

REGISTRATIE GEMISTE DIAGNOSES ONTBREEKT NOG TE VAAK IN ZIEKENHUIZEN

Radiologen moeten missers vastleggen

Naar aanleiding van een gemiste diagnose adviseert de Inspectie voor de Gezondheidszorg de vakgroep radiologie van het Spaarne Gasthuis alle gemiste diagnoses en nevenbevindingen systematisch vast te leggen en te bespreken. Van fouten kun je immers leren.

Bij een 45-jarige man wordt in 2008 bij een arbeidskeuring microscopische hematurie vastgesteld. De uroloog laat onder andere een CT-onderzoek van de urinewegen verrichten. Radioloog A, die het onderzoek verslaat, rapporteert geen afwijkingen. Bij herhalingsonderzoek is de urine normaal en de controle wordt beëindigd. In 2012 heeft de patiënt macroscopische hematurie. De huisarts laat een echografisch onderzoek van de urinewegen verrichten. Hierbij wordt een 8 cm grote niertumor ontdekt. De patiënt wordt doorverwezen naar de uroloog. Deze laat een CT-scan van de urinewegen maken. De echografische bevindingen worden door radioloog B bevestigd. Er zijn bovendien longmetastasen. In een e-mail laat radioloog B aan radioloog A weten dat de tumor al in 2008 zichtbaar was en toen 4 cm groot was. Radioloog B maakt over deze vergelijking geen opmerking in zijn verslag. De uroloog verwijst de patiënt naar een oncoloog. Die vergelijkt beide CT-scans en constateert dat de tumor op de CT-scan uit 2008 al zichtbaar was. Dit wordt geverifieerd bij radiologen A en B, die dit bevestigen. De oncoloog informeert de patiënt. Deze start daarop een aansprakelijkheidsprocedure tegen het ziekenhuis. De verzekeraar behandelt de claim en er wordt voor de onjuiste beoordeling van de CT-scan in 2008 aansprakelijkheid erkend. De patiënt stuurt zijn klacht ook aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die daarop een uitgebreid onderzoek instelt.

Een calamiteit wordt overlegd met de ‘missercommissie’

Conclusies inspectie

De inspectie concludeert onder andere het volgende:

1. Noch de betrokken medisch specialisten, noch de leden van de raad van bestuur hebben onderkend dat het missen van de diagnose van een niertumor, met alle gevolgen voor behandelopties en levensverwachting voor de patiënt, geduid moet worden als een calamiteit waarvan bij de inspectie melding dient te worden gemaakt.
2. Radioloog A wordt weliswaar verweten dat hij de tumor in 2008 heeft gemist, maar hij heeft ten opzichte van de patiënt actief en oprecht spijt betoond. De inspectie vindt het niet noodzakelijk verdere actie te ondernemen.
3. Radioloog B wordt ernstig kwalijk genomen dat hij in het verslag geen melding heeft gemaakt van de gemiste diagnose. Er is essentiële informatie aan de uroloog onthouden, waardoor laatstgenoemde niet in staat was om de patiënt compleet te informeren.
4. Er is in het ziekenhuis geen richtlijn hoe men moet handelen bij een gemiste diagnose. Er is geen systeem voor het registreren en analyseren van gemiste diagnoses, waardoor niet systematisch van fouten geleerd kan worden.
5. Binnen de maatschap radiologie is er onduidelijkheid of een gemiste diagnose valt onder de definitie calamiteit. Missers worden niet structureel vastgelegd en besproken, in tegenstelling tot complicaties bij radiologische interventies. Er zijn geen afspraken over wie de patiënt informeert bij het constateren van een gemiste diagnose.

Verbetermaatregelen

Naar aanleiding van deze ziektegeschiedenis en de conclusies van de inspectie ontwikkelt de maatschap radiologie in samenwerking met de calamiteitencommissie van het ziekenhuis een aantal verbetermaatregelen:

1. Het aanleggen van een gestructureerde database waarin alle gemiste radiologische diagnoses worden vastgelegd. In deze database wordt bijgehouden: de artsen die de diagnose hebben gemist en geconstateerd, type onderzoek, orgaansysteem, gemiste diagnose en datum van de misser. Tevens wordt aangegeven of de gemiste diagnose betrekking heeft op de klini-



Een van de verbetermaatregelen: geef aan of het gaat om een gemiste nevenbevinding, bijvoorbeeld een longtumor op een CT-scan van het abdomen.

sche vraagstelling, of dat het gaat om een gemiste *nevenbevinding*, bijvoorbeeld een longtumor op een CT-scan van het abdomen, verricht met vraagstelling diverticulitis.

2. De radioloog die de gemiste afwijking constateert, legt dit vast in het radiologisch verslag en voert dit in in de database. De radioloog die de diagnose heeft gemist, wordt geïnformeerd. Deze informeert de aanvrager en legt dit vast in een addendum bij het verslag van het oorspronkelijke radiologisch onderzoek dat betrekking heeft op de gemiste afwijking. Indien de radioloog die de misser registreert, overweegt dat er mogelijk sprake is van een calamiteit, wordt ook overlegd met de

‘missercommissie’ (zie volgende punt) en wordt de raad van bestuur in kennis gesteld.

3. Een commissie van drie radiologen (de ‘missercommissie’) evalueert maandelijks de gemiste casuïstiek en rubriceert deze in vier categorieën.

Gemiste casuïstiek

Categorie A. Calamiteit. Een gemiste afwijking op een radiologisch onderzoek die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat significante aanpassing van het behandelplan noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare scha-

DE EERSTE 200 MISSERS

Registratie van gemiste diagnoses en nevenbevindingen tussen 1 januari 2014 en 1 mei 2015. Een commissie van drie radiologen categoriseerde de missers naar ernst.

1. Categorieën

categorie A	categorie B	categorie C	categorie D	onbekend	totaal
gemiste afwijking met aanpassing van de behandeling	gemiste afwijking zonder klinische relevantie	gemiste afwijking zonder schade voor de patiënt	geen gemiste diagnose		
13	66	97	21	3	200

Verdeling missers en gemiste nevenbevindingen over de categorieën.

2. Soort onderzoek

type onderzoek	categorie A	categorie B	categorie C	totaal
X-skelet	-	15	31	46
X-thorax	4	12	8	24
CT-abdomen	4	13	25	42
CT-thorax	3	5	5	13
mammografie	-	7	5	12
anders*	2	14	23	39
	13	66	97	176

Verdeling missers en gemiste nevenbevindingen naar categorie en type onderzoek.

*Ander radiologisch onderzoek, zoals MRI, angiografie etc.

3. Hoe ontdekt

wijze ontdekking	categorie A	categorie B	categorie C	totaal
herhaling onderzoek	8	29	38	75
nieuw geavanceerd onderzoek	2	16	28	46
tweede beoordeling radioloog	1	10	20	31
beoordeling niet-radioloog	2	11	11	24
	13	66	97	176

Verdeling missers en gemiste nevenbevindingen naar categorie en wijze waarop de missers zijn ontdekt.

de. Calamiteiten worden direct aan de raad van bestuur gemeld. Bovenstaande casus is hiervan een voorbeeld.

Categorie B. Als A, doch de klinische relevantie is waarschijnlijk niet groot, bijvoorbeeld: op een CT-onderzoek van het abdomen wordt uitgebreide metastasering in de lever beschreven, maar een wervelmetastase wordt niet gerapporteerd.

Categorie C. Er kan met zekerheid worden vastgesteld dat de patiënt geen schade van de gemiste diagnose heeft ondervonden. Bijvoorbeeld: een fractuur die niet door de radioloog wordt beschreven, maar wel geconstateerd door de chirurg.

Categorie D. De commissie is van mening dat er geen sprake is van een gemiste diagnose of nevenbevinding.

Tweemaandelijks worden alle casussen uit de database met alle radiologen en aiossen besproken en de indeling in categorieën

geëvalueerd. Alle casuïstiek uit de database wordt aangeboden aan de raad van bestuur voor onafhankelijke beoordeling.

Longtumoren

De maatschap radiologie is op 1 januari 2014 begonnen met het systematisch registreren van gemiste diagnoses en nevenbevindingen. Tot 1 mei 2015 waren er 200 casussen in de database geregistreerd: 147 gemiste diagnoses (73,5%) en 50 (25%) gemiste nevenbevindingen op in totaal circa 200 duizend radiologische verrichtingen. De onderverdeling in categorieën staat in *tabel 1*. Bij 13 patiënten (6,6%) ging het om calamiteiten: 4 gemiste longtumoren op X-thorax; 3 gemiste longtumoren op een CT-thorax; 2 gemiste niertumoren op een CT-abdomen; 2 andere tumoren op een CT-abdomen; 1 gemiste arteriële trombose van de arteria

mesenterica op een CT-angio en 1 gemiste nervus opticus tumor op een MRI-scan van de orbita.

Tabel 2 geeft een onderverdeling van gemiste diagnoses naar modaliteit. Röntgenonderzoek van het skelet en CT-onderzoek van het abdomen zijn samen verantwoordelijk voor de helft van het aantal gemiste afwijkingen. Het betreft een zeer gevarieerd scala aan gemiste pathologie.

Tabel 3 toont hoe missers werden ontdekt: 38 procent door herhaling van hetzelfde radiologisch onderzoek, bijvoorbeeld bij persisteren van klachten of vanwege een reguliere follow-up. Door het verrichten van een meer geavanceerd radiologisch onderzoek kwam 26 procent van de missers aan het licht. Herbeoordeling door een andere radioloog (17,6%), meestal in het kader van de voorbereiding van een multidisciplinair overleg, was ook een reden voor het opsporen van missers. Tot slot kwam 23 procent van de missers aan het licht door beoordeling door een niet-radioloog.

23 procent van de missers kwam aan het licht door een niet-radioloog

Patiëntveiligheid

Het onderzoek van de inspectie maakt duidelijk dat gemiste diagnoses door radiologen systematisch dienen te worden geregistreerd en besproken, zodat van fouten geleerd kan worden. Een dergelijk registratiesysteem behoort een essentieel onderdeel te zijn van het kwaliteitssysteem van elk ziekenhuis. Naar aanleiding van deze casus informeerde de maatschap radiologie in 2013 bij andere maatschappen radiologie en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) naar de beschikbaarheid van een registratiesysteem. Toen bleek dat veel maatschappen en vakgroepen gemiste diagnoses niet systematisch registreren en bespreken. Ook is er veelal geen sprake van transparantie naar de raad van bestuur, die eindverantwoordelijk is voor de patiëntveiligheid.

In juni van dit jaar heeft de NVvR een leidraad vastgesteld voor de registratie van gemiste diagnoses.¹ Aanbevolen wordt dezelfde variabelen te registreren als die in de door ons gehanteerde database. Conform onze praktijk wordt ook geadviseerd missers intern te bespreken en te analyseren en zo mogelijk verbeteracties te implementeren.

De NVvR streeft naar de ontwikkeling van een landelijk systeem voor registratie van interventie-, diagnostische en organisatorische complicaties. Een dergelijk systeem dient te voldoen aan een groot aantal eisen. Een van de belangrijkste is dat de anonimiteit

PRAKTIJKPERIKEL

DATAVEILIGHEID?

Er is weer een wijziging in de dbc-systematiek, met ruim driehonderd nieuwe zorgactiviteitscodes. Ik probeer de zorgactiviteitentabel te bemachtigen. Bij dbc-onderhoud word ik doorgeleid naar de site van de NZa, want daar is dbc-onderhoud nu in geïntegreerd.

De tabel is snel gevonden, maar als ik deze wil downloaden, blijkt ik te moeten inloggen. De NZa gaat tegenwoordig zorgvuldig om met dataveiligheid en privacy... ik moet dus eerst een account aanmaken.

Ik kies een inlognaam en een veilig wachtwoord met kleine letters, hoofdletters, cijfers en speciale symbolen.

Vervolgens krijg ik een mail met een link die ik ter bevestiging moet aanklikken. Direct daarna ontvang ik een nieuwe mail met de volgende mededeling:

U bent succesvol aangemeld bij NZa.

U kunt inloggen met de volgende gegevens:

Inlognaam: testdokter

Wachtwoord: Registratieellende10

Inlognaam én wachtwoord onversleuteld in een en dezelfde mail!

De NZa heeft dataveiligheid en privacy nog niet helemaal begrepen?

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

gewaarborgd is om zo een veilig meldklimaat te realiseren. Zolang dit landelijke systeem er nog niet is – invoering ervan duurt waarschijnlijk nog enkele jaren – kan het door ons gehanteerde complex van maatregelen als lokale oplossing worden gebruikt. ■

contact

radiologenkg@gmail.com

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.