

Wat te verwachten bij het onverwachte



Wulphert Venderink

De meeste tuchtklachten waarbij de radiologie betrokken is, hebben te maken met discrepanties (achteraf onjuiste of gemiste diagnose) of met miscommunicatie. Bij miscommunicatie gaat het vooral over aanvragers die een uitslag niet of onvoldoende lezen. In deze editie van Radioloog & Recht een tuchtzaak tegen een chirurg die een klacht heeft ontvangen omdat hij besloot een uitslag niet direct, maar pas na het weekend met een patiënt te bespreken.

De radiologie heeft een belangrijke rol gespeeld in deze zaak. Daarom is het goed om dit dossier te bespreken. Omdat de klacht is gericht tegen een chirurg, is de informatie over de radiologische verslaglegging en het handelen van de radiologen beperkt te herleiden.^{1,2} Naar aanleiding van deze casus sta ik vooral stil bij de verschillen tussen nevenbevindingen, onverwachte bevindingen en belangrijke bevindingen.

De zaak in het kort

Op 19 april 2023 is patiënte geopereerd aan het pancreas vanwege een tumor. Postoperatief ontstond een lekkage bij het snijvlak, waarvoor zij conservatief is behandeld. Na ontslag op 3 mei werd zij op 15 mei opnieuw opgenomen wegens malaise. Een CT scan bevestigde een persisterende lekkage, waarop de behandeling gericht was op drainage. Het herstel verliep moeizaam en er zijn gedurende de opname meerdere CT scans gemaakt.

Op 14 juni 2023 is een CT scan gemaakt, waarbij de radioloog in de conclusie een verdenking op tumorprogressie/recidief heeft beschreven. Deze bevinding werd binnen het behandelteam niet besproken en is niet gecommuniceerd met patiënte of haar familie. Vijf dagen later, op 19 juni, werd een CT-scan herhaald. Nu werd de eerdergenoemde verdenking op tumorprogressie niet beschreven.

Op 23 juni werd opnieuw een CT scan gemaakt vanwege bloedverlies via de drains. In het verslag van de radioloog werd nu wel weer gesproken over een 'suggestief beeld van tumorrecidief'. De chirurg (verweerder) werd op zijn vrije dag op vrijdag telefonisch geïnformeerd door het behandelend team. Hij verzocht zijn collega's de uitslag in het weekend nog niet met patiënte en familie te bespreken omdat hij dit zelf wilde doen, na het weekend, op 26 juni. In het weekend probeerde de familie, op advies van het team, patiënte te mobiliseren terwijl zij ernstig ziek was.

Op 26 juni werd de verdenking op het recidief met patiënte en familie besproken en werd de curatieve behandeling gestaakt. Patiënte werd op 27 juni overgeplaatst naar een hospice waar zij de volgende dag overleed.

De uitspraak

De nabestaanden van patiënte verwijten de chirurg dat hij onjuiste informatie heeft verstrekt omdat hij de scan niet tijdig heeft besproken, waardoor patiënte zeer ernstig extra heeft geleden. In eerste aanleg is de klacht door het Regionaal Tuchtcollege te 's-Hertogenbosch ongegrond verklaard. In hoger beroep verklaarde het Centraal Tuchtcollege (CTG) de klacht alsnog gegrond, maar werd er geen maatregel opgelegd. Het werd de chirurg verweten dat hij besloot om de verdenking op tumorrecidief pas op maandag met patiënte en familie te bespreken. Hoewel het CTG begrijpt dat hij dit deed vanuit zijn verantwoordelijkheid als hoofdbehandelaar, oordeelt het dat hij hiermee onvoldoende rekening

Beloop

19 april	Pancreaschirurgie met nadien lekkage pancreas	
3 mei	Ontslag uit het ziekenhuis	
15 mei	Heropname + CT-scan	CT-scan: 'Verdenking aanhoudende lekkage'
14 juni	CT-scan	CT-scan: 'Verdacht voor tumorprogressie/recidief'
19 juni	CT-scan	CT-scan: Verdenking recidief wordt niet benoemd
23 juni	CT-scan	CT-scan: 'Suggestief beeld van tumorrecidief'
26 juni	Behandeling gestaakt en drains verwijderd	
27 en 28 juni	Op 27 juni overplaatsing naar hospice en een dag later overleden	

¹ RTG 's-Hertogenbosch 27 november 2024. ECLI:NL:TGZRSHE:2024:133.

² CTG 22 oktober 2025. ECLI:NL:TGZCTG:2025:166.

hield met het grote belang van deze informatie. De uitslag betekende namelijk dat: 1) curatieve behandeling niet meer mogelijk was en 2) de belastende behandeling gericht op de lekkage niet langer zinvol was.

‘Een bevinding moet onverwacht zijn, maar bovendien relevant en potentieel ernstig nadelig voor de patiënt’

De chirurg instrueerde de dienstdoende artsen om deze cruciale informatie niet met patiënte en haar familie te delen. Daardoor kregen zij in het weekend alleen informatie over de lekkage, terwijl de familie herhaaldelijk naar de scanuitslagen vroeg. Volgens het CTG had de chirurg ervoor moeten zorgen dat patiënte zo snel mogelijk, desnoods door een collega, werd geïnformeerd. Dan had het behandelbeleid direct kunnen worden aangepast om haar meer comfort te bieden.

Bespreking

In deze casus werd patiënte gemonitord vanwege postoperatieve complicaties. Al na twee maanden werd bij deze patiënte van een verdenking op recidief gesproken. Hoewel een tumorrecidief na oncologische pancreaschirurgie natuurlijk niet erg opmerkelijk is, is de snelheid waarmee deze verdenking werd uitgesproken dat wel. Na pancreaschirurgie zijn vaak wekedelenafwijkingen zichtbaar op de locatie waar voorheen de pancreastumor heeft gezeten. Onderscheid maken tussen postoperatieve veranderingen of rest of recidief zo kort na een operatie is erg lastig, vooral bij een gecompliceerd verloop zoals bij deze patiënte. Waar ik me in deze casus op wil richten, is de vraag of deze bevinding volgens de Leidraad Onverwachte Bevindingen NVvR als onverwacht zou gelden.

Onverwachte bevinding

Hoewel in de leidraad zwart op wit staat op welke wijze en binnen welke termijn

onverwachte bevindingen moeten worden doorgegeven, lijkt de praktijk vaak complexer te zijn.³ De leidraad beoogt te borgen dat onverwachte bevindingen tijdig en adequaat worden gecommuniceerd met de aanvrager. De leidraad om-

schrijft een onverwachte bevinding als ‘een bevinding bij beeldvormend onderzoek die relevant en onverwacht is binnen de medische context van de patiënt en waarbij vertraging in de communicatie met de aanvrager kan resulteren in ernstige nadelige gevolgen voor de patiënt’. Taalkundig is een ‘onverwachte bevinding’ natuurlijk veel eenvoudiger dan de beschrijving hierboven. Want iedere bevinding die je van tevoren niet voorziet, is strikt genomen een ‘onverwachte bevinding’. Maar de uitleg van het woord ‘onverwacht’ is in de leidraad toegespitst op de radiologische praktijk. Zo moet de bevinding **onverwacht**, maar bovendien **relevant** en **potentieel ernstig nadelig** voor de patiënt zijn. Dit alles binnen de medische context van de patiënt. Met name dit laatste deel van de beschrijving kan voor verwarring zorgen.

Want wanneer valt een bevinding binnen de medische context van de patiënt? In eerdere tuchtzaken is deze vraag al aan bod gekomen. Zo heeft een tuchtcollege in 2016 geoordeeld dat een persistente verdichting verdacht voor een longtumor op een controlefoto na een

pneumonie *geen* nevenbevinding is.^{4,5} Het tuchtcollege oordeelde dat ‘een belangrijke reden voor het aanvragen van een x-thorax na een longontsteking het uitsluiten van een mogelijke maligniteit is’. Het tuchtcollege vond wel dat er sprake was van een belangrijke bevinding. Een iets recenter voorbeeld is een tuchtzak uit 2019 waarbij een schil subduraal hematoom van 4 mm zichtbaar was op een CT-cerebrum die werd gemaakt bij een patiënt na een val.⁶ Het tuchtcollege oordeelde dat er wel sprake was van een belangrijke bevinding, maar dat er *geen* sprake was van een kritieke bevinding zoals in de leidraad is gedefinieerd.⁷

Belangrijke bevindingen

In beide tuchtzaken oordeelden de tuchtcolleges dat er weliswaar sprake was van een belangrijke bevinding, maar dat er geen sprake was van een nevenbevinding of kritieke bevinding. De tuchtcolleges riepen in beide zaken de NVvR op om na te denken over de vraag hoe in de toekomst bij belangrijke bevindingen, waarbij soms een advies wordt gegeven door de radioloog, kan worden verzekerd dat adequaat op de bevinding wordt gereageerd.

In de hierboven aangehaalde tuchtzaken werd gesproken over nevenbevindingen en over kritieke bevindingen. Die termen zijn in de huidige richtlijn vervangen door de term ‘onverwachte bevindingen’ zoals al besproken.⁸ De vraag is nu wat je moet

‘Binnen de commissie Kwaliteit laait regelmatig de discussie op: moet de huidige leidraad worden aangepast?’

doen met een belangrijke bevinding die binnen de medische context van de patiënt valt. Deze bevindingen vallen buiten de huidige richtlijn, omdat het geen onverwachte bevindingen zijn. Volgens de huidige richtlijn en volgens de tuchtcolleges kunnen deze bevindingen vol- ►

³ Leidraad Onverwachte Bevindingen, Utrecht. NVvR 2021.

⁴ RTG Amsterdam 8 november 2016. ECLI:NL:TGZRAMS:2016:64.

⁵ In die zaak gold nog de leidraad ‘Radiologische nevenbevindingen op een radiologisch onderzoek’, een voorloper van de huidige leidraad ‘Leidraad onverwachte bevindingen’.

⁶ RTG Den Haag 18 juni 2019. ECLI:NL:TGZRSGR:2019:87.

⁷ In die zaak gold nog de leidraad ‘Leidraad Kritieke Bevindingen NVvR’, een voorloper van de huidige leidraad ‘Leidraad onverwachte bevindingen’.

⁸ J.J. Visser, E.P.A. Vonken en M. de Vries. *Kritieke en onverwachte bevindingen in de radiologie: herziening van de leidraad*. Imago 2021;1:47-51.

gens de standaardwijze worden gecommuniceerd. Een standaard radiologisch verslag volstaat dus in deze gevallen. Uiteraard staat het je vrij om in zulke gevallen toch met de aanvrager te bellen of te e-mailen (met leesbevestiging).

niet uniek voor de radiologie. In 2023 stelde de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) een rapport op waarin verschillende soorten diagnosefouten in kaart zijn gebracht.⁹ Het rapport noemt als een van de meest

niet nog eenvoudiger? Als de aanvrager ons verslag gewoon zou lezen, dan is het probleem toch opgelost? Je vraagt toch niet voor niets een diagnostisch onderzoek aan?

‘De vraag is nu wat je moet doen met een belangrijke bevinding die binnen de medische context van de patiënt valt’

Aanpassing leidraad?

Toch wringt de conclusie dat je dergelijke bevindingen niet hoeft door te bellen of te e-mailen. Dat aanvragers belangrijke uitslagen of adviezen niet opvolgen, is namelijk een herhaaldelijk probleem. Binnen de commissie Kwaliteit laait regelmatig de discussie op: moet de huidige leidraad worden aangepast? Behalve de tuchtcolleges zijn er namelijk ook radiologen en recent nog een calamiteitcommissie die tegen het geschetste probleem aanlopen. Het probleem is ook

voorkomende categorieën ‘het falen dan wel vertragen van follow-up van een uitslag’. En, de oplossing lijkt heel simpel: neem ook belangrijke bevindingen op in de leidraad. Maar wat is een belangrijke bevinding? Ziekteprogressie op een CT thorax-abdomen is belangrijk. Maar stabiele ziekte is misschien wel net zo belangrijk. Een aanwezige complicatie na een ingreep is belangrijk, maar een niet-afwijkend beeld is dat ook. En de werklust die dit met zich mee zou brengen is natuurlijk onwenselijk. Is de oplossing

Terug naar de casus

In de casus van de verdenking op tumorrecidief na pancreaschirurgie kun je discussiëren of een verdenking op recidief twee maanden na OK een onverwachte bevinding is of niet. Hoewel volgens de richtlijn niet relevant, laat je in de praktijk waarschijnlijk meewegen hoe hoog de verdenking is. Een hoge verdenking op een onverwachte bevinding zul je waarschijnlijk eerder doorbellen of e-mailen dan wanneer je schrijft dat de onverwachte bevinding niet helemaal is uitgesloten.

Hoewel de richtlijn ruimte geeft voor interpretatie en niet alle situaties beschrijft die in de praktijk voorkomen, zou ik adviseren om naar analogie van de richtlijn te handelen als je twijfelt of het nodig is. ■

Wulphert Venderink

namens de commissie Kwaliteit

⁹ *Risicoprofiel diagnostisch rapport*. Utrecht. NVMM 2023.

Geautoriseerde richtlijn(modules)

Het NVvR-bestuur autoriseert richtlijn(modules) tijdens de bestuursvergadering. Deze autorisatie dient om de richtlijn te bekrachtigen en niet om nieuwe inhoudelijke discussiepunten aan te kaarten. Leden kunnen in de commentaarfase hun input leveren.

Vergadering van 9 februari

- vijf modules van de richtlijn *Colorectal carcinoom*, behorend bij het richtlijnencluster *Oncologie onderste tractus digestivus*.
Mevrouw dr. M. (Monique) Maas en mevrouw dr. M. (Marianne) de Vries vertegenwoordigen de NVvR in de richtlijnwerkgroep.
- de nieuwe richtlijnmodule *Diagnostiek van Reumatoïde Artritis (RA)*, ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Separaat is een module ontwikkeld met betrekking tot de rol van beeldvorming bij een *treat-to-targetstrategie* voor behandeling van patiënten met RA.
Mevrouw dr. M.A. (Mies) Korteweg neemt deel namens de NVvR aan de richtlijnwerkgroep.
- de nieuwe richtlijn *Strengileus*, ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH),

waarbij een aanpassing van de aanbeveling in module 3 (pag. 127-137) ten aanzien van het gebruik van MRI bij zwangere patiënten is overgenomen.

Mevrouw drs. M.W. (Wiesje) Prins-van Uden vertegenwoordigt de NVvR in de richtlijnwerkgroep.

- de nieuwe richtlijnmodule *Gebruik van pre-operatieve planningssoftware bij de richtlijn Schouderprothese*, ontwikkeld binnen het richtlijnencluster *Bovenste extremiteiten*.

De heer dr. H.J. (Henk-Jan) van der Woude neemt deel aan de clusterstuurgroep, terwijl in de clusterexpertisegroep mevrouw dr. I.D. (Iris) Kilsdonk en de heer drs. P.A. (Peter) Stroomberg zijn afgevaardigd namens de NVvR.

Vergadering van 9 maart

- herziene modules van het richtlijnencluster *Antitrombotisch beleid*, met name module 1. *Periprocedureel beleid* inclusief een gewijzigde tabel met een verdeling van procedures naar bloedingsrisico op pag. 15 en verder. Deze module vervangt: *Periprocedureel beleid bij antistolling*.
De heer drs. R.J. (Rutger) Lely is namens de NVvR lid van de expertisegroep van dit cluster.

Alle geautoriseerde richtlijnen zijn te vinden via: <https://www.radiologen.nl/kwaliteit/richtlijnen>