* 2005;17(4):297-306.

Burrows N, Norris P and Loo WJ. Clinical management where medicine meets management. More than skin deep. *Health Serv J.* 2004;114(5928):24-5.

Stern RS. Dermatologists and office-based care of dermatologic disease in the 21st century. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004;9(2):126-30.

Wenk C and Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. *Pediatr Dermatol.* 2003;20(6):482-7.

Goldblum OM. Practical applications of hand-held computers in dermatology. *Semin Cutan Med Surg.* 2002;21(3):190-201.

Lowell BA, Froelich CW, Federman DG and Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(2):250-5.

Baker KE. Will a physician assistant improve your dermatology practice? *Semin Cutan Med Surg.* 2000;19(3):201-3.

Fleischer AB,Jr, Herbert CR, Feldman SR and O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care* 2000;6(10):1149-56.

Bottomley WW and Cotterill JA. An audit of the factors involved in new patient non-attendance in a dermatology out-patient department. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19(5):399-400.

Chren MM. Dermatologic consultations--how can we know if we are effective? Initial methodologic considerations for the critical assessment of medical interventions performed by physicians. Arch Dermatol. 1994;138(8):1052-4.

Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, Liang G. et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. Arch Dermatol. 1994;130(8):1022-5.