



*Leidraad Kritieke Bevindingen NVvR (2015/2016, Commissie Kwaliteit) beschrijft een systeem voor tijdige en adequate communicatie met de verwijzer over kritieke radiologische bevindingen. De leidraad is gepresenteerd aan en vastgesteld door de Algemene Vergadering op 4 juni 2015 en heeft in juni 2016 tekstueel een kleine wijziging ondergaan (contacttermijnen vanaf moment van beoordeling). De leidraad wordt door de NVvR intern en extern als gedragslijn uitgedragen.*

## **Leidraad Kritieke Bevindingen NVvR**

### ***werkwijze bij kritieke bevindingen in de Radiologie***

#### **Inleiding**

Onder een kritieke bevinding in de Radiologie wordt verstaan een bevinding bij beeldvormend onderzoek waarbij vertraging in het rapporteren ervan, of vertraging in of uitblijven van de kennisname van de verslaglegging ervan kan resulteren in ernstige nadelige gevolgen voor de patiënt. In het geval van een kritieke bevinding dient de radioloog zich ervan te verzekeren dat de verwijzer tijdig kennis heeft genomen van de bevinding, en dit ook vast te leggen.

Zowel verwachte als onverwachte bevindingen kunnen kritiek zijn. Als het aannemelijk is, dat de bevinding buiten het aandachtsgebied van de verwijzer valt, bijvoorbeeld bij een nevenbevinding, is de noodzaak om met de verwijzer niet alleen via het verslag te communiceren, maar ook op een andere wijze des te groter.

Mede door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt de Nederlandse Vereniging voor Radiologie gevraagd zorg te dragen voor een systeem dat in alle zorginstellingen in Nederland wordt geïmplementeerd waarmee wordt geborgd dat kritieke bevindingen tijdig worden gecommuniceerd met de verwijzer opdat deze op tijd en adequaat kan handelen. Deze leidraad beschrijft dat systeem. We zijn er hier bij van uit gegaan, dat in de zorginstelling en in de regio (huisartsen) afspraken zijn gemaakt over bereikbaarheid van de verwijzende arts. Voor de implementatie van deze leidraad is het belangrijk, dat deze met de medische staf van de zorginstelling is besproken en hierdoor is geaccordeerd.

De NVvR is van mening dat de primaire verantwoordelijkheid voor het kennisnemen van een radiologisch verslag bij de verwijzer ligt. De IGZ heeft aangegeven deze mening te delen. Deze leidraad dient er niet voor de verantwoordelijkheid van de verwijzer over te nemen, maar wel om een werkwijze van communiceren te beschrijven die er aan bijdraagt de kans te reduceren dat er vertraging optreedt in het in te zetten juiste beleid.

#### **Doel**

Het doel van deze leidraad is een systeem te beschrijven dat in iedere zorginstelling in Nederland geïmplementeerd kan worden, waardoor tijdige en adequate communicatie met de verwijzer over kritieke radiologische bevindingen geborgd wordt.

#### **Definities**

*Kritieke radiologische bevinding:*

een bevinding bij beeldvormend onderzoek waarbij vertraging in het rapporteren ervan, of vertraging in of uitblijven van de kennisname van de verslaglegging ervan kan resulteren in ernstige nadelige gevolgen voor de patiënt, zulks in te schatten door de beoordelend radioloog.



*Nevenbevinding:*

Een bevinding voortkomend uit beeldvormend onderzoek zonder dat dit de directe vraagstelling van dit onderzoek was.

*Radioloog:*

Radioloog of AIOS radiologie.

*Verwijzer:*

Arts die het onderzoek heeft aangevraagd of een collega-arts aan wie de zorg voor patiënt is of wordt overgedragen (in geval dat verwijzer niet bereikbaar of afwezig is), in dit document synoniem voor aanvrager.

*Urgentieniveau:*

Door de radioloog in te schatten termijn waarop uitblijven van het rapporteren, of uitblijven van de kennisname van de verslaglegging van kritieke bevinding kan resulteren in ernstige nadelige gevolgen voor de patiënt.

*Direct contact:*

Mondeling contact, zowel telefonisch als direct mondeling contact, bijvoorbeeld bij een klinisch-radiologische bespreking.

*ICT:*

Informatie- en communicatietechnologie

*Urgentieniveaus:*

Kritieke bevindingen worden op basis van urgentie in drie verschillende niveaus ingedeeld. Het is de verantwoordelijkheid van de radioloog een bevinding als kritiek in te schatten en het urgentieniveau te bepalen. De termijnen waarbinnen contact noodzakelijk is worden gedefinieerd vanaf het moment dat het onderzoek door de radioloog wordt beoordeeld.

Urgentieniveau 1: direct contact binnen 60 minuten noodzakelijk.

Bevindingen die potentieel levensbedreigend zijn en/of onmiddellijke verandering in het beleid van de patiënt noodzakelijk kunnen maken.

Urgentieniveau 2: direct contact binnen 6 uur noodzakelijk.

Bevindingen die op korte termijn kunnen resulteren in mortaliteit of morbiditeit als niet wordt ingegrepen.

Urgentieniveau 3: contact binnen 6 werkdagen noodzakelijk.

Bevindingen die kunnen resulteren in morbiditeit als niet wordt ingegrepen, maar niet direct levensbedreigend zijn.

***Communicatie en werkwijze bij kritieke bevindingen***

*Urgentieniveau 1 en 2:*

De radioloog neemt na vaststellen van de kritieke bevinding binnen de daarvoor gestelde termijn direct contact op met de verwijzer. De radioloog neemt in het verslag op: de naam en/of functie van de persoon waarmee gecommuniceerd werd, de datum en tijdstip en wijze waarop de uitslag gecommuniceerd werd.

Het proces van verslaglegging is beschreven in het "Normendocument NVvR".



### Urgentieniveau 3:

De werkwijze zoals beschreven onder dit urgentieniveau is alleen van toepassing in het geval van een kritieke nevenbevinding. De radioloog neemt binnen de daarvoor gestelde termijn contact op met de verwijzer. De beschikbaarheid van het verslag in het ziekenhuis informatiesysteem biedt onvoldoende borging. De radioloog neemt in het verslag op: de naam en/of functie van de persoon waarmee gecommuniceerd werd, de datum en tijdstip en wijze waarop de uitslag gecommuniceerd werd. Als het contact heeft plaatsgevonden nadat initiële radiologische verslaglegging heeft plaatsgevonden, wordt dit door middel van een addendum aan het verslag toegevoegd, tenzij op andere wijze is vastgelegd dat de procedure horende bij urgentieniveau 3 is gevolgd.

Bij urgentieniveau 3 zijn verschillende werkwijzen mogelijk, afhankelijk van bijvoorbeeld de ICT omgeving en/of lokale administratieve procedures. Het staat een afdeling vrij een systeem te ontwikkelen waarmee tijdige en adequate communicatie met de verwijzer over de kritieke radiologische bevinding geborgd wordt, als deze werkwijze aan de volgende vereisten voldoet:

- bij niet-direct contact (bijvoorbeeld per e-mail, brief of fax) is het noodzakelijk dat er een bevestiging wordt gevraagd dat de geadresseerde c.q. de verwijzer kennis heeft genomen van de kritieke bevinding. Een verzendbevestiging van de fax of bevestigingsemail dat de mail is afgeleverd of geopend is derhalve niet voldoende.
- de radioloog kan er voor kiezen, om zich bij het opnemen van contact te laten ondersteunen door ICT functies zoals bijvoorbeeld aanwezig in PACS, RIS of ZIS, en/of door ondersteunend administratief personeel zoals gebruikelijk op de afdeling waar de radioloog werkzaam is. Voorwaarde hierbij is wel, dat ook hier een bevestiging beschikbaar komt voor de radioloog dat de geadresseerde c.q. de verwijzer kennis heeft genomen van de kritieke bevinding.
- als er na 6 werkdagen geen reactie is gekomen van de verwijzer op het door de radioloog geïnitieerde contact, dan wordt het secretariaat van de verwijzer op de hoogte gebracht van de kritieke bevinding. Ook hierbij kan de radioloog zich laten ondersteunen door ICT functies en/of door ondersteunend administratief personeel. Als deze procedure is gevolgd, dient ook dit in het verslag vermeld te worden naast de overige te vermelden informatie zoals boven beschreven, tenzij op andere wijze is vastgelegd dat de procedure horende bij urgentieniveau 3 is gevolgd.