



NVDV-Standpunt

Digitale consulten dermatologie

L.B.E. Kienhorst¹, A. Galimont-Collen¹, H. Martens¹, D. Vellinga¹, R.I.F. van der Waal¹, M. Wakkee¹, E. Kramer²

Regelmatig brengt men nieuwe initiatieven op het gebied van digitale consulten bij de NVDV onder de aandacht, voornamelijk vanuit commerciële partijen. Het betreft zowel verzekerde als onverzekerde zorg en zowel teledermatologie, meekijkconsulten als tweedelijns medisch specialistische zorg. Het primaire doel van dit standpunt is het waarborgen van de kwaliteit van zorg bij deze initiatieven. Dit standpunt is bedoeld voor dermatologen in Nederland. Het standpunt is opgebouwd op basis van enkele uitgangsvragen.

UITGANGSVRAAG 1: JURIDISCHE KADERS

Algemene randvoorwaarden

Belangrijk om te weten is dat men aan digitale consulten in het algemeen meer eisen stelt dan aan een fysiek consult. Hieronder wordt ingegaan op de diverse randvoorwaarden.

In dit standpunt verstaan we onder een digitaal consult een consult waarbij op afstand (zonder fysiek contact) een patiënt een persoonlijk, op die patiënt toegespitst, advies krijgt van een arts. In dat geval komt er ook een geneeskundige behandelovereenkomst tot stand (of bestond deze al voorafgaand aan het digitale consult). Bij een behandelovereenkomst geldt de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en vloeien hier dezelfde wettelijke plichten uit voort als bij een fysiek consult, zoals een informatieplicht, dossierplicht en bewaarplicht. Bij de informatieplicht moet bij digitale consulten worden meegewogen dat bij een fysiek consult doktersassistenten of verpleegkundigen vaak een deel van deze informatie doorgeven. Dezelfde kwaliteit informatie moet men ook bij digitale consulten realiseren.

Verplichtingen

Een zorgverlener die digitale consulten aanbiedt moet voldoen aan de eisen uit art. 3:15d van het Burgerlijk Wetboek (BW). Daarin is opgenomen dat hij aan de patiënt duidelijk maakt met welke relevante richtlijnen men werkt en wat de tarieven zijn. Verder moet het voor de patiënt duidelijk zijn of het verzekerde dan wel onverzekerde zorg betreft.

Bij verzekerde zorg, dat wil zeggen zorg gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet, moet de organisatie een Wet toelating zorginstellingen (WTZi) toelating hebben en voldoen aan de vereisten van de Zorgverzekeringswet om de geleverde zorg te kunnen declareren bij een zorgverzekeraar. Dat betekent ook dat er een verwijzing door een huisarts of specialist noodzake-

lijk is. Als een patiënt verwezen is, dient terugkoppeling naar de verwijzer plaats te vinden. Hierbij mag men uitgaan van veronderstelde toestemming van de patiënt voor deze terugkoppeling op basis van diverse tuchtuitspraken). [1]

Bij onverzekerde zorg moet de prestatie en het tarief vooraf duidelijk zijn voor de patiënt. Er is geen verwijzing noodzakelijk. Voor terugkoppeling naar de huisarts is toestemming van de patiënt nodig als er geen verwijzing is.

Iedere BIG geregistreerde zorgverlener, ongeacht of dit verzekerde of onverzekerde zorg betreft, moet voldoen aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Dit wil zeggen dat er onder meer een klachtenfunctionaris moet zijn en dat de zorgverlener aangesloten moet zijn bij een wettelijke geschilleninstantie.

Bij een digitaal consult moet de zorgverlener de identiteit van de patiënt vaststellen [1]. Dit geldt voor een eerste consult en op elk ander moment dat het redelijkerwijs nodig is om te controleren of het BSN betrekking heeft op de betreffende patiënt. Een wilsonbekwame patiënt of een patiënt onder de 16 jaar moet het online consult, evenals bij een fysiek consult, samen met zijn respectievelijk wettelijk vertegenwoordiger of ouder voeren. Ook de identiteit van de zorgverlener moet, net zoals bij een fysiek consult, duidelijk zijn (vermelding BIG nummer). Bij een digitaal consult zijn hieraan extra eisen gesteld voor de instelling op grond van art. 3:15d BW, namelijk naam, emailadres, postadres, bezoekadres, en de BIG-titel en –registratienummer en de beroepsvereniging waar de betreffende arts bij is aangesloten [1].

De KNMG Richtlijn Omgaan met Medische Gegevens geeft een overzicht van algemene regels voor het elektronisch uitwisselen van gegevens.

¹ Dermatoloog

² Directeur NVDV

Het omgaan met medische gegevens vereist extra zorgvuldigheid, op basis van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Dit geldt net zo goed voor een digitaal consult als voor een fysiek consult. Het gebruikte communicatiemiddel moet veilig zijn. Een digitale zorgtoepassing wordt gezien als medisch hulpmiddel voor diagnosestelling of behandeling. Als het een meetfunctie heeft, valt het onder medische hulpmiddelen. Op de website van CE Tool Medische hulpmiddelen kan men zien of een zorginnovatie een medisch hulpmiddel is, in welke klasse deze innovatie valt en wat de procedures voor certificering vervolgens zijn.

Specifieke kaders

In de dermatologie gaat het bij digitale consulten in de meeste gevallen om beoordeling van (dermatoscopische) foto's met hierbij een beknopte anamnese, voorgeschiedenis en medicatiegebruik. Dit zijn 4 categorieën: (1) patiënten bij wie de verwijzer de dermatoloog om advies vraagt, (2) patiënten die naar de dermatoloog worden verwezen ('nieuwe patiënten') voor nadere diagnostiek en behandeling, (3) controlepatiënten van de dermatoloog, en (4) nuldelijnspatiënten die zelf zonder de huisarts te hebben geconsulteerd de dermatoloog om advies vragen.

De NVDV ziet een aantal verschillen tussen deze groepen.

- Bij patiënten bij de wie huisarts of specialist de dermatoloog om advies vraagt, kent de verwijzer over het algemeen de voor- en nadelen van digitale consulten (zie ook NHG-checklist e-consult) en hij kent de patiënt. Het is dan aan de verwijzer om een inschatting te maken of de zorgvraag geschikt is voor een digitaal advies. Ook kan hij andere zaken laten meewegen, zoals de voorkeur van een patiënt om niet zijn eigen risico aan te spreken of de voorkeur van een patiënt om niet naar het ziekenhuis te hoeven. Het moet voor beide partijen duidelijk zijn dat de dermatoloog in geval van teledermatologie geen hoofdbehandelaar is (met vermelding in overeenkomst met digitale zorgleverancier).
- Bij patiënten die naar de dermatoloog zijn verwezen ('nieuwe patiënten') stuurt de verwijzende arts een verwijfsbrief met noodzakelijke informatie. Ook heeft de verwijzende arts al getrieerd wat de urgentie van het probleem is en vaak al een werkdiagnose opgesteld. Daarmee kan de dermatoloog een goede inschatting maken of de zorgvraag van deze patiënt geschikt is voor een digitaal consult.
- Bij controlepatiënten van de dermatoloog is er een dermatologische diagnose en kent de dermatoloog de patiënt. Daarbij kan de dermatoloog inschatten of de zorgvraag van de patiënt geschikt is voor een digitaal consult en ook of de patiënt daarvoor geschikt is.
- Nuldelijnspatiënten die zonder de huisarts geconsulteerd te hebben advies vragen zijn het meest kwetsbaar. Dit zijn bijvoorbeeld de apps of websites waarbij een patiënt een vragenlijst invult en een foto meestuurt. Voor deze patiëntencategorie zal het lastiger zijn te voldoen aan de kwaliteitseisen en kaders in dit standpunt.

In alle gevallen stelt de NVDV de volgende voorwaarden voor een digitaal consult, naast de juridische kaders. Zie ook [4].

- Het digitale consult wordt uitgevoerd door een dermatoloog. De taakherschikker kan alleen worden ingezet voor

digitale consulten in het kader van controlepatiënten binnen hun specifieke aandachtsgebied.

- Goede patiëntselectie vindt plaats. Bijvoorbeeld ouderen die niet de digitale vaardigheden hebben of daar niet iemand voor kunnen inschakelen zijn minder geschikt. Een digitaal consult met wilsonbekwamen of kinderen onder de 16 jaar kan, evenals bij een fysiek consult, alleen samen met de wettelijk vertegenwoordiger en/of ouder.
- Adequate voorlichting en informatie aan de patiënt en verwijzer wordt gegeven. Inclusief uitleg over welke vragen wel en niet gesteld kunnen worden via een digitaal consult, dat medische beoordeling alleen op basis van foto's en verstrekte informatie kan plaatsvinden, dat er een verschil in accuraatheid tussen digitaal consult en fysiek consult kan zijn, de risico's en beperkingen van een digitaal consult en de responstijd voor beantwoording van het consult.
- Adequate technologie, omgeving en praktijk zijn aanwezig om kwaliteit en privacy te waarborgen. Dat geldt ook voor documentatie en opslag van medische dossiers inclusief foto's. Voldoende kwaliteit van klinische informatie en foto's levert de patiënt of verwijzer aan. Dit speelt vooral bij nuldelijnspatiënten die de huisarts niet hebben geconsulteerd. De dermatoloog moet daarbij volledig varen op de aangeleverde informatie van de patiënt en heeft hierbij niet de beschikking over de relevante informatie uit het al eerder aangelegde medisch dossier. Bij foto's dient zowel een overzichtsfoto als een detailfoto meegestuurd te worden, ook bij teledermatologie.
- Er moet altijd de mogelijkheid zijn voor de patiënt om een digitaal consult om te zetten in een fysiek consult. Ook moet de patiënt in geval van spoed buiten kantooruren contact op kunnen nemen met een dienstdoende dermatoloog. De dermatoloog kan deze spoedzorg zelf organiseren of samenwerkingsafspraken maken met een andere zorginstelling.

UITGANGSVRAAG 2: WELKE ZORGVRAAG IS GESCHIKT?

De NVDV vindt dat digitale consulten in elk geval toegepast kunnen worden bij de volgende zorgvragen, mits aan bovenstaande randvoorwaarden wordt voldaan.

- Nieuwe en/of controlepatiënten met laagcomplexen, niet-spoedeisende zorgvragen zoals acne vulgaris.
- Controlepatiënten met chronische inflammatoire dermatosen zoals eczeem of psoriasis of chronisch medicatiegebruik zoals methotrexaat of biologicals.

De NVDV vindt dat op dit moment digitale consulten in elk geval niet toegepast kunnen worden bij de volgende zorgvragen.

- Patiënten bij wie een volledig huidonderzoek geïndiceerd is.
- Een nieuwe patiënt met een spoedeisende zorgvraag
- Terughoudendheid met teledermatologie bij gepigmenteerde laesies. Zie uitgangsvraag #3.

UITGANGSVRAAG 3: WELK TYPE ZORGVRAAG IS (ON)GESCHIKT VOOR TELEDERMATOSCOPIE?

Teledermatologie is het verzenden van dermatoscopische

foto's via de digitale weg. Dit gebeurt in de meeste gevallen door een huisarts. Echter, de mogelijkheid om dit door patiënten te laten doen is ook aanwezig. Voor nu richten we ons op de teledermatoscopie consulten vanuit de zorgprofessional aan de dermatoloog gericht.

De NVDV vindt dat op dit moment teledermatoscopie van meerwaarde kan zijn als ondersteuning bij niet-gepigmenteerde laesies.

De NVDV vindt dat op dit moment er nog onvoldoende ondersteunend bewijs is voor de meerwaarde van teledermatoscopie van gepigmenteerde laesies. Hoewel het van meerwaarde kan zijn, zijn enkele kanttekeningen op zijn plaats:

- Hoewel in een systematische review van kleine studies blijkt dat teledermatoscopie goed in staat is om maligne laesies te identificeren (sens. 95% en spec. 84%), varieerden deze uitkomsten meer bij melanomen en atypisch melanocyttaire proliferaties met een sensitiviteit 59-100% en een specificiteit van 30-100%). [2] Op basis van deze kleine, lastig te vergelijken studies wordt dan ook geadviseerd eerst prospectieve, grote, pragmatische studies uit te voeren alvorens een definitieve uitspraak te doen over de diagnostische accuratesse van teledermatoscopie op het gebied van gepigmenteerde afwijkingen.
- Ook in de praktijk zijn de teledermatologen terughoudend het beoordelen van maligne en zeker gepigmenteerde afwijkingen. Zeker bij deze laatste groep, wordt laagdrempelig geadviseerd dat men een patiënt moet insturen voor een beter oordeel, hetgeen de kosteneffectiviteit beïnvloedt en het daarmee minder zinvol kan maken.

In het algemeen dient bij het gebruik van teledermatoscopie te worden voldaan aan de volgende voorwaarde: stuur met teledermatoscopische foto's ook altijd macroscopische foto's en een detail opname van de laesie mee.

TELEDERMATOSCOPIE IN DE TOEKOMST

In de nabije toekomst zal de teledermatoscopie zich naar verwachting verder ontwikkelen. Zo zijn er inmiddels al digitale dermatoscopen (onder andere MoleScope) waarbij beoordeling van de gemaakte afbeeldingen binnen een platform gebeurt met de inzet van kunstmatige intelligentie (<https://www.dermengine.com/>). Zo lijken deze algoritmes inmiddels de diagnostische accuratesse van de dermatologen te evenaren of zelfs passeren. [3] De patiënt kan zelfs dit algoritme gebruiken via een digitale applicatie, of dit kan de huisarts ondersteunen met behulp van een teledermatoscopisch algoritme op een slimme dermatoscoop. De NVDV volgt de ontwikkelingen op de voet en zal wanneer nodig dit standpunt herzien.

LITERATUUR

1. KNMG. Richtlijn Omgaan met medische gegevens. Utrecht, mei 2021. <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/vernieuwd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens.htm>.
2. Chuchu N, Dinnes J, Takwoingi Y, et al. Cochrane skin cancer diagnostic test accuracy gGroup. Teledermatology for diagnosing skin cancer in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Dec 4;12(12):CD013193. doi: 10.1002/14651858.CD013193. PMID: 30521686; PMCID: PMC6517019.
3. Haenssle HA, Fink C, Schneiderbauer R, et al. Man against machine: diagnostic performance of a deep learning convolutional neural network for dermoscopic melanoma recognition in comparison to 58 dermatologists. *Ann Oncol.* 2018 Aug 1;29(8):1836-1842. doi: 10.1093/annonc/mdy166. PMID: 29846502.
4. Abbott LM, Miller R, Janda M, et al. Practice guidelines for teledermatology in Australia. *Australas J Dermatol.* 2020; 61:e293-e302. <https://doi.org/10.1111/ajd.13301>.

CORRESPONDENTIEADRES:

Laura Kienhorst

E-mail: laura_kienhorst@yahoo.com