

Medische aansprakelijkheid in de beeldvormende diagnostiek

F.A.J.M. van den Wildenberg, R. Andriessse en G.J. Jager

Inleiding

Medische aansprakelijkheid wordt over het algemeen geassocieerd met verkeerd uitgevoerde behandelingen. Dat kan bijvoorbeeld een complicatie van een operatie zijn (een achtergebleven gaas of instrument), een ten onrechte toegediend medicijn of een narcosefout. Tuchtrechtelijke uitspraken hadden meerdere keren betrekking op huisartsen die geweigerd hadden een ziek kind te bezoeken bij wie zich bijvoorbeeld een encefalitis, meningitis of een pseudokroep ontwikkelde. Klachtenbrieven van patiënten gericht aan de directie betreffen gevallen als een verkeerde diagnose of een gemiste fractuur door de assistent-chirurg of assistent-orthopeed op de afdeling Spoedeisende Hulp.

De hierboven beschreven tekortkomingen zijn voorbeelden uit de praktijk die de meeste radiologen weliswaar bekend voorkomen, maar gelukkig 'ver-van-hun-bed'-verschijnselen zijn. Nog wel. Maar het is niet denkbeeldig dat dit in de komende jaren zal veranderen. Recente uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg zijn hiervan een indicatie [1, 2].

Het doel van dit artikel is het beschrijven van de mogelijke risico's die de Nederlandse radioloog loopt om betrokken te raken bij een aansprakelijkstelling of een tuchtzaak.

Huidige situatie

Uit een recente publicatie van Van den Wildenberg e.a. blijkt dat van de 3500 schadeclaims die tussen 1 januari 1993 en 31 december 1998 geregistreerd werden, de meeste claims ingediend werden tegen snijdende specialisten (algemene chirurgie, orthopedie en gynaecologie). De radiologen komen in de top-15 van de meest aangesproken specialisten niet eens voor [3]. De radiologen in Nederland mogen zich gelukkig prijzen met het geringe aantal claims.

Enigszins verwonderlijk is dit lage aantal echter wel. Als men kijkt naar het grote aantal verrichtingen, de toenemende werkdruk, de toename van het aantal ingewikkelde interventietechnieken en de groei in het aantal diagnostische mogelijkheden, zijn er aanleidingen genoeg voor een klacht of een claim. Daarnaast brengt de retrospectoscoop een gemiste diagnose bij radiologen onbarmhartig aan het licht.

Cijfers uit de Verenigde Staten, het land van de claims ('To err is human, to forgive divine, and to claim American'), laten echter een ander beeld dan de Nederlandse situatie zien.

De PIAA (Physician Insurers Association of America) is een overkoepelende organisatie van 56 verzekeringsmaatschappijen, die gezamenlijk 750.000 artsen, 35.000 tandartsen en 550 ziekenhuizen in de Verenigde Staten verzekeren. Tussen 1 januari 1985 en 31 december 1997 werden er meer dan 7.300 klachten tegen radiologen geregistreerd.

Op grond van het aantal claims nemen de radiologen in de Amerikaanse verzekeringsstatistieken de zesde positie in. In ongeveer eenderde van deze

gevallen werd aansprakelijkheid erkend en werd er overgegaan tot uitkering van een schadebedrag [4].

Toekomst

Het aantal claims tegen radiologen in de Verenigde Staten neemt toe [5,6]. Het betreft diverse aspecten van de radiologische praktijkvoering: onjuist uitgevoerde interventies, het geven van onjuiste uitslagen, het missen van diagnoses, onvoldoende supervisie van assistenten, het achterwege laten van communicatie, het onvoldoende reageren op contrastovergevoelighedsreacties en dergelijke.

De verwachting is dat ook het aantal claims tegen radiologen in Nederland zal toenemen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de komst van de Wet Klachtrecht en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (beide in 1995). Hiermee is er voor het publiek een formele grond gecreëerd om klachten op te baseren. Dit ging gepaard met een toenemende voorlichting over klachtenmogelijkheden en -procedures en daardoor een verlaging van de drempel. Daarnaast is er van juridische kant een toenemende belangstelling voor letselschadeclaims ontstaan en het kost geen moeite om op het internet firma's te vinden die gespecialiseerd zijn in dit soort zaken.

Riskmanagementstrategie

Omdat Amerikaanse verzekeraars al geruime tijd kampten met steeds hoger wordende schade-uitkeringen, streefden ze naar intensieve samenwerking met medische beroepsgroepen teneinde het aantal claims zo beperkt mogelijk te houden. Bovendien bleek dat rechters in zowel civielrechtelijke als tuchtrechtelijke zaken bij gebrek aan richtlijnen door de disciplines zelf opgesteld, hun uitspraken baseerden op de adviezen van individuele deskundigen. Dit leidde regelmatig tot voor de beroepsgroepen controversiële rechterlijke beslissingen. Om het aantal claims in de radiodiagnostiek beperkt te houden, zocht de PIAA onder andere contact met het ACR.

Het ACR (American College of Radiology) heeft meer dan 30.000 leden in de Verenigde Staten. Al sinds 1990 ontwikkelt het ACR richtlijnen voor de praktijk die niet bedoeld zijn als strakke regels, maar als richtlijnen die een algemeen geaccepteerde standaard voor een goede radiologische zorg representeren.

Gezamenlijk voerden de PIAA en het ACR onder andere een studie uit waarbij gekeken werd naar de claims die geregistreerd werden sinds de ACR sedert 1990 standaardrichtlijnen voor de praktijk had uitgegeven. De resultaten van dit onderzoek werden in 1997 gepubliceerd [6].

Ondanks de richtlijnen bleek er nog altijd sprake te zijn van gebrekkige of achterwege gelaten directe communicatie tussen radiodiagnost en verwijzer, bij opvallende afwijkingen of bij bevindingen met een spoedeisend karakter. Daarnaast betroffen veel claims een verkeerde diagnose, de kwaliteit van het onderzoek en het achterwege laten van afspraken voor een vervolgonderzoek.

Deze bevindingen worden grotendeels ondersteund door de bevindingen van een studie, uitgevoerd door een andere grote Amerikaanse aansprakelijkheidsverzekeraar. Dit

onderzoek betrof claims tegen radiologen in de periode 1987 tot en met 1996 [5]. De meestvoorkomende klachten in deze studie betroffen gemiste carcinomen, gemiste fracturen en de slechte kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek.

Risicoanalyse

Wanneer we kijken naar de belangrijkste uitkomsten van deze Amerikaanse studies, dan zijn ten aanzien van toekomstige claims tegen radiologen de volgende belangrijke rubrieken te onderscheiden:

1. De gemiste diagnose

Het betreft hier het mammacarcinoom, het coloncarcinoom, het longcarcinoom en de fractuur of luxatie. Een overzicht van de processen tegen radiologen over een periode van twintig jaar wees uit dat er in 70% sprake was van een verkeerde diagnose [7].

De radiodiagnost loopt bij een fout-negatieve bevinding het risico later door de feiten achterhaald te worden. Dat bergt het gevaar in zich dat radiodiagnosten een te defensieve houding in hun rapportage gaan aannemen. Dit impliceert overdiagnostiek, onrust en een groot beslag op de beschikbare middelen [8].

Zelfs bij thoraxfoto's die op indicatie gemaakt worden, bestaat het risico dat longcarcinomen initieel gemist worden. In een screeningonderzoek bij patiënten met een verhoogd risico bleek in 90% van de gevallen de tumor retrospectief op eerdere opnames zichtbaar [9]. Diagnostische fouten in de radiologie worden steeds veroorzaakt door de volgende factoren: een foutieve waarneming, onvoldoende kennis, een verkeerde beoordeling of een inadequate techniek [10].

2. Een insufficiënte techniek

Het meest bekende voorbeeld hiervan is de coloninlooppfoto. Onvoldoende visualisatie van een verdacht gebied, het accepteren van een verontreinigd colon (waardoor afbeeldingen niet te interpreteren zijn) en perforaties ten gevolge van te veel luchtinsufflatie zijn de meestvoorkomende fouten die in het verleden gemaakt werden. Met de komst van de oesofagogastroduodenoscopie, de coloscopie, de CT-scan en de endo-echografie zijn de contrastonderzoeken van de tractus intestinalis naar de achtergrond verdrongen. Maar met de komst van de bovengenoemde nieuwe diagnostische technieken deed ook de interventieradiologie haar intrede.

De vasculaire diagnostiek werd een van de belangrijkste invasieve onderzoekstechnieken. Hoewel het complicatiepercentage van de Seldinger-techniek in de afgelopen 30 tot 40 jaar constant is gebleven [11-13], zijn de interventies op vasculair gebied in de afgelopen jaren enorm toegenomen. Verwacht mag worden dat met nieuwe geavanceerde interventietechnieken (dotteren, trombolysen, stents, selectieve embolisatie) het aantal claims tegen radiologen bij complicaties, reacties op contrastmiddelen, mislukkingen of bij een onvoldoende resultaat zal toenemen.

3. Verslaglegging en communicatie

Een radioloog is niet alleen verantwoordelijk voor een goede interpretatie van een onderzoek

dat lege artis is uitgevoerd. Hij dient zijn bevindingen ook op een correcte manier te beschrijven en te rapporteren aan degene die het onderzoek heeft aangevraagd.

Er zijn in de Verenigde Staten talloze processen gevoerd tegen radiologen omdat de verslagen foutief of onduidelijk waren, achteraf waren gewijzigd of omdat verslagen, door assistenten gedictieerd, niet geautoriseerd waren.

Een speciale vermelding in dit verband verdient de rapportage van een afwijking met een spoedeisend respectievelijk levensbedreigend karakter.

In de Verenigde Staten kan de radioloog niet meer volstaan met het beschrijven van een dergelijke afwijking en de interpretatie en de noodzakelijke actie aan de aanvrager overlaten. Verschillende rechterlijke uitspraken maken duidelijk dat de behandelaar en de radiodiagnost hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben [14-16].

Een speciaal probleem bij de communicatie vormt de vraagstelling wie er verantwoordelijk is voor het aanvullend onderzoek bij een afwijkende bevinding (bijvoorbeeld een spiraal-CT bij een aangetoonde fractuur van de CWK of een boogangio bij een verbreed mediastinum). Deze discussie heeft in de Verenigde Staten al enkele keren tot een claim of een rechtzaak geleid, waarbij de radioloog aan het kortste eind trok.

Swinger stelde in 1990 al vast dat 15% van de claims betrekking had op communicatiestoornissen [17]. Verwacht mag worden dat communicatieproblemen ook in de komende jaren in Nederland een belangrijk bestanddeel zullen vormen van claims tegen radiologen, temeer daar communicatiestoornissen vaak verstrekkende gevolgen kunnen hebben en bij het lekenpubliek zeer gevoelig liggen.

4. Supervisie

Tot de eindverantwoordelijkheid van de radioloog behoort een zorgvuldig uitgevoerd onderzoek met een juiste beoordeling en een correct verslag daarvan, ook wanneer dat onderzoek door een assistent is uitgevoerd, beoordeeld en verslagen. Bij alle claims die tussen 1 januari 1993 en 31 december 1998 door MediRisk werden geregistreerd, waren in bijna 10% van de gevallen assistenten betrokken [18, 19]. Terecht is er recentelijk binnen de Nederlandse Vereniging voor Radiologie een discussie over dit onderwerp ontstaan [20].

Beschouwing

Lering trekkend uit de ervaringen van overzeese collegae mag verwacht worden dat ook de Nederlandse radiologen in de toekomst te maken zullen krijgen met een toename van het aantal claims. Het is zeer belangrijk dat de Nederlandse radiologen op deze ontwikkeling anticiperen. Dat kan door richtlijnen en standaarden te formuleren ten aanzien van indicaties, technieken en rapportages, door een landelijk complicatieregistratiesysteem op te zetten en door consensus te bereiken over supervisie, intervisie, communicatie en verslaglegging.

Zoals al eerder werd aangeduid, gaven de Amerikaanse radiologen in 1989 al een aanzet tot richtlijnontwikkeling met het aannemen van een aantal standaarden en beleidsadviezen met betrekking tot de radiologische praktijkvoering [21]. Deze eerste initiatieven werden snel gevolgd door meerdere, op basis van consensus verkregen adviezen.

Het Royal College of Radiologists voelde zich enkele jaren geleden eveneens genooddaakt tot het uitvaardigen van preventieve richtlijnen [22].

Ook binnen de Nederlandse Vereniging voor Radiologie zijn de stappen naar richtlijnontwikkeling intussen gezet (23). Wij hopen van harte dat dit gevolgd zal worden door meerdere initiatieven die, ondersteund door een enthousiaste bijval van de leden, zullen leiden tot een pakket van standaarden, adviezen en richtlijnen waarmee de Nederlandse radioloog in de dagelijkse praktijk zijn of haar voordeel kan doen.

Literatuur

1. Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 23 april 1998. Med Contact 1999;54:35-7.
2. Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 28 mei 1998. Med Contact 1999;54:212-3.
3. Van den Wildenberg FAJM, Andriess R en Hamersma AM. Geen fouten, geen claims. Zes jaar schadepreventiebeleid. Med Contact 1999;54:1079-81.
4. A risk management review of combined specialty claims. Rockville: PIAA, 1998.
5. Radiology. A risk management overview. Boston: ProMutal Group, 1998.
6. Practice Standards Claims Survey. Rockville: PIAA and ACR, 1997.
7. Berlin L, Berlin JW. Malpractice and radiologists in Cook County, IL: trends in 20 years of litigation. AJR Am J Radiol 1995;165:781-8.
8. Potchen EJ, Bisesi MA. When is it malpractice tot miss lung cancer on chest radiographs? Radiology 1990;175:29-32.
9. Muhm JR, Miller WE, Fontana RS, Sanderson DR, Uhlenhopp MA. Lung cancer detected during a screening program using four-month chest radiographs. Radiology 1983;148:609-15.
10. Berlin L. Malpractice issues in radiology. Perceptual errors. AJR Am J Radiol 1996;167:587-90.
11. Lang E. A survey of the complications of percutaneous retrograde arteriography. Radiology 1963;81:257-63.
12. Hessel SJ, Adams DF, Abrahams HL. Complications of angiography. Radiology 1981;138:273-81.
13. Waugh JR, Sacharias N. Arteriographic complications in the DSA era. Radiology 1992;182:243-6.
14. Berlin L. Communication of the urgent finding. AJR Am J Radiol 1996;166:513-5.
15. Berlin L. Communication of the significant but not urgent finding. AJR Am J Radiol 1997;168:329-31.
16. Kline TJ, Kline TS. Radiologists, communication and Resolution 5: a medicolegal issue. Radiology 1992;184:131-4.
17. Swinger HN. Liability problems in radiology communications exist. ACR Bull July 1990; 33.
18. Wildenberg FAJM van den, Andriess R, Bom LPA. Medische aansprakelijkheid in de orthopaedie. [Ingezonden; Ned Tijdschr Orthop.]
19. Wildenberg FAJM van den, Andriess R, Hamersma AM. Claims tegen algemeen chirurg. [Ingezonden; Ned Tijdschr Heelkd.]]
20. Jager GJ, Rutten MJCM. Reactie op het bestuursstandpunt 'Beoordeling van

- een X-CWK door assistenten'. MemoRad 1999; 4(2): 22-3.
21. American College of Radiology. Clinical standards of patient care and professional credentialing criteria. Reston: ACR, 1989.
 22. Royal College of Radiologists. Risk management in clinical radiology. London: RCR, 1995.
 23. Dijk Azn R van, Schimmelpennick-Scheiffers ML, Joosten FBM, Vencken LM. De patiënt, de verwijzer en de radioloog. MemoRad 1998;3(4): 9-11.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.