

RAPPORT RISICOPROFIEL DIAGNOSTISCH PROCES

Aanbevelingen voor de radiologie



Ufuk Kizilates



Ariane Cats



Karin Flobbe



Jesse Habets

Het diagnostisch proces in de medisch-specialistische zorg is complex en kan leiden tot diagnosefouten. Diagnosefouten kunnen ernstige gevolgen hebben voor patiënten en zijn een belangrijke oorzaak van zorggerelateerde schade. Het rapport 'Risicoprofiel diagnostisch proces' doet aanbevelingen aan diverse partijen om de kans op diagnosefouten te verkleinen.

Het rapport is tot stand gekomen in samenwerking met verschillende wetenschappelijke verenigingen, waaronder de NVvR, en is gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Hieronder leest u de belangrijkste punten en aanbevelingen voor de radiologie. Het volledige rapport is te raadplegen via onze website. De commissie Kwaliteit adviseert dit document te gebruiken voor verbetering van het diagnostisch proces binnen de kaders van de kwaliteitscyclus op de eigen afdelingen.

Diagnostisch proces

Het stellen van een juiste diagnose is belangrijk, want dit legt de basis voor een adequaat behandeltraject. Echter, het diagnostisch proces is complex en soms suboptimaal, en kan leiden tot diagnosefouten met ernstige gevolgen. Iedere patiënt heeft recht op een adequate en accurate diagnose. Dit is belangrijk voor duiding van de klachten. De behandelaar heeft te maken met meerdere klinische parameters waaruit hij of zij een differentiaaldiagnose kan opstellen. Bij dit klinisch redeneren verkrijgt de behandelaar informatie via de anamnese, het lichamenlijk onderzoek en aanvullend onderzoek, zoals laboratorium- en beeldvormend onderzoek.

Over- en onderdiagnostiek

Het verbeteren van het diagnostisch proces kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van medisch-specialistische zorg. Zo mag er

idealiter niet te veel tijd verloren gaan. Het doen van te weinig diagnostiek met als risico een gemiste, verkeerde of vertraagde diagnose, moet de behandelaar afwegen tegen het risico van overdiagnostiek, dat ook nadelen en risico's heeft. Hierbij moet de behandelaar ook rekening houden met de duurzame inzet van menskracht en middelen in het kader van de grenzen aan de capaciteit. Verder zijn er onderzoeken die gepaard gaan met een bepaald risico vanwege gebruik van röntgenstralen of contrastmiddelen. *'Tot voor kort kreeg het diagnostisch proces als bron van schade aan de patiënt weinig aandacht. Een belangrijke reden hiervoor is dat het vóórkomen, de oorzaken en de impact van verkeerde, gemiste of vertraagde diagnoses, kortweg diagnosefouten, niet gemakkelijk in kaart te brengen zijn'*, zo staat in Van Aken, 2018. Inmiddels is de aandacht voor diagnosefouten toegenomen: de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft het diagnostisch proces benoemd als een van de drie grootste risico's binnen de medisch-specialistische zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015).

Verkeerde diagnose

De complexiteit van het diagnostisch proces maakt het onderzoeken van eventuele fouten lastig. Een diagnosefout komt met enige regelmaat voor. Uit onderzoek van de IGJ blijkt dat 44 procent van de calamiteiten gerelateerd is aan het diagnostisch proces. Volgens schattingen op basis van literatuuronderzoek krijgt iedereen in zijn of haar leven een keer te maken met een diagnosefout. De oorzaak van een diagno-

sefout kan divers zijn. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van voortschrijdend inzicht. Ziekte kan zich ontwikkelen tijdens het diagnostisch proces, waardoor een diagnose verandert. Verder zijn tijdens het diagnostisch proces niet alle klinische gegevens beschikbaar. Het is van belang om onderscheid te maken tussen vermijdbare en onvermijdbare fouten. Vermijdbare diagnosefouten kunnen een belangrijke oorzaak van zorggerelateerde schade zijn, en dienen zorgvuldig geanalyseerd te worden.

Onderzoek naar diagnosefouten

Het rapport maakt een analyse van diagnostische fouten op basis van calamiteitenrapportages, Veilig Incident Meldingen (VIM), een uitvraag bij artsen en patiënten en literatuuronderzoek. Er worden vijf hoofdcategorieën van oorzaken van diagnosefouten onderscheiden, namelijk technisch, organisatorisch, menselijk, patiëntgerelateerd en overige oorzaken. Na patiëntgerelateerde factoren, zoals atypische ziektepresentatie en kwetsbare patiënten, blijken menselijke factoren de belangrijkste basisoorzaak te zijn. Analyses laten zien dat diagnosefouten met name ontstaan wanneer het diagnostisch proces wordt bemoeilijkt.

De meest kritieke stappen binnen het diagnostisch proces waar fouten ontstaan:

1. Klinisch redeneren en beoordelen: atypische presentatie of multimorbiditeit.
2. Het proces van aanvullend onderzoek: verkeerde diagnostiekaanvragen en inadequate interpretatie van resultaten.

3. Opvolgen van testuitslagen: de uitslag bereikt de hoofdbehandelaar niet.
4. Overdragen van zorg: coördinatie en communicatie tussen zorgverleners.

Verder noemen patiënten dat zij zich niet gehoord voelen, dat lichamelijk onderzoek onvoldoende wordt uitgevoerd of dat onjuiste conclusies zijn getrokken op basis van de verzamelde informatie.

Rol van de radioloog

Het document doet meerdere aanbevelingen naar aanleiding van de analyses. Specifiek voor uitvoerders van diagnostisch onderzoek, onder wie radiologen, stellen de auteurs dat zij aanvragers beter kunnen ondersteunen bij het selecteren van het juiste diagnostisch onderzoek. Direct contact tussen uitvoerder en behandelaar draagt bij aan het delen van kennis of het overdragen van patiëntgerelateerde informatie. Accurate en relevante klinische vraagstelling en klinische gegevens zijn belangrijk voor een radioloog om te bepalen of het aangevraagde onderzoek geïndiceerd is. Ook scholing om te bevorderen dat de juiste test op het juiste moment bij de juiste patiënt voor een juiste vraagstelling wordt aangevraagd, kan een rol spelen.

Beslisondersteuning

Daarnaast kan gedacht worden aan ontwikkeling van beslisondersteuning in het elektronisch patiëntendossier (EPD) voor aanvragers bij hun keuze voor de juiste diagnostiek. Ook is het van belang dat aanvragers en uitvoerders van diagnostiek op de hoogte zijn van de meest recente richtlijnen. Tweedelijns richtlijnen zijn openbaar toegankelijk via de FMS-richtlijnen database, beschikbaar als webpagina en app.

Praat mee

De commissie Kwaliteit van de NVvR roept leden van harte op om kennis te nemen van conceptrichtlijnen in commentaarfase en de nieuwe richtlijnen die door de vereniging geautoriseerd zijn. Actuele commentaarrondes van richtlijnen waar de radiologie bij betrokken is, kunt u vinden op onze website en in de maandelijkse NVvR-nieuwsbrief. Door mee te lezen en input te leveren, zijn eventuele knelpunten of onduidelikheden sneller inzichtelijk. Zo kunnen we de inhoud als het nodig is tijdig bijsturen. Draagvlak voor onze richtlijnen bevordert de implementatie in de praktijk en voorkomt ongewenste praktijkvariatie.

Netwerk kwaliteit

Om de interactie met en tussen leden te bevorderen, heeft de commissie Kwaliteit

een digitaal netwerk kwaliteit opgericht. Het streven is dat naast geïnteresseerde radiologen, alle vakgroepen radiologie van zorginstellingen in Nederland op dit platform zijn vertegenwoordigd. Zo kunnen we laagdrempelig informatie uitwisselen. U kunt zich hiervoor aanmelden via een mail aan het NVvR-bureau of via de aanmeldlink op: <https://radiologen.nl/secties/netwerk-kwaliteit>.

Adequate opvolging

Het rapport adviseert voorts om afwijkende testresultaten adequaat op te volgen. De NVvR heeft hiervoor de leidraad Onverwachte bevindingen opgesteld. Deze leidraad is samen met handvatten voor implementatie binnen de eigen praktijk terug te vinden op de NVvR-website. Bij de communicatie en het opvolgen van onverwachte bevindingen speelt het EPD een belangrijke rol. Het EPD kan de aanvrager en de radioloog ondersteunen bij de communicatie en het opvolgen van aanvullend onderzoek. Borging van een *closed-loop* principe is hierbij essentieel. Effectieve communicatie tussen aanvrager en radioloog is van vitaal belang om het diagnostisch proces veilig en nauwkeurig te laten verlopen. Hierbij speelt niet alleen de overdacht van de bevindingen een rol, maar ook de duiding ervan op basis van de klinische context. Bij complexe casuïstiek kan het multidisciplinair overleg (MDO) een waardevolle rol vervullen. Aanvragers en radiologen kunnen elkaar ondersteunen en zo het diagnostisch proces optimaliseren. Een ondersteunend EPD is essentieel.

Actieve feedback

Het rapport adviseert zorgverleners om actief feedback te vragen over het eigen diagnostisch proces en te leren van casuïstiek. Het opvolgen van diagnostisch-radiologische uitslagen waar een interventie of chirurgische ingreep en pathologisch weefselonderzoek uit zijn voortgevloeid, kan een waardevol instrument zijn voor kwaliteitsmonitoring van de radioloog en de vakgroep. Als vereniging zijn we al actief met het duiden van tuchtrechtzaken waar de radiologie bij betrokken is. We delen deze informatie in het netwerk kwaliteit en via de website. Het kan interessant zijn om ook leerpunten uit calamiteitenrapportages hieraan toe te voegen. Verder zou het helpen als de IGJ algehele trends in calamiteiten met ons deelt.

Mogelijke barrières

Het rapport noemt de huidige all-inbestorting van het medisch ondersteunend specialisme op basis van een verrichtings-

prijs als een mogelijke barrière. Dit kan de expertise en inzet van de diagnostisch medisch specialist in de consulterende rol ondermijnen. De NVvR vindt deze rol van de radioloog als consultant belangrijk, en heeft deze ondergebracht in haar huidige strategische visie. Een andere potentiële barrière is het gebrek aan ervaring met collega-specialisten voor de bijdrage van een diagnosticus bij het initiële proces. Daardoor ontbreekt het ook aan draagvlak. Voor radiologen is dit een extra argument om aan zichtbaarheid te werken en hun toegevoegde waarde in het diagnostisch proces meer merkbaar te maken. Zichtbaarheid krijgt in de huidige NVvR-strategie veel aandacht. Een derde risico voor het diagnostisch proces is de vergaande (sub)specialisatie. Hierbij is er beperkte blootstelling aan brede ziektepresentaties. Belangrijk is dat de radioloog opgeleid is met voldoende algemene basiskennis om algemene diensten te doen en adequaat te functioneren op de spoedeisende hulp (SEH). Uiteraard is deze basiskennis te ondersteunen met het consulteren van experts in deelgebieden binnen de eigen vakgroep en het eigen netwerk.

Tot slot

Dit risicoprofiel laat zien dat diagnosefouten frequent voorkomen, dat die ernstige gevolgen kunnen hebben voor de patiënt en dat een substantieel deel van deze fouten vermijdbaar is. Het rapport geeft adequate inzichten in de verantwoordelijkheden en duidelijke aanbevelingen voor verbetering. Het is essentieel dat iedere radioloog hiervan op de hoogte is. ■

Commissie Kwaliteit

Ufuk Kizilates, Ariane Cats, Karin Flobbe en Jesse Habets

Referenties

- Rapport Risicoprofiel Diagnostisch Proces. 2023. Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie. Toegankelijk via: https://radiologen.nl/sites/default/files/Kwaliteit/skms_risicoprofiel_diagnostisch_proces2023.pdf.
- Tweedelijns richtlijnen: www.richtlijnen database.nl.
- Richtlijnen in commentaarfase: <https://radiologen.nl/kwaliteit/richtlijnen-commentaarfase>.
- NVvR-netwerk kwaliteit: <https://radiologen.nl/secties/netwerk-kwaliteit>.
- NVvR-leidraad onverwachte bevindingen: <https://radiologen.nl/kwaliteit/leidraden-standpunten-notities>.
- NVvR strategische visie: <https://radiologen.nl/secties/nvvr/documenten/strategische-visie-21-30-radiologie-de-navigator-van-de-zorg>.