

TUCHTRECHTELIJKE CASUÏSTIEK

Communicatie en
het radiologisch verslag

Wulphert Venderink



Jesse Habets

In tuchtzaken tegen radiologen wordt regelmatig geklaagd over een achteraf onjuiste diagnose. Vaak wordt er dan, als kleiner klacht-onderdeel, geklaagd dat sprake is van een onjuiste of onvolledige verslaglegging. Dit artikel gaat in op verslaglegging aan de hand van ruim dertig tuchtzaken en andere vormen van (inadequate) communicatie.

De jurisprudentie rondom miscommunicatie na een kritieke bevinding is erg eenzijdig. Sinds 2011 zijn klachten ingediend tegen drie radiologen en tegen een aios over gebrekkige communicatie rondom acute vasculaire pathologie.¹ In één van deze zaken is een klacht in eerste instantie gegrond verklaard omdat de radioloog niet direct contact zocht met de aanvrager na het ontdekken van een dissectie van de aorta.² De radioloog verweerde zich onder andere met de opmerking dat het verslag binnen een half uur na de scan was afgerond.

Kritieke bevindingen

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) was van mening dat de radioloog direct contact had moeten opnemen met de aanvrager en legde de radioloog een berisping op. In hoger beroep stelde de radioloog dat hij wel direct gebeld had en hij onderbouwde dit met

In een andere zaak kreeg een radioloog een waarschuwing omdat het tuchtcollege van mening was dat er direct met een vaatchirurg contact had moeten worden gezocht, in plaats van de huisarts te bellen, bij een patiënt met pijn in de onderbuik en een aangetroffen aneurysma van 5,1 cm van de arteria iliaca communis. De pijnklachten konden namelijk wijzen op een symptomatisch aneurysma.⁴ De tuchtcolleges oordeelden in alle zaken dat kritieke bevindingen direct besproken moeten worden.

Onverwachte bevindingen

Als uitgangspunt voor de te kiezen vorm van communicatie van radiologische bevindingen, geldt dat de aanvrager van een onderzoek primair verantwoordelijk is voor de kennisneming van de uitslag. Zo is in een tuchtcasus uit 2019 door het tuchtcollege Den Haag verwezen naar de toen geldende leidraad van de NVvR:⁵ *‘De Leidraad vermeldt dat de NVvR van mening is dat de primaire verantwoordelijkheid*

ge deelt deze opvatting.’ Dit uitgangspunt werd al eerder gebezigd door de tuchtcolleges in zaken tegen radiologen maar ook tegen aanvragers.⁶

Bovenstaand citaat komt uit een casus waarin een subduraal hematoom van 4 mm dikte niet aan de aanvrager is doorgebeld. Een andere arts bekeek de klinische notities van de aanvrager maar niet de uitslag van de CT-scan, en schreef vervolgens antistollingsmedicatie voor. Hierop nam het hematoom toe en overleed patiënt uiteindelijk aan een inklemming. Het tuchtcollege oordeelde dat het hematoom niet als kritieke bevinding hoefde te worden aangemerkt, want *‘het relatief kleine hematoom was op zichzelf niet (potentieel) levensbedreigend’*. De radioloog kon volgens het tuchtcollege niet voorzien dat een dag later antistollingsmedicatie zou worden voorgeschreven.

Belangrijk of kritiek?

Het tuchtcollege noemde ook dat het hematoom niet hoefde te worden gezien als een nevenbevinding, want *‘de bevindingen pasten bij de vermelde klinische gegevens en vraagstelling’*. In casu was sprake van een *belangrijke*, maar niet van een *kritieke* bevinding of een *nevenbevinding*. Om dezelfde reden noemde een ander tuchtcollege in 2016 dat een *‘nieuwe dan wel progressieve bolronde verdichting’* op een controle X-thorax na een door-gemaakte pneumonie weliswaar een *belangrijke* bevinding is, maar geen *neven- of kritieke* bevinding. Het was dus niet de verantwoordelijkheid van de radioloog

‘Het uitgangspunt is dat de aanvrager van een onderzoek primair verantwoordelijk is voor de kennisneming van de uitslag’

nieuwe, en blijkbaar overtuigende argumenten. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) verklaarde de klacht in hoger beroep alsnog ongegrond.³

voor het kennisnemen van een radiologisch verslag bij de verwijzer ligt en dat de IGZ (thans IGI, opmerking College) heeft aangegeven deze mening te delen. Ook het Colle-

om te verifiëren of de aanvrager de geadviseerde CT-scan ook daadwerkelijk zou aanvragen.⁷ Met name in de eerste casus benadrukte het tuchtcollege wel, dat hoewel dit niet volgens de richtlijn noodzakelijk was *'een actieve houding van de radioloog kan bijdragen aan een betere zorg'*.

'Weet of er sprake is van een belangrijke of een kritieke bevinding'

Jurisprudentie

De huidige *Leidraad Onverwachte Bevindingen NVvR* maakt een onderscheid in onverwachte bevindingen met een grote medische urgentie en onverwachte bevindingen met een matige medische urgentie.⁸ Belangrijke bevindingen en verwachte kritieke bevindingen vallen hierdoor buiten de richtlijn. Dit betekent dat er enige ruimte is voor professionele autonomie. Maar deze autonomie is zeer beperkt, met name rondom kritieke bevindingen, zo blijkt uit de jurisprudentie.

Voorlopige uitslag

In een aantal tuchtzaken ontstonden problemen nadat een radioloog bevindingen mondeling met een aanvrager had besproken, maar niet direct een verslag van de scan had gemaakt. Een andere radioloog maakte vervolgens een verslag, maar was niet op de hoogte van wat al besproken was.^{4,9,10} In de eerder genoemde tuchtzaak bijvoorbeeld, waarbij een subduraal hematoom niet was doorgebeld, waren de beelden al door een andere radioloog bekeken en besproken met een coassistent op de spoedeisende hulp. Deze radioloog zag geen afwijkingen. De radioloog die het verslag dicteerde zag het hematoom wel, maar wist niet dat de CT-scan al besproken was door een collega. De tweede radioloog belde de uitslag vervolgens niet door. Overigens werd in geen van deze tuchtzaken een klacht ingediend tegen de radioloog die de voorlopige uitslag besprak en geen afwijkingen zag.

Verslaglegging

In verschillende tuchtzaken kwam radiologische verslaglegging aan bod. In de meeste zaken werd geoordeeld dat de verslaglegging correct of in ieder geval voldoende was.¹¹ Toch is ook regelmatig genoemd dat de verslaglegging sum-

mier was, maar dat dit van onvoldoende gewicht was om de klacht gegrond te verklaren. Zo waren bijvoorbeeld nevenbevindingen niet benoemd, was niet omschreven met welke beeldvorming werd vergeleken of was onvoldoende antwoord gegeven op de vraagstelling.¹² In één zaak kreeg een radioloog wél een waarschu-

wing vanwege onvoldoende verslaglegging. Bij een patiënt was een echografie verricht, op verzoek van de huisarts.¹³ De radioloog zag onder andere niet te karakteriseren leverhaarden. De radioloog werd verweten dat het verslag niet voldeed aan de daaraan te stellen eisen omdat *'aanwijzingen dan wel aanbevelingen voor vervolgdagnostiek ontbreken'*.

Gebruik van addendum

In de jurisprudentie kwam twee keer het gebruik van een addendum aan de orde. In een tuchtzaak uit 2018 werd er door een patiënt onder andere geklaagd dat er geen openheid is geweest rondom

een achteraf gemiste scafolunaire dissociatie.¹⁴ Een aantal jaar na de initiële verslaglegging werd de beklagde radioloog door een orthooped op zijn 'misser' gewezen. Er is hierover door de radioloog geen contact met de huisarts of patiënt opgenomen en er is geen addendum bij het verslag gemaakt. Het tuchtcollege zei hierover dat *'een patiënt moet worden geïnformeerd wanneer door herbeoordeling of aanvullende informatie een verandering in diagnose en behandeling ontstaat (...) Het radiologisch verslag van verweerder had (...) moeten worden voorzien van een addendum met aanvullende informatie over de verandering van diagnose en het moment waarop dit is vastgesteld. Dit addendum had vervolgens naar de huisarts moeten worden gezonden en samen met de huisarts had moeten worden afgestemd wie dit met klager zou bespreken.'* In een andere tuchtzaak, die al eerder in MemoRad uitgebreid is besproken, kreeg een radioloog het verwijt van het tuchtcollege dat niet direct een addendum is gemaakt toen in het weekend werd ontdekt dat er een relevante fout in het verslag stond.^{15,16}

Wulphert Venderink

radioloog Erasmus MC en jurist gezondheidsrecht

Commentaar Jesse Habets:

'Tijdige communicatie van radiologische bevindingen is essentieel'

'Communicatie speelt een belangrijke en toenemende rol in ons vak. Hierbij maken we onderscheid in schriftelijke communicatie, zoals onze verslaglegging, en mondelinge communicatie met onze aanvragers, collegae en patiënten. Daarnaast worden we gelukkig steeds meer zichtbaar voor onze patiënten door de toenemende rol als poortwachter (bijvoorbeeld in de mammariadiologie en werken in de 1,5^e lijn) en door de groeiende rol van de interventieradiologie en beeldgestuurde interventies.

Bij twijfel bellen

Wat betreft de communicatie van kritieke bevindingen ondersteunt de commissie Kwaliteit de jurisprudentie over de noodzaak van tijdige mondelinge communicatie met de aanvrager. Tijdige communicatie van onze radiologische bevindingen is essentieel om tijdig de juiste behandelkeuze te maken bij potentieel levensbedreigende aandoeningen.

Bij twijfel of een bevinding kritiek of belangrijk is, is laagdrempelig telefonisch contact met de aanvrager wenselijk. Dit contact benadrukt uw betrokkenheid bij de zorg van uw patiënten. Daarnaast is het bespreken en duiden van uw bevindingen een mooi voorbeeld van het pakken van de consultantrol.

Onverwachte bevindingen

Tijdige communicatie is ook vereist bij onverwachte bevindingen met een grote medische urgentie zoals vermeld in de NVvR Leidraad Onverwachte Bevindingen.¹⁷ Deze leidraad maakt onderscheid tussen onverwachte bevindingen met een grote en matige urgentie en de hierbij horende vorm van communicatie. Onverwachte bevindingen met een grote medische urgentie moeten tijdig mondeling door ons met de aanvrager worden gecommuniceerd. Daarnaast dragen radioloog en aanvrager een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het lezen van onze verslaglegging in geval van onverwachte bevindingen. Dit wordt, zoals hierboven vermeld, onderschreven door het CTG en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Tenslotte geeft de leidraad handvatten aan uw afdeling/zorginstelling om de communicatie omtrent onverwachte bevindingen op een juiste manier te implementeren.

‘Het bespreken en duiden van uw bevindingen benadrukt uw betrokkenheid en is een mooi voorbeeld van het pakken van de consultantrol’

Bevindingen vastleggen

Iedere radioloog heeft een bepaalde stijl van verslaglegging gebaseerd op eigen voorkeur, werkervaring, afdelingsgebruiken en verzoeken vanuit aanvragers. In deze diversiteit van verslaglegging is het belangrijk dat u op de hoogte bent van specifieke onderdelen en voorwaarden waar onze verslaglegging minimaal aan moet voldoen. Deze zijn vastgelegd in de *NVvR Leidraad Radiologische Verslaglegging*.¹⁸ Een belangrijk onderdeel hierbij is het vastleggen van de belangrijke bevindingen en nevenbevindingen in de conclusie met indien van toepassing een bijbehorend advies. Daarnaast is het toenemend beschikbaar worden van standaardverslagen vanuit secties van de NVvR of de *European Society of Radiology* een handig hulpmiddel om de kwaliteit binnen uw afdeling/zorginstelling te borgen. Het is aan te raden dit met enige regelmaat ook te bespreken met uw verwijzers.

Indien na het autoriseren van het originele verslag belangrijke wijzigingen aan het licht komen bij herbeoordeling van de bijbehorende beeldvorming, dan dient er direct een addendum gemaakt te worden. Communiceer hierover adequaat met de aanvrager, zoals ook vermeld in het *NVvR standpunt Addendum of Rectificatie*.¹⁹

Werkplezier

Concluderend, communicatie speelt een belangrijke rol in onze dagelijkse praktijk als radioloog. U kunt zich hierbij laten ondersteunen door de beschikbare NVvR leidraden en standpunten. Het bij twijfel laagdrempelig contact opnemen met een aanvrager is mijns inziens erg behulpzaam en geeft extra werkplezier. ■

Jesse Habets

radioloog Haaglanden Medisch Centrum en voorzitter commissie kwaliteit NVvR

Literatuur

1. RTG Amsterdam 11 januari 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:6, RTG Amsterdam 18 april 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:34 en RTG Amsterdam 18 april 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:35
2. RTG Eindhoven 20 december 2011. ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1639
3. CTG 13 februari 2014. ECLI:NL:TGZCTG:2014:54
4. RTG Amsterdam 18 april 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:34
5. RTG Den Haag 18 juni 2019. ECLI:NL:TGZRSGR:2019:87
6. Zie bijvoorbeeld RTG Amsterdam 29 november 2011. ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1562, RTG Amsterdam 29 november 2011. ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1595 of RTG Amsterdam 9 juni 2015. ECLI:NL:TGZRAMS:2015:57
7. RTG Amsterdam 8 november 2016. ECLI:NL:TGZRAMS:2016:64
8. NVvR (2021, 17 juni). Leidraad Onverwachte Bevindingen NVvR. Geraadpleegd op 19 mei 2022, van <https://www.radiologen.nl/kwaliteit/leidraden-standpunten-notities>
9. RTG Amsterdam 29 november 2011. ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1595
10. RTG Zwolle 21 juni 2012. ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG2158
11. Zie bijvoorbeeld RTG Zwolle 18 januari 2021. ECLI:NL:TGZRZWO:2021:13 of RTG Amsterdam 17 augustus 2021. ECLI:NL:TGZRAMS:2021:79
12. Zie bijvoorbeeld RTG Zwolle 17 januari 2020. ECLI:NL:TGZRZWO:2020:5, CTG 25 juni 2013. ECLI:NL:TGZCTG:2013:5 of RTG Zwolle 21 juni 2012. ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG2158
13. RTG Eindhoven 8 november 2011. ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1485
14. RTG Eindhoven 19 december 2018. ECLI:NL:TGZREIN:2018:95
15. RTG Zwolle 8 januari 2021. ECLI:NL:TGZRZWO:2021:6
16. W. Venderink, 'Radioloog legt correctie niet tijdig vast in verslag', *Memorad*, 2021;26(3):22-23
17. NVvR (2021, 17 juni). Leidraad Onverwachte Bevindingen NVvR. Geraadpleegd op 26 september 2022, van <https://www.radiologen.nl/kwaliteit/leidraden-standpunten-notities>
18. NVvR (2021, 17 juni). Leidraad Radiologische verslaglegging. Geraadpleegd op 26 september 2022, van <https://www.radiologen.nl/secties/commissie-kwaliteit/documenten/leidraad-verslaglegging>
19. NVvR (2019, juni). Standpunt gebruik addendum of rectificatie. Geraadpleegd op 26 september 2022, van <https://www.radiologen.nl/kwaliteit/standpunt-gebruik-addendum-rectificatie>