

4

MEMO RAD

JAARGANG 27 - NUMMER 4 - WINTER 2022

MET ONDER MEER:

**GEHEIM VAN
DE RAADKAMER**
KIJKJE ACHTER
DE SCHERMEN

FOUT GEGAAN
NIET HETZELFDE
ALS FOUT GEDAAN

CASUÏSTIEK
TUCHTZAKEN
ONDER DE LOEP



THE MANUMMER
TUCHTRECHT



Nederlandse Vereniging voor
Radiologie

INHOUD

Ten geleide –

Jenneke M. Rowel-van der Linde en Wulphert Venderink 4

Voorzitterscolumn – Mathias Prokop 3

DIVERSEN

Herbeoordeling beeldvorming bij onenigheid –

Ton van der Vliet, Jolanda Streekstra, Tietse van Dorp,

Gerrit Jager en Peter Wensing 24

Jaarkalender NVvR 2023 33

MEDIA

Boekbespreking: Compendium Geneeskunde

Pocket Radiologie – Ruth Kaufmann 27

Boekbespreking: U heeft nog 25 jaar – Alexander van Straten 29

SECTIE HISTORIE

Serie 'Van belang voor de radiologie, maar (bijna) vergeten:

Cornelis Wind – Kees Simon en Frans Zonneveld 30

PERSONALIA

Ruud Pijnappel nieuwe president EUSOBI 27

Erelegpenning voor Herman Pieterman 28

Opleidingsprijs voor radioloog Kees van Dijke 29

Radioloog & hobby: Anton Meijer – Joy Vroemen 34

Tante Bep 35

THEMA TUCHTRECHT

Inleiding in het tuchtrecht – Wulphert Venderink,

Jolanda Streekstra, Gé Hoffland en Gerrit Jager 5

Tuchtrechtelijke casuïstiek: kwesties rond diagnostiek

en achteraf onjuiste diagnose –

Wulphert Venderink en Jolanda Streekstra 6

Help, een tuchtklacht voor een van de werknemers of aios –

Liesbeth Peters-Bax en Evert-Jan Vonken 9

Tuchtrechtelijke casuïstiek: communicatie en het radiologisch

verslag – Wulphert Venderink en Jesse Habets 10

Tuchtrechtelijke casuïstiek: aanbevelingen bij (non-vasculaire)

interventies – Wulphert Venderink en Mark Burgmans 13

De radioloog en het geheim van de raadkamer – Gé Hoffland

 15

Tuchtrechtelijke casuïstiek: aios en supervisor:

wie is verantwoordelijk? – Wulphert Venderink,

Winnifred van Lankeren en Caroline Beaumont 17

Een tuchtklacht: fout gedaan is niet fout gedaan – Saskia Otters

 19

Tuchtrechtelijke casuïstiek: welke verantwoordelijkheid heeft

de aanvrager? – Wulphert Venderink en Mathias Prokop 20

Leren van het tuchtrecht voor radiologen – Gerrit Jager

 22

Colofon

Jaargang 27, nummer 4, december 2022

UITGAVE MemoRad is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie en verschijnt viermaal per jaar in een oplage van 2.200 exemplaren voor alle leden van de vereniging alsmede een selecte groep geïnteresseerden. MemoRad staat onder redactionele verantwoordelijkheid van de secretaris van de NVvR.

REDACTIE MEMORAD Dr. P.R. Algra, Alkmaar (hoofdredacteur), N. van Esschoten, Brummen (eindredacteur), Dr. J.C. Vroemen (secretaris), Dr. M.M. van Heeswijk, Utrecht, Dr. M. Huisman, Nijmegen, Dr. R. Kaufmann, 's-Gravenhage, Dr. W. van Lankeren, Rotterdam, Drs. I. Oulad Abdennabi, Amsterdam, Dr. C.A.J. Puylaert, Amsterdam (nms Juniorsectie), Dr. H.M.E. Quarles van Ufford, Den Haag (nms bestuur NVvR), Dr. M.J.A. Smid-Geirnaerd, Goes, Dr. A. van Straten, Amstelveen, Dr. N. Tolboom, nucleair geneeskundige, Utrecht

REDACTIE EN BUREAU VAN DE NVvR Nederlandse Vereniging voor Radiologie, Mercatorlaan 1200 – 3528 BL Utrecht, telefoonnummer (088) 110 25 25, e-mail memorad@radiologen.nl of nvvr@radiologen.nl, web www.radiologen.nl

ADVERTENTIETARIEVEN Op aanvraag bij de NVvR, nvvr@radiologen.nl

VORMGEVING Nic. Ammerlaan bno, grafisch ontwerper, Bussum

DRUK VdR druk & print, Nijkerk

© 2022 Nederlandse Vereniging voor Radiologie – ISSN 1384-5462

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en de makers van het werk.

MemoRad is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in deze uitgave. MemoRad is niet verantwoordelijk voor handelingen van derden welke mogelijkerwijs voortvloeien uit het lezen van deze uitgave.

De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de redactie. De redactie is niet aansprakelijk voor de inhoud van onder auteursnaam opgenomen artikelen en van de advertenties. De redactie behoudt zich het recht voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie heeft gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt, vragen wij u contact op te nemen via memorad@radiologen.nl.

COLUMN

Het Integraal Zorgakkoord en de radiologie



Op 16 september is het Integraal Zorgakkoord (IZA) door dertien koepelorganisaties getekend. Via de Federatie Medisch Specialisten was ook de NVvR geïnvolveerd. In het akkoord wordt geschetst wat de verwachtingen zijn als we niets doen: dan moeten straks één op de vier mensen in de zorg actief zijn en krijgen we alsnog meer overbelaste zorgprofessionals. Tijdige zorg komt onder druk te staan en het aandeel van de zorgkosten aan het bruto binnenlands product stijgt van 13 naar 20 procent. Niets doen is dus geen optie.

Het IZA focust op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een cruciale rol speelt *passende zorg*: aantoonbaar effectieve zorg op de juiste plek, waarin kwaliteit van leven centraal staat en de besluiten samen met de patiënt genomen worden. Aantoonbaar effectief betekent dat nieuwe zorgconcepten (denk aan diagnostische poort of mamma MR-screening) eerst bewezen moeten worden voordat er vergoeding komt. Onze strategie probeert hierop in te zetten: focus op kostenreductie door implementatie van nieuwe zorgconcepten in diagnostiek en behandeling, idealiter samen met zorgverzekeraars en overheid.

Hiervoor zijn sterke wetenschap, innovatiekracht en goede zorgevaluatiestudies nodig. De commissie wetenschap speelt hierbij een belangrijke rol. Maar uiteindelijk moeten we met z'n allen *nog sterkere* samenwerkingsverbanden opzetten om zorgevaluatiestudies sneller af te ronden. Met deze gegevens kan dan onze commissie beroepsaangelegenheden voor *passende extra vergoeding zorgen*. Niet in hogere inkomsten, maar in *meer menskracht*.

Het laatste punt blijkt problematisch: zonder *'nee, tenzij'* lukt het ons binnen het huidige systeem niet om nieuwe stafleden te financieren. Als NVvR weten we niet of onze handvatten hiervoor tot succes geleid hebben, maar in de afgelopen maanden zijn duidelijk meer stafvacatures ingevuld. Politiek is dit belangrijk te laten horen: we zijn geen krimp-vak maar een *groei-vak*. Persoonlijk verwacht ik dat

de zorgvraag in zijn geheel over de komende twintig jaar met een factor 2 gaat stijgen en de vraag naar beeldvormende diagnostiek met een factor 4. Om dit te behappen, zijn concepten nodig die AI integreren en ons tijd geven voor de nieuwe rollen als consultant en Alnnovator.

AI speelt een belangrijke rol bij *gestandaardiseerde* diagnostische taken. AI kan gestandaardiseerde verslaglegging waarmaken zonder meer tijd kwijt te raken, stressverlagend werken (minder kans om iets te missen) en tijd vrijspelen voor andere taken. Echter, de meeste AI-programma's zijn er nog niet voor geschikt. *Cross-hospital workflow*, waarbij patiënten met soortgelijke vraagstelling gebundeld aangeboden worden voor verslaglegging kan onze efficiency verhogen, maar vergt nieuwe concepten voor gegevensbeschikbaarheid die snel maar toch AVG-compatibel zijn. Ook hier helpt het IZA met zijn focus op betere data-infrastructuur en gegevensuitwisseling.

Echter moeten we alert zijn dat de straks geïmplementeerde systemen deze werkwijze ook werkelijk mogelijk maken. Bill Gates heeft ooit gezegd: *most people overestimate what they can do in one year but underestimate what they can do in 10 years*. Het is mijn overtuiging dat AI op de lange termijn de meerderheid van onze (te standaardiseren) verslaglegging autonoom af gaat handelen. Gezien hoe langzaam beleid verandert, is het belangrijk dat we nu al erop voorsorteren en nieuwe taken claimen, zoals diagnostische poortwachter, consulent en behandelaar. Dit wordt niet makkelijk, maar is wel noodzakelijk.

Mijn tijd als voorzitter begon meteen met een klapper, een ongekende pandemie. Corona was een *pressure cooker* voor veranderingen. Thuiswerken – het kan dus toch. Corona heeft ook laten zien dat wij in staat zijn samen te werken, snel op ontwikkelingen in te spelen en onze werkwijze te veranderen. Onze bijdrage in de eerste coronagolf was enorm en de NVvR heeft een belangrijke rol gespeeld om activiteiten in ons vak te coördineren, kennis te verspreiden en de zorg beter te maken. Ik hoop dat wij ten minste een deel van de geest van samenhangigheid mee kunnen nemen in de toekomst.

In de afgelopen tweeënehalf jaar heeft de NVvR een strategie uitgewerkt die goed aansluit bij het IZA en de uitdagingen van ons vak. Bedreigingen zetten zaken op scherp. Er is geen geld meer om de stijgende zorgvraag te bekostigen. We moeten het dus slimmer doen. Niet alles is meer maakbaar. Passend hierbij hebben we als NVvR destijds al de focus gelegd op onze bijdrage aan de betaalbaarheid van zorg én op werkplezier. Cruciale factoren om hierbij te komen, zijn meer zichtbaarheid van ons vak en slimmer gebruik van AI en technologie.

Ik draag het voorzittersstokje tijdens de Algemene Vergadering op 9 februari over en ben blij met wat we al hebben bereikt. Maar de omzetting vergt een lange adem. We moeten de komende jaren hier samen aan werken om succesvol te worden. ■

Mathias Prokop

Ten geleide



Beste lezer,

Dit nummer schenkt aandacht aan het tuchtrecht voor de gezondheidszorg. Het tuchtrecht beoogt de kwaliteit van de gezondheidszorg te bewaken en bevorderen. Uit de reacties op het tuchtrecht maken de tuchtcolleges echter op dat er nog veel angst en onbegrip heerst over het tuchtrecht. In gesprekken van de tuchtcolleges met onder meer de KNMG wordt gezocht naar een meer 'lerende werking' van het tuchtrecht. Eén manier is dat de colleges proberen hun uitspraken beter leesbaar te maken door minder vakjargon te gebruiken.

Ook is het lerend vermogen te vergroten door uitspraken te lezen via www.tuchtrecht.nl. En het grootste lerend rendement is als zorgverleners de relevante uitspraken systematisch onder de loep nemen en de bevindingen delen. Vandaar dat de tuchtcolleges initiatieven zoals dit nummer van MemoRad zeer waarderen. Wij zijn eropuit om u en uw collega's te behoeden voor fouten of misverstanden in de toekomst, doordat u leert van eerdere uitspraken. Dit nummer helpt u hopelijk daarbij. Als tuchtcolleges zijn wij gehouden alle ingediende klachten te beoordelen. Pas na beoordeling is te bekijken of de klacht al dan niet hout snijdt. En dit alles volgens de regels die de wetgever heeft opgesteld. Vandaar dat alleen klachten tegen individuele zorgverleners zijn te toetsen. Dit vormt voor klagers soms een moeilijke start: tegen wie van de samenwerkende zorgverleners moet de klacht zich richten?

De wetgever heeft de klagers daarom terzijde willen staan door tuchtklachtfunctionarissen aan te stellen. Deze kunnen klagers bijstaan in het formuleren van de juiste klacht tegen de betrokken zorgverlener. Zorgverleners hebben vrijwel altijd toegang tot rechtshulp via de werkgever of een eigen verzekering. Zo wordt een *fair trial* bewerkstelligd; dat dit tijd vergt, is onvermijdelijk. Een procedure krijgt daarmee een vrij juridisch karakter, maar uiteindelijk wordt het handelen van de beklaagde zorgverlener in een eerlijk proces (voor beide partijen) beoordeeld aan de hand van de eigen beroepsnormen. Als een tuchtklacht tegen u wordt ingediend, adviseren wij reflectie, eventueel een verhelderend gesprek met de klager, en inschakeling van *peer support*, als die voor u beschikbaar is. Blijft u er van uitgaan dat ieder mens fouten maakt, dat een zorgverlener zich toetsbaar hoort op te stellen en dat tuchtzaken op een faire manier worden beoordeeld. ■

mr. Jenneke M. Rowel-van der Linde
voorzitter Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg



Beste collega,

In dit themanummer kunt u zich een goed beeld van het tuchtrecht opdoen. De radiologie-gerelateerde tuchtrechtelijke jurisprudentie van 2011 tot en met 2021 staat hierin centraal. De belangrijkste bevindingen uit de jurisprudentie staan thematisch beschreven in de artikelen met de bovenkop 'Tuchtrechtelijke casuïstiek'. Verschillende collega's zijn bereid geweest om deze bevindingen van een commentaar te voorzien om zo de casuïstiek in een breder perspectief te plaatsen. U vindt dit commentaar aan het eind van ieder artikel.

Verder belicht dit themanummer verschillende andere aspecten van het tuchtrecht. In het tuchtrecht staat de individuele verwijtbaarheid van een zorgverlener centraal. Maar Liesbeth Peters-Bax en Evert-Jan Vonken laten in hun gezamenlijke bijdrage zien dat een (tucht)klacht verder kan reiken dan alleen de radioloog of aios wiens handelen centraal staat in de tuchtzaak.

Gé Hoffland, lid-beroepsgenoot, zet in zijn bijdrage de deur van de doorgaans gesloten raadkamer op een kier en laat zien hoe een beslissing van een tuchtcollege tot stand komt en voor welke uitdagingen de tuchtcolleges staan. De belangrijkste uitdaging is misschien wel het verhogen van het lerend rendement van het tuchtrecht. Gerrit Jager gaat hier in zijn artikel verder op in en bespreekt verschillende knelpunten die het leren van het tuchtrecht op dit moment belemmeren.

Bent u een van de ongelukkige radiologen die te maken krijgt met een (tucht)klacht, dan kan de bijdrage van Saskia Otters, jurist bij de Federatie Medisch Specialisten, behulpzaam zijn. Zij maakt inzichtelijk wat u in dat geval het beste kunt doen.

Heel veel dank aan Jolanda Streekstra, Gerrit Jager en Gé Hoffland en de redactie voor het meedenken en kritisch meelesen met de verschillende artikelen.

Wij wensen u veel leesplezier en fijne feestdagen! ■

dr. mr. Wulphert Venderink, gashoofdredacteur
radioloog Erasmus MC en jurist gezondheidsrecht

Inleiding in het tuchtrecht



Wulphert Venderink



Jolanda Streekstra



Gé Hoffland



Gerrit Jager

Alle zorgverleners die geregistreerd staan in het BIG-register, zijn aan het tuchtrecht onderworpen: radiologen en nucleair geneeskundigen, maar ook aios radiologie. Medisch beeldvormings- en bestralingsdeskundigen (MBB'ers) staan niet in het BIG-register en zijn dus niet onderworpen aan het tuchtrecht. Wat gebeurt er als een tuchtklacht wordt ingediend? En hoe groot is de kans dat u ermee te maken krijgt?

Procedure

Een tuchtklacht moet binnen tien jaar na het vermeend verwijtbare handelen bij één van de drie Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (RTG) worden ingediend: Amsterdam, 's-Hertogenbosch en Zwolle.¹ Een hoger beroep kan worden ingediend bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) in Den Haag. Een RTG bestaat uit twee rechtsgeleerden en drie leden-beroepsgenoten. Bij het CTG is deze verhouding andersom. Bijna alle tuchtzaken bij een RTG en het CTG starten op initiatief van een patiënt of nabestaanden.²

Nadat een afschrift van het klaagschrift aan de beklagde is verzonden, kan de beklagde een verweer schrijven. Op dit verweer kan de klager weer schriftelijk reageren. Als laatste kan de beklagde hier weer op reageren. Op deze manier vindt hoor en wederhoor plaats. Na dit papieren vooronderzoek vindt een zitting plaats, tenzij het tuchtcollege op basis van het vooronderzoek van mening is dat de klacht kennelijk ongegrond moet worden verklaard.

Beslissing

Binnen twee maanden na de zitting wordt de beslissing van het tuchtcollege uitgesproken. Als een klager ontvankelijk is in zijn klacht, wordt de klacht gegrond of ongegrond verklaard. Na een gegrond verklaring zijn verschillende soorten maatregelen op te leggen. De meest mil-

de maatregel is een waarschuwing. Een berisping is iets zwaarder en heeft een meer verwijtend karakter. Zo noemde het CTG in een recente uitspraak: *“De oplegging van een waarschuwing is in deze zaak passend nu dit een zakelijke terechtwijzing is die de onjuistheid van een gedraging naar voren brengt, zonder daarop het afkeurende stempel van laakbaar handelen te drukken”*.³ Bij ernstig verwijtbaar handelen

kan een zorgverlener worden geschorst of zelfs worden geschrapt uit het register. Hierbij moet je vooral denken aan zaken waarin sprake is van middelenmisbruik of seksueel ontoelaatbaar gedrag.

Eerste en tweede tuchtnorm

De tuchtcolleges toetsen het handelen van een beklagde zorgverlener aan de twee tuchtnormen van artikel 47 lid 1 Wet BIG. De eerste tuchtnorm betreft het handelen of nalaten in strijd met de zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te betrachten. Hieronder vallen bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde of een te late diagnose of

medisch-technische fouten. De tweede tuchtnorm heeft betrekking op enig ander dan het hiervoor bedoeld handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt. Dit is een vrij algemeen geformuleerde norm waar diverse gedragingen onder kunnen vallen. Denk aan verzekeringsfraude, een onjuist optreden in de media of het optreden als arts-bestuurder.⁴ Maar ook

gedragingen in de privésfeer kunnen binnen de tweede tuchtnorm vallen. De normen waaraan getoetst wordt, stelt de beroepsgroep zelf op in richtlijnen, protocollen en leidraden.

Kans op een klacht

Voor dit themanummer zijn tuchtzaken geanalyseerd tegen radiologen, nucleair geneeskundigen en aios die vanaf 2011 tot en met 2021 op de website www.tuchtrecht.nl zijn gepubliceerd. In deze elf jaar zijn er bij de RTG's vijftig tuchtzaken tegen radiologen behandeld, twee tegen aios radiologie en één tegen een nucleair geneeskundige. ▶

‘De kans voor radiologen op minstens één klacht gedurende een loopbaan van dertig jaar is ongeveer 9 procent’

Volgens de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) stonden er per jaar gemiddeld circa 1.300 radiologen, 190 nucleair geneeskundigen en 380 aios (radiologie) geregistreerd.^{5,6} Een ruwe berekening toont dat een radioloog een kans heeft van ongeveer 0,3% per jaar op een tuchtklacht bij een RTG (50/11/1300*100). Dit betekent dat de kans op minstens één klacht gedurende een loopbaan van dertig jaar ongeveer 9% is ($1 - 0.997^{30}$). Voor nucleair geneeskundigen is er een jaarlijkse kans van 0,05% op een tuchtklacht en een kans van 1,5% gedurende dertig jaar. Voor een aios is er een jaarlijkse kans van 0,05% op een tuchtklacht bij een RTG en 0,3% gedurende een opleiding van vijf jaar.

Wulphert Venderink

radioloog Erasmus MC en jurist gezondheidsrecht

Jolanda Streekstra

ambtelijk secretaris NVvR en jurist

Gé Hoffland

radioloog n.p. en lid-beroepsgenoot

Gerrit Jager

radioloog n.p.

Literatuur

1. Stb. 2022, 98
2. W. Venderink, J. Bollen, M.E.B. Morsink, 'Appelleren is riskeren, maar bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg kun je het misschien proberen. Jurisprudentie-

- analyse van tien jaar hoger beroep bij het CTG.' Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2022;(46)2:129-136.
- 3. CTG30maart2022.ECLI:NL:TGZCTG:2022:58
- 4. Zie bijvoorbeeld CTG 6 juli 2017. ECLI:NL:TGZCTG:2017:201 en CTG 18 juni 2013. ECLI:NL:TGZRAMS:2013:YG3015
- 5. RGS (2021, 11 oktober). Aantal aiossen per specialisme/profiel op peildatum 31 december van het jaar. Geraadpleegd op 6 mei 2022, van <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/registers.htm>
- 6. RGS (2021, 11 oktober). Aantal geregistreerde specialisten/profielartsen op peildatum 31 december van het jaar. Geraadpleegd op 6 mei 2022, van <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/registers.htm>

TUCHTRECHTELIJKE CASUÏSTIEK

Kwesties rond diagnostiek en achteraf onjuiste diagnose



Wulphert Venderink



Jolanda Streekstra

Hoewel het missen van afwijkingen onvermijdelijk is, kan u dit tuchtrechtelijk worden verweten, afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Wat kunnen we leren van ruim dertig tuchtzaken tegen radiologen waarin een achteraf onjuiste diagnose aan de orde kwam?

We worden er allemaal regelmatig mee geconfronteerd; de achteraf onjuiste diagnose. Vaak via een e-mail attendeert een collega u op een scan waarop retrospectief een bepaalde afwijking te zien is. Meestal blijft het bij deze e-mail en heeft het voor de radioloog verder geen consequenties. Een aantal collega's is de afgelopen jaren echter minder fortuinlijk geweest en heeft een brief van een tuchtcollege op de mat gekregen.

Gemist of niet zichtbaar?

Voor een tuchtrechtelijk verwijt moet er allereerst een afwijking te zien zijn geweest of moet er sprake zijn van een achteraf onjuiste diagnose. Als achteraf afwijkingen aan het licht komen, is dit de

radioloog niet te verwijten als dat eerder niet te zien was.¹ In een zaak uit 2017 bijvoorbeeld, waarbij een moeder met haar

zijn, dat de foto's van voldoende kwaliteit zijn en dat de foto's goed te beoordelen zijn. Ook de beoordeling van het verslag is juist.'

'Als achteraf afwijkingen aan het licht komen, is dit de radioloog niet te verwijten als dat eerder niet te zien was'

twee maanden oude baby van de trap viel, zijn röntgenfoto's van de wervelkolom van de baby gemaakt.² Hierop waren, ook retrospectief, geen afwijkingen te zien. Later bleek toch sprake van een densfractuur. In deze zaak merkte het tuchtcollege op *'dat de foto's naar de regelen der kunst gemaakt*

Subtiele afwijking

Als een afwijking heel subtiel is, zal het missen van een dergelijke afwijking u niet snel verweten worden.³ Aan de andere kant geldt dat het missen van een achteraf duidelijk zichtbare en typische afwijking wel een tuchtrechtelijk verwijt kan op-

leveren. Zo oordeelden in verschillende zaken de tuchtcolleges dat een bepaalde afwijking 'zodanig afwijkend is dat dit genoemd had moeten worden'.⁴ In een zaak uit 2014 bijvoorbeeld, zag een radioloog een retrofaryngeaal abces niet op een MRI van de cervicale wervelkolom.⁵ Het RTG Den Haag schreef: 'er blijkt niet van een beeld dat op verdedigbare gronden anders geïnterpreteerd kon worden of zodanig onduidelijk dat het missen van het abces de arts niet kan worden aangerekend'.⁷

het oraal toegediende contrast over het hoofd. In de zaak kreeg deze radioloog een waarschuwing opgelegd. Het tuchtcollege motiveerde dit onder andere als volgt: 'Juist vanwege de kans op darmletsel heeft beklagde opdracht gegeven klager voorafgaand aan het beeldvormend onderzoek oraal contrast te laten drinken. Ook de op 3 april 2016 gemaakte CT-scan en de in het verslag daarvan beschreven bevindingen aan het jejunum noopte tot alertheid op (dunne) darmletsel'.⁷

en slecht zichtbaar zijn dat de ene radioloog deze binnen een breder onderzoek als hier aan de orde nog wel opmerkt en de ander, hoewel even redelijk bekwaam, niet'. Hoewel de tuchtcolleges rekening houden met de beperkingen van bepaald onderzoek, wil dit niet zeggen dat ze überhaupt niet naar de afbeeldingen van echografie kijken. In een zaak uit 2012 stelde het RTG Eindhoven op basis van de echografiebeelden vast, anders dan de beklagde radioloog, 'dat wel degelijk een afwijking in de kop van het pancreas zichtbaar is'.⁸ Ook meer recent oordeelde het RTG Den Haag op basis van echografiebeelden dat een radioloog in plaats van een BI-RADS 3 tot een BI-RADS 4 classificatie had moeten komen.⁹

'De setting waarin een afwijking is gemist, kan bepalend zijn of het missen van een afwijking u wordt aangerekend'

Andere omstandigheden

Ook de setting waarin een afwijking is gemist, kan bepalend zijn of het missen van een afwijking u wordt aangerekend. Zo werd het in 2018 twee screeningsradiologen niet verweten een afwijking op een mammogram niet te hebben gezien.⁶ Het RTG Den Haag benadrukte dat het in deze zaak rekening houdt met het feit dat de screening een ander doel en andere werkwijze heeft dan de beoordeling van een mammogram in een ziekenhuis: 'het doel is om vroegtijdig borstkanker op te sporen in de doelgroep als geheel (...). Er is geen contact met patiënt en er kan geen lichamelijk of aanvullend radiologisch onderzoek plaatsvinden'. Een screeningssituatie kan dus een omstandigheid zijn waaronder het missen van afwijkingen minder snel tuchtrechtelijke verwijtbaarheid oplevert. Maar, het college benadrukte 'dat het missen van een carcinoom bij het bevolkingsonderzoek onder omstandigheden tuchtrechtelijk verwijtbaar kan zijn.' Overigens dient hierbij te worden vermeld dat screeningsradiologen de kwaliteitsrichtlijnen van het RIVM dienen te volgen en niet die van de NVvR.

Extra alert

Dat er ook omstandigheden zijn die u extra alert moeten maken, blijkt uit een casus uit 2020 waarin tweemaal een CT scan van het abdomen werd gemaakt bij een motorcrosser die na een val het stuur in zijn buik kreeg. De conclusie van het eerste verslag luidde: 'contusieel jejunum letsel'. Omdat de patiënt de volgende dag zieker werd, is besloten de CT-scan te herhalen. Dit keer werd behalve intraveneus ook oraal contrast toegediend. De radioloog die deze CT-scan beoordeelde, zag een lekkage van

Modaliteit

Behalve de setting weegt ook de modaliteit mee waarop de gemiste afwijking te zien was. Het RTG Zwolle beoordeelde in 2012 een zaak waarin een patiënt en zijn dochter klaagden over twee radiologen die een niertumor in de rechternier niet hadden gezien bij een controle na een tumorectomie links. Eerst werd de afwijking niet gezien op een CT thorax-abdomen en een jaar later werd de afwijking gemist tijdens een echografische controle. Een half jaar daarna werd de afwijking ontdekt. De radioloog die de echo heeft verricht stelde in zijn verweerschrift dat 'echografisch onderzoek een lagere sensitiviteit en specificiteit kent dan een CT-scan ingeval er sprake is van een solide tumor en dat daardoor tumoren of metastasen minder makkelijk worden opgespoord'.⁵ Het tuchtcollege ging mee in dit verweer en verklaarde de klacht ongegrond. In deze zaak werd ook de radioloog die de CT-scan had beoordeeld, niets tuchtrechtelijk verweten.⁶ Het tuchtcollege oordeelde: 'een laesie kan dermate klein

Achteraf onjuiste diagnose

Sinds 2011 zijn er twee casus geweest over afwijkingen die wel gezien zijn, maar onjuist bleken te zijn geïnterpreteerd. In de vorige paragraaf kwam al de casus aan bod waarin het tuchtcollege op basis van echografiebeelden tot een BI-RADS 4 classificatie kwam in plaats van BI-RADS 3, zoals de radioloog in de zaak. De tweede casus gaat om afwijkingen in de lever op een CT-scan bij iemand na een pylorusparende pancreatico duodenectomie. De afwijkingen werden geduid als *sterke suspectie op levermetastasen*.¹⁰ Een jaar later werd in een ander ziekenhuis een MRI van de lever gemaakt en bleek er sprake van focale steatose. Het tuchtcollege oordeelde: 'Het feit dat sprake was van een atypische vorm van focale steatose waarbij de geconstateerde afwijkingen niet passen bij vetconcentratie en tevens de algemene prognose van de ziekte in ogenschouw is genomen kan het de radioloog in kwestie niet verweten worden dat zij als waarschijnlijkheidsdiagnose levermetastasen heeft genoemd.' ■

Wulphert Venderink
radioloog Erasmus MC en
jurist gezondheidsrecht

Commentaar Jolanda Streekstra:

'Missers zijn niet altijd verwijtbaar, maar soms wel vermijdbaar'

'Uit tuchtrechtelijke uitspraken van recentere jaren blijkt meer aandacht voor het feit dat bij een herbeoordeling makkelijker pathologie wordt gezien dan bij de initiële beoordeling. Bij een tuchtrechtelijke klacht is het verloop van een casus ná de bestreden beeldvorming immers bekend, en het is moeilijk die kennis te negeren. Toch behoort herbeoordeling ex tunc te geschieden: met de kennis en wetenschap die tijdens de situatie van toen beschikbaar waren. ▶

Waarom zijn afwijkingen achteraf zoveel makkelijker te zien? Ten eerste is er een hogere graad van verdenking (anders was er geen herbeoordeling), waardoor langer en zorgvuldiger wordt gekeken. Als u pathologie verwacht, ziet u ook vaker pathologie. Daarnaast verschillen de omstandigheden waarin gekeken wordt: zo zijn er geen interrupties of enorme werkljsten, zodat alledaagse biases als *satisfaction of search* minder snel optreden.¹¹

Bekwame beroepsuitoefening

Standaard overweegt het tuchtcollege dat het er niet om gaat of het handelen beter had gekund, maar of *'de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bewakame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard'*. Er kan worden getoetst aan zowel geschreven als ongeschreven normen.¹²

Is 'gemist' dus niet verwijtbaar en onvermijdelijk? Er bestaat zelden tuchtrechtelijke verwijtbaarheid indien – achteraf gezien – de juiste diagnose niet (tijdig) is gesteld, *mits* het onderzoek toereikend was en de beroepsbeoefenaar aan de op dat moment bekende gegevens gerechtvaardigde conclusies heeft verbonden.¹³ Ook tuchtcolleges begrijpen dat de menselijke waarneming en beoordeling imperfect is. Toch blijft het noodzakelijk om de risico's en voor- en nadelen van radiologische beeldvorming te blijven uitleggen.¹⁴

'Missers verdienen een systematische evaluatie en multi-factoriële aanpak van verbetermogelijkheden'

Missers reduceren

Het is te gemakkelijk om te stellen dat missen onvermijdelijk is, en het daarbij te laten. Gestreefd kan en moet worden naar het reduceren van 'missers'. Daarbij kan het belang van een veilige cultuur op de afdeling en een goede relatie tussen verwijzers en radioloog die discrepanties systematisch bespreken, niet genoeg worden benadrukt. Verdedigbaar is dat een morele en professionele plicht bestaat om waar mogelijk fouten en schade te voorkomen.¹⁵ Daarnaast bestaan zowel technologische als niet-technologische middelen om de radioloog feedback te geven over zijn wijze van beoordeling, al kennen deze veelal ook praktische en financiële belemmeringen voor gemakkelijke toepassing in de radiologische praktijk.¹⁶

Zelfreflectie

Ten slotte kan gewezen worden op de onmiskenbare relatie die bestaat tussen de steeds maar toenemende werkdruk en kwaliteit. Zorgen over gebrek aan werkplezier door vermoeidheid en stress van de radioloog worden erkend door het NVvR-bestuur.¹⁷ Concluderend: missers zijn niet altijd verwijtbaar, maar soms wel vermijdbaar. Ze verdienen een systematische evaluatie en multifactoriële aanpak van verbetermogelijkheden, om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Zelfreflectie behoort onderdeel te zijn van een professionele houding en is bovendien te beschouwen als een morele plicht. ■

Jolanda Streekstra

ambtelijk secretaris NVvR en jurist

Literatuur

1. Zie bijvoorbeeld RTG Eindhoven 29 oktober 2020. ECLI:NL:TGZREIN:2020:53, RTG Zwolle 17 januari 2020. ECLI:NL:TGZRZWO:2020:5, RTG Zwolle 18 januari 2021. ECLI:NL:TGZRZWO:2021:13 of CTG 19 november 2021. ECLI:NL:TGZCTG:2021:194
2. RTG Amsterdam 12 december 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:141
3. Zie bijvoorbeeld RTG Zwolle 8 maart 2012. ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1835, RTG Zwolle 8 januari 2021. ECLI:NL:TGZRZWO:2021:6, RTG Amsterdam 17 augustus 2021. ECLI:NL:TGZRAMS:2021:79 of RTG Zwolle 8 maart 2012. ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1836
4. Zie bijvoorbeeld RTG Eindhoven 19 december 2018. ECLI:NL:TGZREIN:2018:95, RTG Eindhoven 8 november 2011. ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1485, RTG Zwolle 17 januari 2020. ECLI:NL:TGZRZWO:2020:6 of RTG Zwolle 18 oktober 2013. ECLI:NL:TGZRZWO:2013:36
5. RTG Den Haag 29 juli 2014. ECLI:NL:TGZRSGR:2014:80
6. RTG Den Haag 6 november 2018. ECLI:NL:TGZRSGR:2018:167 en RTG Den Haag 6 november 2018. ECLI:NL:TGZRSGR:2018:168
7. RTG Zwolle 17 januari 2020. ECLI:NL:TGZRZWO:2020:5 en RTG Zwolle 17 januari 2020. ECLI:NL:TGZRZWO:2020:6
8. RTG Eindhoven 8 november 2011. ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1485
9. RTG Den Haag 16 november 2021. ECLI:NL:TGZRSGR:2021:119
10. RTG Eindhoven 10 november 2014. ECLI:NL:TGZREIN:2014:94
11. MemoRad 2;2018 Fouten in de Radiologie <https://www.radiologen.nl/praktijk-be-roep/fouten-de-radiologie>
12. Een voorbeeld van een algemeen aanvaarde maar ongeschreven norm, is dat de héle foto bekeken moet worden, ook (of juist) de randjes ervan.
13. Bijvoorbeeld ECLI:NL:TGZRAMS:2015:57
14. Berlin L., Accuracy of diagnostic procedures: has it improved over the past five decades? AJR 2007;188:1173-1178
15. The ethical imperative to think about thinking. August 6, 2014 Stark M, Fins JJ. Camb Q Health Ethics. 2014;23(4):386-96.
16. Waite S, Scott J, Gale B, et al. Interpretive Error in Radiology, AJR 2017;208:739-749
17. Strategische visie NVvR '21-'30 <https://www.radiologen.nl/nieuws/strategische-visie-nvv-21-30>

Kort nieuws | ECR 2023 al in maart

Het European Congress of Radiology (ECR) vindt plaats van 1 tot en met 5 maart 2023. De data die eerder waren aangekondigd (5-9 juli), ook in MemoRad, komen hiermee te vervallen. De organisatie kondigde in mei aan het jaarcongres de komende jaren in de zomer te organiseren vanwege de maatregelen rondom de COVID-pandemie. Op die beslissing komt de ECR nu terug.

Help, een tuchtklacht voor een van de werknemers of aios

De eerlijkheid gebiedt te zeggen: voor ons is de titel van dit artikel theoretisch, want we hebben het nog niet meegemaakt. Het overkomt namelijk vooral de collega's met direct patiëntencontact. Dat zijn met name de laboranten, maar die vallen niet onder het tuchtrecht omdat zij niet BIG-geregistreerd zijn.



Liesbeth Peters-Bax



Evert-Jan Vonken

Waar de afdeling vaker mee te maken heeft, zijn klachten, calamiteiten en SIRE onderzoeken. Die zijn vooral op het proces gericht. Een tuchtklacht richt zich op een persoon (zorgverlener) en er wordt beoordeeld of is gehandeld naar de 'geldende professionele standaard'. Wat is die standaard dan? Aan het begin van de loopbaan in de radiologie ontwikkelen aios zich in het medisch handelen, competenties en vaardigheden. Daaruit moet onder andere blijken dat zij kunnen reflecteren op eigen handelen en beschikken over goed aanpassingsvermogen. Met het bemachtigen van het C-formulier zijn ze bevoegd bekwaam. Is dat voldoende? En is het onderhouden van onze bekwaamheid genoeg voor deze professionele standaard?

Gevoelsmatig rechtvaardig

Lastig is ook dat een (assistent-)radioloog veelal niet geheel autonoom handelt, maar onderdeel uitmaakt van een groter geheel met geldende kaders over houding en gedrag, werkafspraken en procedures binnen een afdeling. Met de huidige kwaliteitseisen, audits en JCI-accreditaties wordt ingezet op onze (kennis van) procedures en protocollen. In onze manier van werken wordt een groot belang gehecht aan een goede communicatie, aanspreekcultuur, geven (en krijgen) van feedback om te willen leren van fouten en open te staan voor verbetering. Het tuchtrecht spreekt dan ook in plaats van schuld over 'verwijtbaarheid'. Had je of hadden we dit kunnen voorkomen?

Dat is ook meestal de eerste reactie bij het lezen van de tuchtzaken in *Medisch*

Contact: had dit mij kunnen gebeuren, en vind ik de uitspraak gevoelsmatig rechtvaardig? Dat laatste is natuurlijk niet altijd zo. Met name als een tuchtzaak op procedurele argumenten besloten wordt, is dat lastig: als leek redeneer je vanuit een gevoel, maar juist het volgen van formele regels en het vasthouden aan feiten behoeden ons systeem voor toestanden als bij juryrechtspraak.

Inhoud en omstandigheden

Of de uitkomst van een tuchtzaak als rechtvaardig wordt ervaren, hangt sterk af van de klacht. Wat is er gebeurd? Als het evident fout is, lijkt het makkelijk. Maar er is nauwelijks iets onrechtvaardiger dan onschuldig ergens van beschuldigd worden met omgekeerde bewijslast. Met de hedendaagse publieke cyberveroordelingen in combinatie met korte lontjes, moeten we daar ons bewust van zijn. Probeer ook niet in de valkuil van televisierechtsspraak te vallen: iemand is onschuldig tot het tegendeel bewezen is. Oordeel niet te snel!

Naast het individuele handelen spelen de omstandigheden een rol. Hoe heeft het kunnen gebeuren? Wat is eraan vooraf gegaan? Hadden we dit kunnen voorkomen? Zijn de procedures gevolgd? Zijn er retrospectief signalen geweest en hoe is daar op gehandeld? Ook kan de context van een klacht liggen in de privésfeer. In hoeverre is dit (geheel) gescheiden van de werkvloer? Dat brengt ons weer bij de kaders en procedures.

Hele afdeling

Ook al is een tuchtklacht gericht op een individu, betrek altijd de afdeling. De werkgever heeft – gedurende een tra-

ject en erna – zorgplicht voor zowel de aangeklaagde als de afdeling. Als werken onmogelijk is, door gemoedstoestand dan wel onrust op de afdeling, kan iemand (in eigen belang) op non-actief gezet worden. En denk naast juridische hulp binnen een afdeling ook aan begeleiding en steun, zakelijk en persoonlijk.

De uitspraak kan al dan niet rechtvaardig zijn. Belangrijk is om deze op de afdeling met elkaar te bespreken: zowel bij doorwerken als bij vertrek van de collega heeft de uitspraak impact op de anderen. Je kunt bijna niet voorkomen dat twijfels en achterklap ontstaan: 'ik zou het ook zo gedaan hebben', 'ik neem geen risico meer', 'ik twijfelde al aan die collega, zie je nu wel', of 'nu moeten wij meer werk doen'. Zonder iemand persoonlijk aan te vallen, mag er geen ruimte blijven bestaan voor speculatie. Daar kun je als afdeling nog jaren last van hebben. Vertrouwelijkheid en onderlinge open communicatie zijn essentieel. Houd tot slot bijdragende omstandigheden goed tegen het licht en pas procedures aan om herhaling te voorkomen.

Liesbeth Peters-Bax

radioloog en opleider Radboudumc Nijmegen

Evert-Jan Vonken

interventieradioloog en hoofd afdeling Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, UMCU, Utrecht

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 orthopeed 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 week-end 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>

TUCHTRECHTELIJKE CASUÏSTIEK

Aanbevelingen bij
(non-vasculaire) interventies

Kenmerkend aan klachten met betrekking tot (radiologische) interventies is dat na het optreden van een complicatie geklaagd wordt dat er niet is gehandeld volgens de richtlijnen en dat er geen sprake is geweest van *informed consent*.¹ Ontdek in dit artikel de belangrijkste bevindingen die naar voren komen uit elf (non-vasculaire) interventie gerelateerde tuchtzaken van de afgelopen jaren.² Dit betreffen vooral de procedurele aspecten rondom een interventie.



Wulphert Venderink



Mark Burgmans

Het uitgangspunt bij het gebruik van richtlijnen, protocollen of werkwijzen is dat deze opgevolgd moeten worden. Wel kan afwijken in bepaalde situaties gerechtvaardigd of zelfs noodzakelijk zijn. Dit moet goed gemotiveerd, gecommuniceerd en gedocumenteerd worden.³

Richtlijnen

Richtlijnen zijn werkwijzen die door de beroepsgroep zijn aangemerkt als goede zorg. Onterecht hiervan afwijken kan tuchtrechtelijk verwijtbaar zijn. Andersom geldt dat het handelen volgens de richtlijnen u in juridisch opzicht kan beschermen. Zo is in 2018 een klacht tegen een radioloog ongegrond verklaard omdat er

seal niet verwijtbaar is gehandeld door de circulatie van het been van de patiënt niet te controleren. Het CTG merkte op dat *'het binnen de beroepsgroep niet gebruikelijk was om (...) te verifiëren of de interventie goed verloopt of is verlopen door de doorbloeding van het been te controleren.'*

Informed consent en time-out

Bij het verkrijgen van *informed consent* geldt in principe dat diegene die voor een verrichting verantwoordelijk is, ook verantwoordelijk is voor juiste informatievoorziening en het verkrijgen van toestemming. Wel kunnen verwijzer en de behandelaar onderling andere afspraken maken over de taakverdeling rondom *informed consent*. Dit staat bijvoorbeeld

spokeen. Het tuchtcollege zei hierover dat bij een *'specialistische ingreep als de onderhavige de radioloog patiënte zelf had moeten informeren.'*

Soms komt het voor dat tijdens de time-out procedure (TOP) nog informatie aan het licht komt die niet bekend is bij de behandelaar. Zo maakte een patiënt met een subclavian-steal-syndroom tijdens de TOP bekend dat zij niet via haar linkerpols behandeld wilde worden omdat dat haar enige goede arm was. Om technische redenen heeft de radioloog, na een poging via de lies, alsnog een sheath in de pols moeten inbrengen. Het verwijderen van de sheath verliep helaas gecompliceerd waardoor een occlusie optrad die chirurgisch moest worden hersteld. De interventieradioloog stelde dat patiënte impliciet toestemming had gegeven voor een benadering via de pols omdat zij meewerkte aan de behandeling. In hoger beroep gaf het CTG de radioloog hierin gelijk.⁸ Volgens de NVvR leidraad *Periprocedurele informatievoorziening* mag een impliciete vorm van *informed consent* verkregen worden bij verrichtingen van een niet-ingrijpende aard.

Verslaglegging en communicatie

In meerdere zaken maakten de tuchtcolleges opmerkingen over de verslaglegging en communicatie rondom gecompliceerd verlopen procedures. In de zaak waarbij een dwarslaesie ontstond na een bronchialis embolisatie merkte het college op dat gegevens ontbraken omtrent *informed consent*, het verloop van de ingreep en het handelen na de ontdekking van de ►

'Onterecht van richtlijnen afwijken kan tuchtrechtelijk verwijtbaar zijn'

volgens de richtlijnen geen INR hoefde te worden bepaald, voorafgaand aan een gewrichtspunctie bij een patiënt die Fenprocoumon gebruikte. Het achterwege laten van een INR-controle was volgens het tuchtcollege *'een gerechtvaardigde keuze'*.⁴ Bij het ontbreken van richtlijnen moet je je houden aan dat wat binnen de beroepsgroep gebruikelijk is.⁵ Zo oordeelde het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) in een zaak dat na een gecompliceerde plaatsing van een angio-

zo in de NVvR leidraad *Informed consent bij radiologische ingrepen*. Hierbij blijft van belang dat de radioloog verifieert of *informed consent* is verkregen en of de patiënt de informatie begrepen heeft. Bij complexe ingrepen dient de radioloog zelf *informed consent* te verkrijgen. In een zaak uit 2016 bijvoorbeeld ontstond er bij een patiënte een dwarslaesie na een bronchialis embolisatie.⁷ In de zaak ging de radioloog ervan uit dat de longarts met patiënte vooraf over de procedure had ge-

complicatie. Ook ontbraken radiologische beelden die tijdens de ingreep gemaakt waren.⁷ In een tuchtzaak uit 2020 kreeg een neuro-interventieradioloog een waarschuwing opgelegd vanwege de gebrekkige communicatie rondom de beslissing om na een diagnostische angiografie in het weekend niet direct een aneurysma te coïlen bij een patiënt met een door-gemaakte subarachnoidale bloeding.⁹ De communicatie en de verslaglegging waren door de aios gedaan, die zelf slechts de helft van de procedure aanwezig was. Het college constateerde *'dat verslaglegging door beklagde over het onderzoek ontbreekt, terwijl de inhoudelijke juistheid van hetgeen wel is verslagen in het dossier wordt betwist door beklagde.'* In de al eerder genoemde zaak waarbij een angio-seal plaatsing gecompliceerd verliep, werd het verslag van de interventie en de daarbij opgetreden complicatie pas gedictieerd nadat de angio-seal al door de vaatchirurg was verwijderd. Het tuchtcollege merkte hierover op dat *'het zorgvuldiger zou zijn geweest om het verslag direct na de ingreep op te maken, zodat voor iedereen duidelijk is wat er is gebeurd.'*

Wulphert Venderink
radioloog Erasmus MC en
jurist gezondheidsrecht

Literatuur

1. Zie bijvoorbeeld CTG 29 januari 2021. ECLI:NL:TGZCTG:2021:46
2. RTG Den Haag 23 april 2019. ECLI:NL:TGZRSGR:2019:63
3. Zie bijvoorbeeld RTG Groningen 6 oktober 2020. ECLI:NL: TGZRGRO: 2020:17 of CTG 9 februari 2016. ECLI:NL:TGZCTG:2016:70. In de zaken worden respectievelijk een chirurg en een longarts aangeklaagd voor het niet opvolgen van een richtlijn. Door de tuchtcolleges wordt het niet-opvolgen van de richtlijn niet verweten, wel werd verweten dat dit niet met de patiënt werd besproken.
4. RTG Zwolle 16 maart 2018. ECLI:NL: TGZR-ZWO:2018:66
5. Zie bijvoorbeeld een recente zaak tegen een pancreaschirurg RTG Den Haag 23 november 2021. ECLI:NL:TGZRSGR:2021:132
6. RTG Den Haag 21 maart 2017. ECLI:NL: TGZRSGR:2017:49 en CTG 15 mei 2018. ECLI:NL:TGZCTG:2018:129
7. RTG Eindhoven 3 augustus 2016. ECLI:NL:TGZREIN:2016:65
8. RTG Den Haag 19 december 2017. ECLI:NL:TGZRSGR:2017:176 en CTG 24 juli 2018. ECLI:NL:TGZCTG:2018:219
9. RTG Zwolle 17 januari 2020. ECLI:NL: TGZR-ZWO:2020:9 en CTG 20 november 2020.

Commentaar Mark Burgmans:

'Dit benadrukt het belang van periprocedurele zorg'

'In 2015 publiceerde Lutjeboer et al. de resultaten van de *Impact on Patient Safety and Satisfaction of Implementation of an Outpatient Clinic in Interventional Radiology (IPSIPOLI)* studie.¹⁰ Hierin is onderzocht welke invloed invoering van een poliklinisch spreekuur interventieradiologie had op de kwaliteit van zorg. Bij patiënten die een radiologische interventie ondergingen zonder consult op de polikliniek interventieradiologie, was het aantal 'proces deviaties' gemiddeld 0,39 per patiënt. Onder een proces deviatie werd verstaan dat protocollen niet waren gevolgd en/of een onderdeel van de zorg niet correct was uitgevoerd (bijvoorbeeld staken van antistolling of opvolgen van instructie om nuchter te blijven).

Grotere verbetering

Na invoering van een preprocedureel consult op de polikliniek interventieradiologie daalde het aantal proces deviaties naar 0,06 per patiënt ($p < 0.001$). Een grote verbetering was dat het aantal patiënten waarbij geen wettelijk geldend informed consent was afgenomen daalde van 9,1 naar 0 procent. Bovendien waren patiënten tevredener wanneer ze op de polikliniek interventieradiologie waren gezien. Ze voelden zich beter geïnformeerd over de ingreep en risico's en hadden meer vertrouwen in de behandelaars.

Lokale afspraken

Inmiddels zijn in veel ziekenhuizen poliklinieken interventieradiologie geopend, maar het is meestal niet haalbaar om iedere patiënt die een radiologische ingreep ondergaat op een polikliniek interventieradiologie te zien. Patiënten die een biop moeten ondergaan, kunnen prima worden voorgelicht door de verwijzer of eventueel tijdens een telefonisch consult door een physician assistant of radiodiagnostisch laborant. Van belang is dat er lokaal schriftelijk vastgelegde afspraken bestaan wie bij welke radiologische ingrepen verantwoordelijk is voor het informed consent.¹¹ Ook van belang is dat er per ziekenhuis een lijst beschikbaar is waarin per type ingreep staat vermeldt welke complicaties kunnen optreden en wat de kans daarop is. Op die manier kunnen zowel interventieradiologen als verwijzers van hetzelfde ziekenhuis uniform voorlichting aan patiënten geven.

Training

In 2018 bracht de NVIR het visiedocument *Periprocedurele zorg door de interventieradioloog uit*.¹² Een van de doelstellingen die hierin is geformuleerd, was dat gestructureerde training in het leveren van periprocedurele zorg onderdeel zou worden van de opleiding tot interventieradioloog. In het nieuwe landelijk opleidingsplan ORANGE is training in periprocedurele zorg inderdaad een structureel onderdeel geworden voor de differentiatie interventieradiologie. Het is van groot belang dat we toekomstige interventieradiologen opleiden in het leveren van goede voor- en nazorg. Om ze te behoeden voor eventuele tuchtrechtzaken, maar bovenal omdat daarmee de geleverde zorg beter wordt!

Mark Burgmans

hoofd interventieradiologie LUMC en voorzitter NVIR

ECLI:NL:TGZCTG:2020:204

10. Lutjeboer J, Burgmans MC, Chung K, van Erkel AR. Impact on Patient Safety and Satisfaction of Implementation of an Outpatient Clinic in Interventional Radiology (IPSIPOLI-Study): A Quasi-Experimental Prospective Study. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2015 Jun;38(3):543-51

11. Leidraad Informed consent bij radio-

logische interventies. https://www.radiologen.nl/system/files/bestanden/documenten/Leidraad_informed_consent_nvvr_av_juni_2017_0.pdf

12. Visiedocument Periprocedurele zorg door de interventieradioloog. <https://www.radiologen.nl/secties/interventieradiologie-nvir/documenten/nvir-visiedocument-periprocedurele-zorg-door-de>

De radioloog en het geheim van de raadkamer

Dit wordt niet, zoals de titel doet vermoeden, een verhaal van Suske & Wiske. De vraag is of de regelmatige kritiek op beslissingen van de tuchtrechter wordt veroorzaakt door de werkwijze van de tuchtrechter. Voor het antwoord op deze vraag is lid-beroepsgenoot Gé Hoffland te rade gegaan bij Erik van Unen, de voorzitter van 'mijn' tuchtcollege. Ook is de vraag aan Erik of in toekomstige uitspraken aan deze kritiek tegemoet kan worden gekomen. Maar eerst een feitelijke uiteenzetting van hoe de beslissingen tot stand komen.



Gé Hoffland

Het beslissingsproces vindt met grote zorgvuldigheid plaats. In de raadkamer kunnen er grote meningsverschillen zijn, maar het college wordt het eigenlijk altijd eens. Ook de verwoording van de in de raadkamer gezamenlijk genomen beslissing en de uitspraak gebeurt zorgvuldig. Alle leden van het college én de secretaris beoordelen het concept, dat tot slot ook nog door een andere secretaris wordt meegelezen voordat het aan partijen wordt gezonden.

Toch slagen we er, gelet op de kritiek op beslissingen, niet altijd in om duidelijk te maken wat de zorgverlener heeft gedaan, welke andere mogelijkheden er waren en met name wat collega's van de uitspraak kunnen leren. Een verklaring hiervoor

eenkomstig toegepast: *het geheim van de raadkamer*. Dit betekent dat leden van een rechterlijk college zich niet mogen uitlaten over wat zij voorafgaand aan de beslissing hebben besproken. Reden hiervan is dat elk lid zich vrij moet voelen om te zeggen wat hij vindt en daarop in de loop van de discussie terug te komen, zonder dat hij daarop kan worden aangesproken.

Dat de rechter slechts spreekt door zijn beslissingen betekent dat hij er geen commentaar op of uitleg over geeft. Achtergrond hiervan is dat voor het publiek, en met name voor partijen, duidelijk moet zijn wát de beslissing is en de motivering daarvan, omdat alleen daartegen bijvoorbeeld hoger beroep kan worden ingesteld. Zou de rechter, separaat van de uitspraak, een uitleg geven, dan zou

gedaagde uitstekend heeft gepresteerd. Ook de tuchtrechter denkt en oordeelt binnen dit kader. Zo kun je in een beslissing lezen dat 'niet is gebleken dat de radioloog een diagnose heeft gemist' maar niet dat 'de radioloog op deze foto werkelijk alles heeft gezien wat er maar te zien was'.

Eigen aan de tuchtrechtspraak, geregeld in de Wet op de beroepen *individuele* gezondheidszorg (Wet BIG), is dat het slechts oordeelt over handelingen van de individuele zorgverlener. Slechts daarover kan worden geklaagd, een klacht over een team zoals de 'maatschap', 'het ziekenhuis' of 'de praktijk' is niet ontvankelijk.

Hoe kan het anders, beter?

In januari 2022 verscheen het rapport: *Toekomstbestendig Tuchtrecht*. In het rapport staan aanbevelingen voor verbetering. Zo luidt het advies om een samenvatting van een uitspraak gepaard te laten gaan met een begeleidende tekst die de uitspraak zo nodig in een breder perspectief plaatst. Feitelijk doen we dit op de site van de NVvR ook door de plaatsing van de samengevatte uitspraken met het eventuele commentaar van de commissie Kwaliteit. Denkbaar blijft echter dat een andere interpretatie wordt gegeven dan is bedoeld in de raadkamer. Hierdoor kan de lering van een uitspraak worden gemist. Wanneer de aanbeveling wordt overgenomen en het mogelijk wordt om als tuchtrechter zelf over de beslissing te schrijven is het bezwaar tegen *het geheim van de raadkamer* en tegen *het alleen spreken via beslissingen* mogelijk op te lossen. ▶

'De tuchtrechter oordeelt dat iets wanprestatie oplevert, niet dat de gedaagde uitstekend heeft gepresteerd'

zijn bijzonderheden die eigen zijn aan rechtspraak waaronder het raadkamergeheim, de beslissing zonder uitleg en de negatieve norm hierin. En bijzonder voor de tuchtrechtspraak is de individuele gerichtheid.

Geheim

Voor de rechter staat het in de wet en voor de tuchtrechter wordt het dienover-

men kunnen stellen dat die uitleg ook deel uitmaakt van de beslissing of de motivering.

Dat mag niet

Met de *negatieve norm* wordt bedoeld dat rechters achteraf beoordelen wat niet mocht. De strafrechter legt een straf op. De burgerlijke rechter oordeelt dat iets wanprestatie oplevert, niet dat de

Wat gebeurt er met het rapport?

Het rapport *'Toekomstbestendig Tuchtrecht: De lerende werking van het tuchtrecht en team- en netwerkverantwoordelijkheid in het tuchtrecht op grond van de wet BIG'* is op 29 april jongstleden met een aanbevelingsbrief van de minister naar de Tweede Kamer gestuurd om te bespreken in het kader van de evaluatie wet BIG.

Uitleg

Wanneer de mogelijkheid zou bestaan om de beslissingen van een toevoeging of uitleg te voorzien, kan dit de taak van de leden-beroepsgenoten worden. Het is enigszins vergelijkbaar met een zogenaamde *concurring opinion* in sommige rechtssystemen. Dat is schriftelijk advies van een of meer rechters van een college waarin zij op dezelfde beslissing uitkomen als het college heeft genomen, maar via een andere redenering. Dit is niet eenvoudig. Het zal moeten worden geleerd maar het bevordert wel de discussie in de beroepsgroep en hiermee het draagvlak en de lerende werking van het tuchtrecht.

Voorlopige uitspraak

Het rapport noemt nog een andere mogelijkheid. Voorgesteld wordt om het mogelijk te maken om een voorlopige of voorwaardelijke uitspraak te geven zonder oplegging van een maatregel. Wanneer de klacht gegrond is, wordt aan de verweerder bijvoorbeeld de mogelijkheid gegeven om een verbeterplan te maken. Wanneer goed benut, wordt de voorwaardelijke maatregel niet definitief. Onzeker blijft hoe het college hiermee om zou gaan. In de definitieve uitspraak zal dit verbeterplan echter wel worden opgenomen, wat zal helpen bij het begrip voor de beslissing.

De negatieve norm die de rechter hanteert bij zijn oordeel over de klacht heeft voor de klager en verweerder een andere betekenis. Voor de klager geeft hij duidelijkheid over de gegrondheid van zijn verwijt. Voor de verweerder voelt de beslissing dat hij heeft voldaan aan de negatieve norm in de uitspraak ('het was niet onvoldoende') vaak onbevredigend.

Begrip voor deze vastliggende norm van de beslissing is dan ook belangrijk. Wanneer de klacht ongegrond is omdat er is gehandeld volgens de norm van de beroepsgroep, moet dit goed genoeg zijn. Maar de tuchtrechter zou dit in de beslissingen meer nadruk kunnen geven: goed genoeg kan ook uitstekend betekenen.

Zorg in teamverband

Kenmerkend voor het tuchtrecht is de

individuele grondslag waarbij ieder slechts verantwoordelijk is voor het eigen handelen. Dit lijkt te wringen in een tijd waarin de zorg vaak in teamverband wordt aangeboden met niet alleen verschillende specialismen maar ook met verpleegkundigen en andere wel of niet BIG-geregistreerde zorgverleners. Het is met name voor de klager hierdoor niet altijd duidelijk wie wat heeft bijgedragen aan zijn zorg. Hiermee wordt nog eens extra duidelijk wat het belang van goede dossiervoering is. Ook dat is een aanbeveling in het rapport.

Voor de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener voor de organisatie van de zorg ligt dit echter duidelijk anders. Een maatschap of ziekenhuis kan nu

eenmaal niet worden aangeklaagd. Het is niet waarschijnlijk dat dit zal veranderen. In het tuchtrecht is voor de individuele verantwoordelijkheid voor de organisatie/het management van de zorg maar beperkt ruimte. Toch komt die soms toch aan de orde. Het rapport geeft hiervoor als aanbeveling om op het vakgroepoverleg het tuchtrecht als vast agendapunt op te nemen, om ook hiervan te leren.

Conclusie

Beslissingen van het tuchtcollege worden zorgvuldig genomen en geschreven. Voorlopig moet hierbij rekening worden gehouden met beperkingen in het leereffect dat van beslissingen uit hoort te gaan, zoals het geheim van de raadkamer, het ontbreken van uitleg, de negatieve norm in de beschrijving en de individuele verantwoordelijkheid. Hierdoor lezen

'Het geheim van de raadkamer,
het ontbreken van uitleg,
de negatieve norm in de beschrijving
en de individuele verantwoordelijkheid zorgen
voor beperkingen in het leereffect'

de uitspraken niet altijd even duidelijk en ontbreekt soms het begrip hiervoor. Vooralsnog is de publicatie van de tuchtrechtelijke beslissingen en bespreking ervan zoals we dit in onze vereniging doen wat van ons wordt verwacht. Maar soms blijft het geheim van de raadkamer een raadsel. ■

Gé Hoffland

radioloog n.p. en lid-beroepsgenoot van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Hertogenbosch

Met dank aan:

Erik van Unen: voorzitter van het regionaal tuchtcollege in 's-Hertogenbosch

Kort nieuws | Oproep: inzenden Frederik Philipsprijs 2023

Tijdens de CLUB Sandwich op 24, 25 en 26 mei 2023 wordt de Frederik Philipsprijs uitgereikt aan degene die in Nederland het beste onderzoek heeft afgerond op het gebied van Klinisch Radiologische Beeldvormende en Interventie Technieken. Kent u (of bent u) een promovendus die in 2022 een proefschrift heeft gepubliceerd? Kijk dan op www.philips.nl/healthcare/over-ons/awards voor meer informatie en stuur het proefschrift in voor vrijdag 20 februari 2023.

TUCHTRECHTELIJKE CASUÏSTIEK

Aios en supervisor: wie is verantwoordelijk?



Wulphert Venderink



Winnifred van Lankeren



Caroline Beaumont

In het tuchtrecht staat de individuele verwijtbaarheid centraal. In zaken tegen een aios en supervisor wordt dan ook gekeken naar ieders individuele bijdrage. Maar wie heeft welke verantwoordelijkheid? Vier zaken waarbij vooral de supervisie van aios een belangrijke rol speelt.

Volgens vaste jurisprudentie geldt dat de verantwoordelijkheid in het begin van de opleiding vooral op de schouders van de supervisor rust en in mindere mate op die van de aios. Dit verschuift naarmate de opleiding vordert.¹ Voor de supervisor betekent dit dat een jongerejaars aios strikter moet worden gesuperviseerd dan een ouderejaars aios. Andersom geldt dat aiossen hun grenzen moeten bewaken: als redelijk bekwame aios moet je geen handelingen zelfstandig verrichten waar je weinig verstand van hebt.

Huidverdikking

De twee klachten die sinds 2011 tegen aiossen radiologie zijn ingediend, betroffen zaken waarbij ook geklaagd werd over hun supervisor. In beide zaken zijn de klachten tegen de aios ongefond verklaard. De eerste tuchtzaak betrof een klacht tegen een aios en een radioloog die een BI-RADS 5 laesie hadden gezien op een echografisch onderzoek en mammogram.² Een zichtbare huidverdikking ter plaatse werd niet opgemerkt. Hierdoor werd de afwijking als T2 geclassificeerd in plaats van T4. Het tuchtcollege oordeelde *'dat de omstandigheden dat verweerster nog maar een week in haar mammariadiologische stage werkzaam en onder volledige supervisie werkzaam was, zij haar supervisor*

heeft geraadpleegd en onderzoek en verslaglegging onder die supervisie hebben plaatsgevonden brengt met zich dat dit verweerster niet tuchtrechtelijk kan worden aangerekend.'

Aneurysma

In de andere zaak verrichtte een eerstejaars aios een echografisch onderzoek bij een patiënt met buikpijn.³ Aansluitend herhaalde een supervisor het onderzoek ter controle. Er werd een aneurysma van de arteria iliaca communis aangetroffen, waarvoor de supervisor de aios opdracht gaf om de huisarts te bellen. De radioloog werd verweten dat er niet direct contact met een vaatchirurg werd opgenomen omdat de pijnklachten wezen

Hoofdról voor supervisie

In nog eens twee zaken werd weliswaar geen klacht ingediend tegen een aios radiologie, maar speelde de supervisie van een aios wel een belangrijke rol. In de eerste zaak onderzocht een aios, wederom aan het begin van de mammapstage, een borst echografisch in verband met een zwelling.⁴ De aios verrichtte het onderzoek eerst zelf en herhaalde het terwijl de supervisor over de schouders mee keek. Na afloop van het onderzoek maakte de aios een verslag dat om onduidelijke redenen door een andere radioloog werd gesuperviseerd. In dit verslag stond onder andere dat patiënte een mammogram weigerde. Tijdens de zitting werd duidelijk dat deze bewering niet

'In twee klachten tegen aiossen radiologie is ook geklaagd over de supervisor'

op een symptomatisch aneurysma. Over de aios zei het tuchtcollege: *'Verweerster was als arts-assistent niet heel ervaren en zij heeft niet aan het advies van haar supervisor behoren te twijfelen. Haar kan dan ook niet worden verweten dat zij niet heeft aangedrongen op opname of direct nader overleg met een vaatchirurg.'*

juist was. Het RTG legde de radioloog een berisping op die later door het CTG werd bekrachtigd. Enerzijds omdat de radioloog zelf het echografisch onderzoek had moeten herhalen in plaats van over de schouders mee te kijken, en anderzijds omdat de controle op de verslaglegging niet adequaat was. ▶

Commentaar Winnifred van Lankeren:

‘Maak in de bedrijfsvoering voldoende tijd voor supervisie’

‘Wat mij opvalt, is dat de bovengenoemde aiossen in de problemen zijn geraakt omdat hun supervisors zich niet altijd goed van hun taken gekweten hebben, terwijl de aios die zich laat superviseren ervanuit mag gaan dat dit op correcte en passende wijze gebeurt. De supervisors hebben een observatie niet gedaan of misschien wel gedaan maar niet aan de aios doorgegeven, niet hun verantwoordelijkheid genomen om zelf een verslag te controleren, de aios de verkeerde arts te laten bellen of de deels bij de procedure afwezige aios voor een verslag laten opdraaien zonder correctie achteraf.

Deels zal dit ingegeven zijn door tijdsdruk. Maar in de uitvoering van het werk moet er voldoende tijd zijn voor supervisie, moet de supervisor voldoende gekwalificeerd zijn voor de taak, en moeten de taak en het verslag, indien nodig, gesuperviseerd worden door de directe begeleider. Hierop moet de bedrijfsvoering aangepast worden.

Wanneer er wisselende, verdwijnende of afwezige supervisors zijn, is de uiteindelijke verantwoordelijke de aios wiens naam onder het verslag staat. De vraag is of de aios zich op dat moment realiseert dat verslagen onder eigen naam van procedures die je (deels) niet hebt uitgevoerd, je potentieel in de problemen kunnen brengen bij tuchtrecht en calamiteiten. Ik adviseer dat zo min mogelijk te doen.

Binnen een veilig opleidingsklimaat moet een aios zijn supervisor kunnen aanspreken als de supervisie op een cruciaal moment ontbreekt. De behoefte aan supervisie gaat op geleide van de ervaring en beheersingsniveaus/ EPA's, maar ook een aios met EPA 4 (zelfstandig) mag te allen tijde supervisie eisen en hoort deze dan ook te ontvangen.’ ■

Winnifred van Lankeren

radioloog en opleider Erasmus MC

Verslaglegging

Over de verslaglegging zei het CTG: *‘In een dergelijke opleidingssituatie dient de supervisor te verifiëren of de besproken bevindingen door de arts-assistent juist zijn begrepen en op correcte wijze in het onderzoeksverslag zijn neergelegd. De arts had het verslag daarom zelf moeten beoordelen en accorderen. Zij had dit niet mogen overlaten aan een collega supervisor die niet bij het onderzoek en de bespreking van de bevindingen aanwezig is geweest. De arts heeft aldus tevens een leermoment voor de arts-assistent onbenut gelaten.’*

In de tweede tuchtzaak werd een angiografie verricht bij een patiënt met een doorgemaakte subarachnoidale bloeding op basis van een aneurysma.⁵ Door omstandigheden kon er niet direct worden gecoiled, waarop werd besloten dit na het weekend te doen. Dit werd echter niet gecommuniceerd met de behandelend neuroloog, iets dat gebruikelijk was in dit ziekenhuis. Een aios die bij een deel van de procedure aanwezig was, maakte het verslag van het onderzoek. Het verslag werd niet meer door de radioloog gecon-

troleerd. Het tuchtcollege oordeelde dat juist als er niet direct gecommuniceerd wordt, *‘sprake moet zijn van goede en correcte verslaglegging, onder meer om andere betrokken zorgverleners te informeren. Dit klemt te meer indien, zoals door beklagde gesteld, de aios radiologie tijdens het maken van de angiografie de angiokamer heeft verlaten voor het verrichten van werkzaamheden elders, maar desalniettemin verslag doet van het onderzoek.’* ■

Wulphert Venderink

radioloog Erasmus MC en jurist gezondheidsrecht

Literatuur

1. Zie bijvoorbeeld RTG Amsterdam 18 april 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:35
2. RTG Zwolle 18 oktober 2013. ECLI:NL:TGZRZWO:2013:37 en RTG Zwolle 18 oktober 2013. ECLI:NL:TGZRZO:2013:36
3. RTG Amsterdam 18 april 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:34 en RTG Amsterdam 18 april 2017. ECLI:NL:TGZRAMS:2017:35
4. RTG Amsterdam 7 december 2010. ECLI:NL:TGZRAMS:2010:YG0738 en CTG 29 mei 2012. ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2089
5. RTG Zwolle 17 januari 2020. ECLI:NL:TGZRZWO:2020:9 en CTG 20 november 2020. ECLI:NL:TGZCTG:2020:204

Commentaar Caroline Beaumont:

‘Wees je bewust van de mogelijke gevolgen van incomplete supervisie’

‘Als derdejaars aios kan en wil ik steeds zelfstandiger handelen. Aan de andere kant doen zich regelmatig situaties voor waar ik de grenzen van mijn kunnen moet kennen en aangeven. Bovenstaande situaties zijn goed voor te stellen, omdat meerdere factoren een rol spelen in het verloop en de uitvoering van de juiste supervisie. De beschreven situaties, zoals wanneer de aios bij een deel van een procedure niet aanwezig is, maar deze aios uiteindelijk toch het verslag maakt, komen in de praktijk regelmatig voor.

Des te belangrijker is het om te realiseren dat soortgelijke situaties grote gevolgen kunnen hebben, zeker wanneer er complicaties optreden. Besef dat je als aios eindverantwoordelijkheid draagt wanneer jouw naam eenmaal onder het verslag staat. Daarnaast mag van de supervisor verwacht worden dat, als eenmaal om supervisie wordt gevraagd, deze op een adequate manier wordt uitgevoerd. De supervisie in de voorbeeldcasus is niet altijd adequaat, zeker niet als verslagen uiteindelijk door een derde supervisor worden geaccordeerd. Wanneer er om wat voor reden dan ook drempels bestaan om te vragen om supervisie, is het belangrijk om dit bespreekbaar te maken met de betreffende radioloog of opleider om zo meer casuïstiek in de tuchtzaak te voorkomen.’ ■

Caroline Beaumont

aios radiologie Erasmus MC en voorzitter van de Juniorsectie van de NVvR

EEN (TUCHT)KLACHT, WAT NU?

Fout gegaan is niet fout gedaan

Het is de nachtmerrie van iedere radioloog. U werkt zorgvuldig, volgt de voorgeschreven procedures, en dan krijgt u ineens te maken met een (tucht)klacht, bijvoorbeeld omdat een patiënt niet tevreden is over een behandeling of over hoe hij is bejegend. Wat is handig om te doen en wat kunt u beter laten?



Saskia Otters

Het is goed om te weten dat er twee soorten klachten zijn: klachten die de patiënt indient bij de klachtenfunctionaris van de instelling en tuchtklachten die de patiënt indient bij een tuchtcollege. Los van de klacht kan een patiënt ook een claim indienen, omdat hij meent recht te hebben op een schadevergoeding. Daarop gaat dit artikel niet in.

Een klacht via de instelling

Als een patiënt niet tevreden is over de kwaliteit zorg die de radioloog heeft verleend, of over de communicatie, kan hij of zij een klacht indienen bij de klachtenfunctionaris van de instelling. De klachtenfunctionaris staat de patiënt bij en nodigt de radioloog uit voor een gesprek. Het kan in deze fase al verstandig zijn de kwestie te melden bij de rechtsbijstandsverzekeraar. Die kan adviseren en u bijstaan, indien nodig in een latere fase. Het gesprek vindt plaats met de patiënt erbij. De patiënt krijgt de gelegenheid om vragen te stellen, een nadere duiding te vragen en om zijn of haar ervaringen te delen. De ervaring leert dat als een arts zich open, transparant en invoelend opstelt in zo'n eerste gesprek, de angel er vaak uit is te halen. Bereid een gesprek dus goed voor en wees open en eerlijk over hoe u hebt gehandeld en waarom.

Binnen zes weken nadat de klacht is ingediend, doet de instelling een uitspraak op de klacht. De patiënt krijgt hier bericht van. Als de patiënt niet tevreden is over de uitspraak of afhandeling, kan hij in beroep gaan bij de Geschillencommissie Zorg.¹ De radioloog krijgt hier bericht van en ontvangt een uitnodiging om zijn kant van het verhaal te doen. Het is mogelijk om u daarbij te laten bijstaan door een gemach-

tigde of een derde, zoals bijvoorbeeld een familielid, maar dat is niet verplicht. De Geschillencommissie plant een zittingsdatum waarop beide partijen hun standpunten kunnen toelichten. De uitspraak volgt dan binnen zes weken na de zitting.

De tuchtklacht

Als de patiënt niet (meer) het gesprek wil aangaan en vindt dat de arts onzorgvuldig heeft gehandeld, kan hij een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege. Dit zal hij bijvoorbeeld doen als hij vindt dat de arts als het ware gestraft moet worden. Een tuchtklacht is erg belastend. Het is aan te raden om juridische hulp in te schakelen als u hiermee te maken krijgt. Dit kan een rechtsbijstandsverzekeraar, maar ook een eigen advocaat zijn. Heeft u geen rechtsbijstandverzekering, dan kunt u ook terecht bij het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), die voor dit soort situaties een overeenkomst heeft gesloten met VvAA Rechtsbijstand.

Zelfreflectie

Het grootste gedeelte van de ingediende klachten gaat over een onjuiste behandeling of een verkeerde diagnose.² De uitspraken van de colleges laten zien dat het

belangrijk is dat het medisch dossier op orde is en dat alle voor de behandeling noodzakelijke gegevens staan vermeld. De arts doet er ook goed aan zich transparant op te stellen, en blijkt te geven van zelfreflectie. Heeft hij nagedacht over het voorval en zijn rol daarin, heeft hij er van geleerd?³ Indien er onverhoopt iets fout is gegaan, dan leren de uitspraken dat het in het voordeel van de arts kan werken als hij spijt betuigt, en kan aangeven of er verbeteringen zijn aangebracht in werkwijze(n) en/of processen. ■

Saskia Otters

jurist Federatie Medisch Specialisten

Literatuur

1. De Geschillencommissies Zorg Ziekenhuizen, Zorg Algemeen en Zelfstandige Klinieken hebben in 2021 in totaal in 124 zaken een uitspraak gedaan, zie <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/uitsprakenoverzicht>
2. <https://magazines.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/jaarverslagen/2021/01/jaarcijfers-over-2021>. Bij het Regionaal Tuchtcollege zijn in 2021 1055 klachten binnen gekomen.
3. Bijvoorbeeld ECLI:NL:TGZRAMS:2021:79 vanaf r.o 5.6 e.v.

Do's en don'ts bij klachten

- Realiseer dat 'fout gegaan' niet hetzelfde is als 'fout gedaan'.
- Ga het gesprek aan, wijs dat niet af, en maak tijd in de agenda voor de patiënt.
- Wees open, transparant en empathisch.
- Meld de (tucht)klacht bij de rechtsbijstandsverzekeraar; die kan adviseren en eventueel bijstaan.
- Geef blij van zelfreflectie.
- Geef zo nodig aan dat een bepaalde werkwijze is veranderd na het voorval.

TUCHTRECHTELIJKE CASUÏSTIEK

Welke verantwoordelijkheid heeft de aanvrager?



Wulphert Venderink



Mathias Prokop

Het percentage klachten tegen radiologen en nucleair geneeskundigen ligt lager dan dat van veel andere specialisten.¹ Vaak worden radiologie-gerelateerde tuchtklachten ingediend tegen de aanvrager van het onderzoek, bijvoorbeeld omdat het om communicatie gaat of de klager onbekend is met ons vak. Dit artikel bespreekt de belangrijkste bevindingen van meer dan honderd tuchtzaken waarin geklaagd werd over de aanvrager van radiologisch onderzoek, hoewel de radiologie een relevante rol heeft gespeeld.

Hoewel de primaire verantwoordelijkheid voor de beoordeling van radiologisch onderzoek bij de radioloog ligt, wordt van aanvragers verwacht dat ook zij naar de beelden kijken. Zo hebben meerdere artsen een maatregel opgelegd gekregen omdat ze een afwijking niet gezien hebben, zelfs al heeft de radioloog de afwijking ook niet gezien. Zo merkte een tuchtcollege tegen een chirurg op, dat *'de omstandigheid dat een radioloog de foto's analyseert, verder niet ontslaat van zijn eigen verantwoordelijkheid deze zelf te bekijken'*.² Ook tegen een aios chirurgie die ribfracturen niet heeft gezien, zei het tuchtcollege *'dat ook de radioloog de foto onjuist heeft beoordeeld, is op zijn minst opmerkelijk, maar ontslaat de arts niet van haar eigen verantwoordelijkheid voor een juiste beoordeling'*.³ Toch wordt een 'misser' een aanvrager niet snel tuchtrechtelijk verweten.

den verweten een longtumor te hebben gemist dan een bijniermetastase.⁴

Kennismemen verplicht

Het gebeurt regelmatig dat geen gevolg wordt gegeven aan de bevindingen van een radioloog. Zo zijn er verschillende tuchtzaken tegen aanvragers die een radiologieverslag niet hebben gelezen, maar waarin een belangrijke afwijking wordt beschreven die zij zelf niet hebben gezien. Over het algemeen levert dit de arts een tuchtrechtelijk verwijt op.⁵ Het uitgangspunt is dat de aanvrager primair verantwoordelijk is voor de kennisneming van de uitslag van het aangevraagde onderzoek. Binnen deze categorie is er het opvallende verweer van een orthopeed in 2020 die stelde dat *'verslagen van de radioloog over het algemeen alleen zinvol zijn als je er zelf niet uitkomt of als er bijzonderheden zichtbaar zijn die niet direct verklaarbaar zijn...'* en *'het niet lezen van een radiologieverslag*

Afwijken van het verslag mag

Verder zijn er veel tuchtzaken waarin een aanvrager een radiologisch verslag bewust links laat liggen omdat de aanvrager het niet eens is met de beschreven bevindingen. De jurisprudentie zegt hierover dat een aanvrager een verslag niet zonder meer naast zich neer mag leggen. Afwijken mag, mits goed gemotiveerd en gedocumenteerd. Hierbij dient de aanvrager laagdrempelig contact met de verslaglegger op te nemen om het verschil in interpretatie te bespreken.⁷ Er kunnen verschillende motivaties zijn om af te wijken van het radiologieverslag. Denk aan een afwijkend besluit in een MDO, een nader telefonisch overleg met de betreffende radioloog waarbij tot nieuwe inzichten is gekomen of een richtlijn die anders bepaalt dan dat de radioloog heeft geadviseerd.⁸

Klinische presentatie

Als laatste zijn er specifieke onderzoeken waarbij de beoordeling sterk afhankelijk is van de klinische presentatie of waarbij bepaalde metingen door de aanvrager worden gedaan. Door de tuchtcolleges wordt in dit soort zaken vaak een discrepantie tussen het verslag en de bevindingen van de aanvrager geaccepteerd.⁹ Zo mocht een reumatoloog op basis van de klinische presentatie en de eigen interpretatie van de beelden oordelen dat bij een patiënt sprake was van een sacro-ileitis waarvoor medicatie nodig was, ondanks dat de radiologen spraken van *'minimale erosieve*

'De aanvrager is verantwoordelijk om kennis te nemen van de uitslag van het onderzoek'

Factoren die meewegen zijn onder andere de mate van klinische verdenking op een bepaalde afwijking en het specialisme van de aanvrager in relatie tot de gemiste afwijking. Zo zal een longarts eerder wor-

*behoort welhaast tot de standaard werkwijze van de orthopedisch chirurg'. Het tuchtcollege was het hier niet mee eens en noemde het een niet zorgvuldige werkwijze die niet de standaard is.*⁶

afwijkingen' en 'geen aanwijzingen voor sacro-ileitis'.¹⁰ Dit soort zaken benadrukt het belang van het vermelden van de relevante klinische gegevens bij een aanvraag van radiologisch onderzoek.

Discrepantie

Behalve dat van een aanvrager verwacht wordt dat hij ook zelf naar de beelden kijkt, dient een radioloog erop gewezen te worden als een door hem gestelde diagnose of bevinding niet juist kan zijn of als er een grote discrepantie bestaat met het klinische beeld van de arts.¹¹ In beginsel mag een aanvrager vertrouwen op de beoordeling van een radioloog. Maar een aanvrager zal zelf moeten blijven nadenken als de klinische presentatie niet correleert met de bevindingen. In zo'n geval zal er laagdrempelig contact met de radioloog moeten worden opgenomen.¹² Zo werd in een al eerder beschreven casus bij een patiënt een beeld van levermetastasen beschreven bij een status na een Whipple in verband met een pancreascarcinoom. Achteraf bleek dat sprake was van atypische focale steatose. Omdat er klinisch geen verdenking was op levermetastasen hadden bij de internist *'twijfels kunnen en moeten rijzen over de uitslag'*¹³

Wulphert Venderink
radioloog Erasmus MC en
jurist gezondheidsrecht

Literatuur

1. S. Pinto-Sietsma, A. H. Zwinderman, T. Oude Ophuis, 'Medische tuchtcolleges straffen vaker en strenger. Een observationeel onderzoek naar 10 jaar tuchtrecht', Ned Tijdschr Geneesk. 2020;164:D4587
2. RTG Eindhoven 16 januari 2014. ECLI:NL: TGZREIN:2014:21
3. RTG Den Haag 7 augustus 2012. ECLI:NL: TGZRSGR:2012:YG2288
4. CTG 30 januari 2014. ECLI:NL:TGZCTG: 2014:16
5. Zie bijvoorbeeld RTG Eindhoven 20 december 2011. ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1638, RTG Eindhoven 18 februari 2013. ECLI:NL: TGZREIN:2013:YG2660 of RTG Amsterdam 9 juni 2015. ECLI:NL:TGZRAMS:2015:57
6. RTG Zwolle 6 oktober 2020. ECLI:NL: TGZR-ZWO:2020:107
7. Zie bijvoorbeeld RTG Den Haag 10 november 2015. ECLI:NL:TGZRSGR:2015:142, RTG Amsterdam 12 maart 2019. ECLI:NL: TGZRAMS:2019:35, RTG Den Haag 20 januari 2015. ECLI:NL:TGZRSGR:2015:8 of RTG Groningen 20 december 2016. ECLI:NL: TGZRGRO:2016:49

Commentaar Mathias Prokop:

'Gebruik redelijkheid en gezond boerenverstand'

Deze casus beschrijft de rol van de radioloog in tuchtrechtelijke zaken waarbij de aanvrager de hoofdbetrokkene is. Opvallend is dat radiologie-gerelateerde tuchtklachten vaak ingediend worden tegen de aanvragers van het onderzoek, en niet tegen de radioloog. Zoals Wulphert Venderink suggereert, hangt dit in grote mate af van het beeld van de radioloog en de rol die het publiek ons toekent: producent van een verslag. En niet meer. Dit werkt aan de ene kant beschermend voor ons radiologen, maar is uiteindelijk niet wenselijk als we een grotere rol willen spelen in de zorg van de toekomst.

'Het is niet wenselijk als de radioloog alleen wordt gezien als producent van een verslag'

Missers in ons vak zijn onvermijdbaar. Elke ROC-curve van elke detectiestudie laat dit duidelijk zien. Dat we vroeg of laat iets missen of incorrect interpreteren is dus normaal. Echter, er bestaan duidelijke verschillen in de kwaliteit van radiologen: sommigen missen dus meer dan anderen.¹⁴ We weten nog niet goed hoe hiermee om te gaan. Ook de vraag wanneer een misser verwijtbaar is en wanneer het een deel van het risico van verslaglegging is (dus complicatie), blijft open. Dit radiologisch dilemma speelt niet alleen in ons vak, maar voor iedere professional die geacht wordt om een foto te bekijken.

In tuchtzaken tegen aanvragers krijgen zij het verwijt dat ze ook zelf verantwoording dragen om naar beelden te kijken. Met name als er discrepanties zijn tussen klinische klachten en het radiologieverslag. Dit lijkt me redelijk. Voor orthopeden, die zich als vakgroep blijkbaar in staat zien om radiologische beelden te kunnen beoordelen, geldt echter meer: zij worden gehouden om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen om beelden zelf te bekijken. Dit impliceert de plicht tot dubbelbeoordeling van radiologische beelden door orthopeed en radioloog. Het blijft onduidelijk of deze uitspraak ook voor andere aanvragende specialismen houdbaar is.

Andersom kan een aanvragende orthopeed niet zomaar doorgaan zonder het radiologieverslag te lezen. Goed nieuws voor de patiënt en ook voor ons. Gezond boerenverstand en ook de rechtspraak vergen dat er contact wordt opgenomen met de radioloog om tot een aangepaste interpretatie te komen. Zo is de aanvrager zeker dat alle relevante aspecten zijn meegenomen als er discrepanties bestaan tussen verslag en kliniek, en er beleid ingezet wordt dat afwijkt van de conclusie van het verslag. Communicatie en goede documentatie zijn, zoals zo vaak, de sleutel tot goed beleid.

Mathias Prokop

hoogleraar radiologie, afdelingshoofd Beeldvorming in het Radboudumc en het UMCG en voorzitter NVvR

8. Zie bijvoorbeeld CTG 13 augustus 2019. ECLI:NL:TGZCTG:2019:213 of RTG Zwolle 14 april 2017. ECLI:NL:TGZRZWO:2017:72
9. Zie bijvoorbeeld RTG Den Haag 22 december 2015. ECLI:NL:TGZRSGR:2015:167 of CTG 29 januari 2021. ECLI:NL:TGZCTG:2021:22
10. CTG 27 mei 2014. ECLI:NL:TGZCTG:2014:219
11. CTG 10 januari 2019. ECLI:NL:TGZCTG:2019:4
12. Zie bijvoorbeeld RTG Eindhoven 4 januari 2017. ECLI:NL:TGZREIN:2017:2 of RTG Amsterdam 1 november 2011. ECLI:NL: TGZRAMS:2011:YG1470
13. RTG Eindhoven 10 november 2014. ECLI:NL: TGZREIN:2014:95
14. Rodriguez-Ruis A et al. J Natl Cancer Inst 2019;111(9):916-922

Leren van het tuchtrecht voor radiologen



Gerrit Jager

Tuchtzaken zijn een belangrijke bron om van te leren. Verschillende knelpunten belemmeren dat nu. Toch kunnen de individuele radioloog en de NVvR al iets doen om waardevolle lessen te trekken uit het tuchtrecht.

René Héman, voorzitter van de KNMG, stelt dat het tuchtrecht primair is bedoeld om te leren van fouten die je maakt.¹ Maar is dat het primaire doel? Onlangs schreven vier leden van het Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg (CTG): *'Het tuchtrecht heeft als doel de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te borgen en te verbeteren (een algemeen belang). Het tuchtcollege moet dat doel dienen door individuele klachten te behandelen (...) Hopelijk gaat van de uitspraak ook een leereffect uit, in elk geval voor de aangeklaagde arts en mogelijk ook voor de betreffende beroepsgroep. Maar educatie is niet het hoofddoel van het tuchtrecht; die handschoen moet door de beroepsverenigingen zelf worden opgepakt.'*²

Niet uit de verf

Het tuchtrecht bevordert en bewaakt de kwaliteit van de beroepsuitoefening door het restrictief corrigeren en desnoods uitsluiten van disfunctionerende beroepsbeoefenaren, en preventief door het aanscherpen en verduidelijken van professionele normen en dus door het

tuchtklacht als emotioneel belastend, ook als deze ongegrond wordt verklaard.

Sinds de invoering is er veel kritiek op het functioneren van het tuchtrecht. De normontwikkeling en corrigerende werking komen onvoldoende tot hun recht en de lerende functie komt te weinig uit de verf. Daarom is in 2020 vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een onderzoek geïnitieerd met als vraag: hoe kan het tuchtrecht, in aanvulling op het noodzakelijke corrigerende effect, meer gericht zijn op het leren en verbeteren door zorgverleners?

Teruglopend vertrouwen

Het eindrapport *Toekomstbestendig Tuchtrecht*³ doet aanbevelingen als betere toegankelijkheid van uitspraken, meer aandacht tijdens opleiding en in werksituaties, een systematische analyse door de wetenschappelijke verenigingen, betere motivering van tuchtzaken door de tuchtcolleges, het wegnemen van factoren die leiden tot een negatieve beleving van het tuchtrecht en het versterken van de rol van de tuchtklachtenfunctionaris.

weggenomen. De artsenfederatie pleit dan ook voor een meer principieel onderzoek op korte termijn.

Barrières wegnemen

Gepubliceerde tuchtzaken brengen gebeurtenissen in de zorg onder de aandacht die niet goed zijn gegaan. De grootste barrière om ervan te leren is het spanningsveld tussen controleren en corrigeren enerzijds en leren anderzijds. Dat obstakel is niet zo makkelijk weg te nemen.

Publicaties zoals in deze *MemoRad* kunnen behulpzaam zijn om meer onbevangen ten opzichte van het tuchtrecht te staan. Bij tuchtklachten gaat het om het handhaven van door de beroepsgroep zelf vastgestelde normen en zonodig het verduidelijken en aanscherpen. Dat beroepsbeoefenaren de beoordeling doen, is te beschouwen als een voorrecht.

Gebrek aan kennis

Voor het optimaal functioneren van het tuchtrecht is kennis van de inhoud en systematiek nodig. Deze kennis is matig bij beroepsbeoefenaren en slecht bij het grote publiek. Ook ontbreekt het de patiënt aan kennis, bijvoorbeeld omtrent de normen waarbinnen een redelijk bekwaam handelend radioloog moet blijven. Zo weet hij niet welke rol de radioloog heeft gespeeld bij zijn behandeling.

Een voorbeeld: een longarts mist een bijniermetastase van een longcarcinoom en wordt gewaarschuwd. De 'evidente' metastase was ook gemist door de radioloog, maar tegen hem is geen klacht ingediend. In hoger beroep is de klacht ongegrond verklaard, want de longarts

'De onbekendheid bij het grote publiek verklaart het aantal geringe tuchtklachten tegen radiologen'

leren van tuchtzaken. Volgens Héman wordt nu nog te weinig geleerd van het tuchtrecht, omdat het vooral bestraffend wordt ingezet.¹ Veel artsen ervaren een opgelegde maatregel als straf en een

De KNMG heeft zich achter de aanbevelingen geschaard, maar merkt op dat het vertrouwen van artsen in het tuchtrecht steeds verder terugloopt en dat de huidige knelpunten onvoldoende worden

hoeft geen buik-CT te beoordelen, dat staat niet in het opleidingsplan.^{4,5}

Groter plaatje

Is het niet vreemd dat de radioloog zich niet hoeft te verantwoorden? Deze casus verklaart het geringe aantal klachten tegen radiologen. Fijn, maar minder mogelijkheden om te leren. Bovendien is in de tuchtprocedure slechts in beperkte mate ruimte voor het onderzoeken van de oorzaken die aan het verwijtbare handelen ten grondslag liggen, zoals systeem en organisatiefouten. Ook hier is meer van te leren, evenals het feit dat het tucht-

noom.⁷ Indien de radiologen de richtlijn Mammacarcinoom hadden gevolgd, zou er geen delay zijn opgetreden, en zou er dus ook geen klacht tegen de huisartsen zijn ingediend. Ik vind het jammer dat aspecten die geen directe betrekking hebben op de klacht, buiten beschouwing blijven. Zo is er ook niet van te leren om te verbeteren.

Kan het beter?

Ten slotte staat in tuchtspraken vaak dat het er niet om gaat of het beter had gekund, maar of de arts binnen de grenzen van een redelijk bekwaam beroeps-

belangrijke bron om van te leren. Om van tuchtzaken te leren, moeten we de barrières die het leren belemmeren onder ogen zien.

Individuele radiologen moeten het tucht-recht zo onbevangen mogelijk benaderen en vertrouwen op de integriteit en de goede bedoelingen van het tuchtcollege. Tuchtcolleges moeten hun uitspraken goed motiveren en zoveel als mogelijk doorzoeken naar achterliggende oorzaken van mogelijk tuchtrechtelijk verwijtbaar gedrag. Wetenschappelijke verenigingen moeten normen en richtlijnen aan de hand van uitspraken aanpassen en uitspraken die betrekking hebben op de beroepsgroep, systematisch analyseren en erover communiceren met de beroepsbeoefenaren. Wat dat betreft kunnen we trots zijn op de NVvR, waar al jaren een werkgroep Tucht-recht actief is die zich inspannt om de uitspraken op systematische wijze te analyseren en breder bekend te maken.

'Benader het tucht-recht zo onbevangen mogelijk en vertrouw op de integriteit en de goede bedoelingen van het tuchtcollege'

recht – dat naar zijn aard gericht is op individuele verantwoordelijkheid – onvoldoende meeweegt dat de beroepsuitoefening steeds meer in samenwerkingsverbanden plaatsvindt. Als de NVvR het tucht-recht als kwaliteitsinstrument wil gebruiken, moeten we dus breder kijken: niet alleen naar klachten tegen individuele radiologen, maar ook naar klachten tegen andere zorgverleners waarbij de radioloog een rol heeft gespeeld (zie ook het artikel op pagina 20).

Vertraging

In 2010 speelde de casus Dokters Delay.⁶ Tijdens een polibezoek zag alleen de cardioloog een X-thorax en gaf deze af als 'normaal'. De radioloog had een verdachte afwijking gezien en adviseerde een CT-scan, maar belde niet. Het advies bleef ongezien, met delay als gevolg. In die tijd was er nog geen richtlijn over het communiceren van kritieke bevindingen. Deze bestond al wel in de Verenigde Staten. Als de klacht tegen de radioloog was geweest, had het tuchtcollege dan alleen moet toetsen aan de (niet) bestaande normen? Of de klacht gegrond moeten verklaren omdat de handelwijze niet overeenkomt met de internationale literatuur (veldnorm)? Of had het tuchtcollege de wetenschappelijke vereniging moeten oproepen tot het opstellen/aanscherpen van de norm?

In *Medisch Contact* besprak ik twee klachten tegen huisartsen betreffende delay in de diagnostiek van een mammacarci-

neef. Een goede insteek als het gaat om het repressieve/punitieve karakter van het tucht-recht, maar niet als het gaat om leren en verbeteren van de kwaliteit. Neem de casus die eerder uitgebreid in MemoRad is besproken over de gesluierde mastoïdcellen waarvan niet terstond een addendum is gemaakt.⁸

Bij deze casus waren in retrospect in een ander ziekenhuis afwijkingen te zien die bij een doorgebroken middenoorontsteking pasten. De afwijkingen waren subtiel en het missen onvoldoende voor een tuchtrechtelijk verwijt, dus de radioloog was binnen de grenzen van een redelijk bekwaam beroepsbeoefenaar gebleven. Echter, een onbekend aspect van deze casus is of de betrokken radioloog KNO, neuroradiologie of kinderradiologie als aandachtsgebied had. Als dat niet het geval was geweest, zou het beter zijn geweest als er wel een radioloog met aandachtsgebied naar had gekeken. Vrijwel nergens is 24-uurs beschikbaarheid te realiseren, maar er valt over te discussiëren of je bij moeilijke casuïstiek niet een radioloog met aandachtsgebied zou moeten consulteren. Dit aspect – had het beter gekund? – valt buiten de tuchtrechtelijke beoordeling en moeten we zelf oppakken.

Goede bedoelingen

Samenvattend: los van mijn mening dat een grondige herziening van het tucht-recht noodzakelijk is, zijn tuchtzaken een

Gerrit Jager
radioloog n.p.

Literatuur

1. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/federatienieuws/federatiebericht/probeer-een-tuchtklacht-te-zien-als-een-leermoment-1.htm>
2. Brenda J.M. Frederiks et al. Ned Tijdschr Geneesk. 2021;165:D6430
3. Herregodts, RL, Bol CA, Weenink J. 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/01/26/rapport-toekomstbestendig-tucht-recht/rapport-toekomstbestendig-tucht-recht.pdf>
4. <https://www.medischcontact.nl/kennis-carriere/tucht-recht/tuchtzaak/bijniermetastase-gemist-door-kokerzien.htm>
5. <https://www.medischcontact.nl/kennis-carriere/tucht-recht/tuchtzaak/longarts-hoeft-geen-buik-ct-te-beoordelen.htm>
6. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/doktersdelay.htm>
7. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/van-berisping-of-waarschuwing-leer-je-niks.htm>
8. https://tucht-recht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2021/ECLI_NL_TGZR-ZWO_2021_6

HERBEOORDELING BEELDVORMING BIJ ONENIGHEID

Zorgvuldigheid én duidelijkheid



Ton van der Vliet



Jolanda Streekstra



Tietse van Dorp



Gerrit Jager



Peter Wensing

In veel medische conflicten speelt beeldvorming een rol. De (her)beoordeling hiervan gaat onze hele beroepsgroep aan. Daarom werkt de commissie Expertise van de NVvR met een zorgvuldig uitgewerkte uniforme procedure voor herbeoordeling. Tijdens een expertisebijeenkomst afgelopen september was er ook ruimte om te kijken naar knel- en verbeterpunten.

Het doel van de procedure, een panelbeoordeling, is tweeledig: *kwaliteitsbevordering* en *bescherming van de beroepsgroep*. Uitgangspunten zijn anonimiteit van de beoordelaars en een zo goed mogelijke nabootsing van de oorspronkelijke beoordelingssituatie. Bij het doen van een medische expertise op persoonlijke titel is anonimiteit niet mogelijk en is er risico op persoonlijke aansprakelijkheidstelling.¹ Bovendien benadert een panelbeoordeling meer de norm van een redelijk handelend en redelijk bekwam radioloog dan een individuele herbeoordeling.

Onafhankelijke expertise

De eisen waaraan een aanvraag voor expertise moet voldoen, zijn te vinden op de website: www.radiologen.nl/praktijk-beroep/expertise. Niet ontvankelijk zijn: screeningscasus, beoordeling van (dis)functioneren van een collega, herbeoordelingen ten behoeve van gerechtelijke procedures en herbeoordelingen van beeldmateriaal door niet-radiologen gemaakt.

Valkuilen

Het doen van een expertise kent enkele belangrijke valkuilen (zie figuur 1).^{2,3}

Valkuilen

- > **Vraagstelling:**
In de huidige procedure worden slechts 2 vragen beantwoord:
 1. Hoe luidt het verslag, op basis van de beschikbare gegevens en aanvraag, en met inachtneming van de op datum van onderzoek geldende beroepsnormen?
 2. Zijn er discrepanties met de oorspronkelijke beoordeling?
- > **Bias:** de belangrijkste biases bij herbeoordelingen zijn:
 1. Hindsight bias: wijsheid achteraf, "nothing is so easy as to be wise after the event"
 2. Outcome bias: als de uitkomst bekend is dan wordt de foto anders bekeken
- > **Formulering eindconclusies**

Figuur 1. Valkuilen bij expertise-beoordeling.

Voor wat betreft de valkuil van het formuleren, is gekozen voor gestandaardiseerde eindconclusies (zie figuur 2).

Standaardformulering conclusies

- 1 geen verschil 1^o verslag, handelen conform toendertijd geldende richtlijn
- 2a verschil 1^o verslag (afwijking niet benoemd), waarschijnlijk toch handelen conform richtlijn
Afwijking is niet waargenomen
Afwijking is wel waargenomen, maar niet als significant afwijkend geïnterpreteerd

Formulering: er zijn geen aanwijzingen dat de radioloog niet heeft gehandeld conform de geldende richtlijnen en standaarden, met de aantekening dat er niet op elk gebied een specifieke richtlijn bestaat

- 2b verschil 1^o verslag (afwijking niet benoemd), handelen niet conform richtlijn
- 3a verschil 1^o verslag (afwijking anders geïnterpreteerd), waarschijnlijk toch handelen conform richtlijn
- 3b verschil 1^o verslag (afwijking anders geïnterpreteerd), handelen niet conform richtlijn
- 4 geen oordeel

Figuur 2. Standaardformulering conclusies.

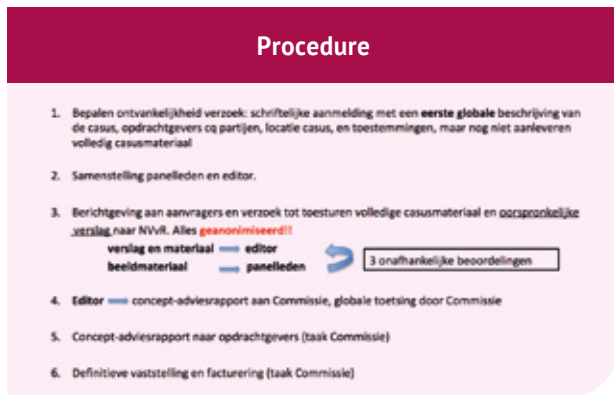
Samenstelling panel en procedure

Het expertisepanel bestaat uit vier radiologen: drie beoordelaars en een editor. De beoordelaars beschikken over de foto's en de oorspronkelijke aanvraag. De editor beschikt daarnaast over het oorspronkelijke verslag. Hij beoordeelt niet zelf, maar stelt de concept eindrapportage op. Dit gebeurt aan de hand van de herbeoordeling door de overige panelleden. De editor maakt een vergelijking met het oorspronkelijke verslag en toetst de bevindingen aan literatuurgegevens en richtlijnen (zie figuur 3).

De panelleden zijn afkomstig uit een radiologenpool van de verschillende NVvR-secties. De samenstelling van het panel is gevarieerd: geografisch gemengd, gemengd academisch en perifeer, geen relatie met casus, ziekenhuis, 1^o radioloog of patiënt, geen binding met de regio waarin expertisecasus speelt.

De adviesrapportage van het expertisepanel is een weerslag van de bevindingen van meerdere redelijk bekwame en redelijk zorgvuldig handelende radiologen, inclusief een vergelijking

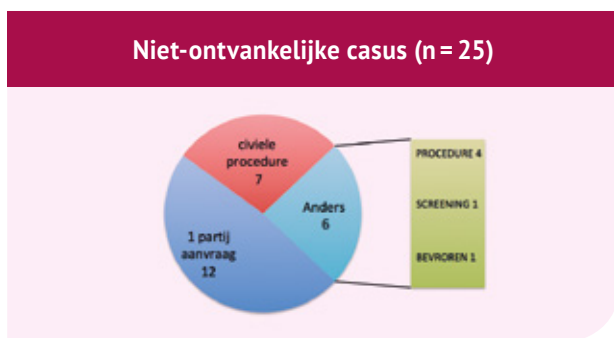
met de bevindingen van de eerste radioloog, zonder dat een oordeel wordt gegeven over een eventueel verwijtbaar handelen van de eerste beoordelaar. Dit is immers voorbehouden aan de rechter, ook wordt zo *blaming* en *shaming* voorkomen.



Figuur 3. Werkwijze expertisepanel.

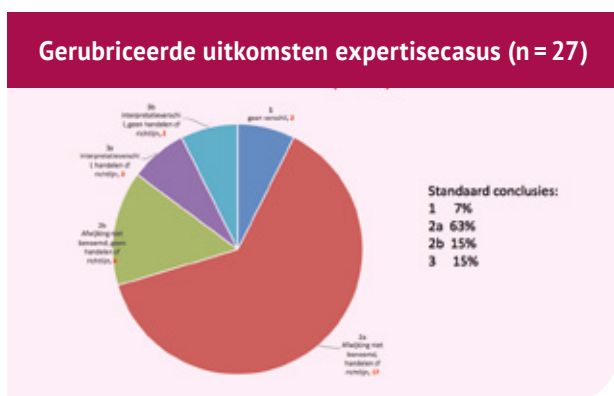
Resultaten

Vanaf 2016 zijn er totaal 68 casus aangemeld. Hiervan zijn er 25 niet-ontvankelijk verklaard (zie figuur 4).



Figuur 4. Redenen voor niet-ontvankelijkheid.

Sinds de introductie van standaardformuleringen voor de conclusie (in 2018) zijn de uitkomsten van 27 casus gerubriceerd (zie figuur 5). Zestien afgeronde casus vóór 2018 zijn niet gerubriceerd.



Figuur 5. Uitkomsten (gerubriceerd).

Expertisebijeenkomst

Tijdens een expertisebijeenkomst afgelopen september bleken vier onderwerpen bijzonder te leven onder de toehoorders: angst voor *blaming* en *shaming*, onduidelijkheid in de formulering van conclusie 2a, gebruik van de procedure in gerechtelijke zaken en scholing.

De formulering van conclusie 2a (zie figuur 2) leidde tot heftige discussies, zowel van de kant van de aanvragers (verzekeraars) als vanuit de beroepsgenoten. Alhoewel geconstateerd werd dat juristen gewend zijn om aan de hand van adviesrapportages zelf conclusies te trekken over toerekening van gemiste bevindingen, werd ook vastgesteld dat de Nederlandse Vereniging voor Pathologie, die ook een herbeoordelingsprocedure heeft, minder nuances aanbrengt in de conclusies en scherpere uitspraken doet. De angst dat de (her)beoordelaar dan buiten zijn deskundigheidsgebied treedt, of een conclusie onvoldoende kan onderbouwen, lijkt bij de NVvP minder aanwezig. De commissie Expertise zal kijken of in dit kader een aanpassing van de formulering mogelijk is.

Gerechtelijke procedures

Vanwege het succes van de NVvR-expertiseprocedure blijkt het voor de rechterlijke macht moeilijk om in haar netwerk radiologische experts te vinden. Vaak wordt verwezen naar de NVvR-expertiseprocedure, die niet is opengesteld voor gerechtelijke casus. Immers dan is de anonimiteit van de experts niet gewaarborgd, en bestaat er geen mogelijkheid tot een open vraagstelling.

Toch lijkt er een opening te zijn. De procedure van de NVvP wordt wél in gerechtelijke procedures gebruikt. Hierbij is een lid vanuit de juridische commissie (vergelijkbaar met de Commissie Expertise) het aanspreekpunt voor de rechter en blijven de panelleden anoniem. Tevens accepteert deze vereniging open vragen. De commissie Expertise kijkt nu of deze procedure inpasbaar is.

Scholing

Er bleek op deze avond een duidelijke behoefte aan nadere scholing in het verantwoord uitvoeren van medische expertises. In Nederland is de Nederlandse Vereniging voor Medische Specialistische Rapportage (NVMSR) actief, met uitgebreide scholing op masterniveau. Deze is echter gericht op de poortspecialismen en te uitgebreid voor onze doelstellingen. Desondanks heeft de commissie Expertise toenadering gezocht tot de NVMSR. Samen met een bestuurslid van deze vereniging wordt gezocht naar een voor de NVvR geschikte aanpak.

Tot slot: alhoewel er al grote stappen zijn gemaakt, blijft er nog ruimte voor verbetering. Om continuïteit te waarborgen, zijn er niet alleen panelleden nodig van de secties, maar ook nieuwe commissieleden. Belangstellenden kunnen contact opnemen met een van de auteurs van dit artikel.

- Ton van der Vliet, radioloog n.p.
- Jolanda Streekstra, jurist NVvR
- Tietse van Dorp, radioloog n.p (voorzitter)
- Gerrit Jager, radioloog n.p.
- Peter Wensing, radioloog, ZGT Almelo

Literatuur

1. Zonderland H. MemoRad 2018; 23(3):6-10.
2. Eeuwijk J, Bosch J. van den, Robben P. Tijdschrift voor Toezicht 2015, september:6-19.
3. Giard R, Medisch Contact 2018 (03):18-21.

Save the date



Op **24, 25 en 26 mei 2023** bundelen de Sandwichcursus-commissie en het comité Radiologedagen de krachten en organiseren zij een uniek 3-daags congres voor heel radiologisch Nederland: **CLUB Sandwich!**

Het congres vindt plaats in de Reehorst te Ede en uiteraard staat er donderdag 25 mei een spetterend feest op de planning in de 'Mauritskazerne'.

Inschrijving geopend vanaf 10 januari 2023

www.radiologen.nl

 [radiologedagennvvr](https://www.instagram.com/radiologedagennvvr)

 Nederlandse Vereniging voor
Radiologie

 **B.E.N.G!**
VAN BOMMEL EN GOOSSENS
EVENTS & COMMUNICATIE

Goede leidraad voor de beginnende clinicus

Enkele jaren geleden zijn Veerle Smit en Romée Snijders *Compendium Geneeskunde* gestart: een initiatief om studieboeken toegankelijker te maken voor studenten geneeskunde. Na een vijfdelige boekenreeks *Compendium Geneeskunde 2.0* en maar liefst 17 pockets is er nu nieuwe *Pocket Radiologie voor in de kliniek*. Onder de bezielende leiding van redacteur Gwen Vuurberg, aios radiologie te Rijnstate in Arnhem, is dit boek tot stand gekomen.

Compact en overzichtelijk

Compacte, overzichtelijke hoofdstukken nemen de lezer mee door de achtergronden van de radiologie. Hoe komen beelden vanuit verschillende modaliteiten tot stand? Welke aandachtspunten zijn er bij de technieken? Naast de bij klinici meer bekende technieken (echo, conventioneel en CT) is er ook aandacht besteed aan uitleg over MRI-sequenties en nucleaire onderzoeken. Daarnaast is er een overzichtelijk hoofdstuk over interventieradiologie.

Belangrijke praktische onderwerpen komen ook aan bod. Wanneer gebruik je bijvoorbeeld contrast en welke soor-

ten contrast zijn er dan? Waar moet je rekening mee houden bij een zwangere patiënt? Welke radiologische stigmata kunnen duiden op kindermishandeling? En ook niet onbelangrijk: hoe schrijf je een goede radiologische aanvraag?

Handige indeling

Het tweede deel van het boek bestaat uit hoofdstukken over verschillende aandoeningen. Deze zijn onderverdeeld in hoofd-hals, wervelkolom, thorax, abdomen, extremiteiten en niet-radiologische diagnoses inclusief differentiaaldiagnoses en handige weetjes. Een nuttige toevoeging zijn de stroomschema's klinisch redeneren, waarin je als aanvra-

gen meerdere stappen doorloopt om te beoordelen of het aanvragen van beeldvorming tijdens de dienst noodzakelijk is of welke beeldvorming je het best kunt aanvragen bij een dyspnoëische patiënt. Ook een bijlage met *frequently asked questions* in de dienst is handig.

Al met al een overzichtelijk en goed leesbaar naslagwerk. Het is qua inhoud met name geschikt voor studenten geneeskunde, coassistenten en de (beginnende) arts-assistent in de klinische vakken en een mooie leidraad voor de mogelijkheden van de radiologie. ■

Ruth Kaufmann

Compendium Geneeskunde. Pocket Radiologie. Romée Snijders, Veerle Smit en Gwen Vuurberg, 210 pagina's, compendiumgeneeskunde.nl.

Het geheim van het EUSOBI-succes

De *European Society of Breast Imaging (EUSOBI)* is met inmiddels meer dan 1.600 leden (143 uit Nederland) verspreid over ruim 80 landen een grote wereldwijde organisatie geworden. De nieuwe president Ruud Pijnappel van EUSOBI onthult het geheim van het succes.

Toen mij in 2015 werd gevraagd of ik interesse had om lid te worden van het bestuur van de *European Society of Breast Imaging (EUSOBI)* antwoordde ik meteen: 'Wat een eer, graag'. Als voorzitter van de mamesectie was ik in 2014 intensief en met veel plezier betrokken geweest bij de voorbereidingen van de *Annual Scientific Meeting* van de EUSOBI, waar de Dutch College of Breast Imaging gastheer van was. De editie in Amsterdam, met een onvergetelijk diner in de eregalerie van het Rijksmuseum, was een groot succes. Het vormde het begin van een enorme toename in de aantallen deelnemers aan het congres. Dit jaar hadden we in Malmö bijna 1.100 inschrijvingen.

Praktische invulling

Ook qua leden heeft de EUSOBI de laatste jaren een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Wat is de reden van dit succes? Eén daarvan is de erkenning in veel landen van mammariadiologie als volwaardig deelgebied binnen de radiologie. Een andere reden is de praktische invulling van het congres. Nieuwe wetenschappelijke inzichten worden niet alleen met cijfers onderbouwd, maar er is ook aandacht voor implementatie van en gevolgen voor de dagelijkse praktijk. Daarnaast dragen de cursussen die los staan van het jaarcongres zeker bij aan het succes. Ze vormen een uitgebreid palet, het hele diagnostische veld bestrijkend: MRI, screening (in samenwerking met het LRCB), tomosynthese met AI en echo. Voor 2023 zijn er plannen voor de lancering van een cursus specifiek gericht op CEM.

Bijdrage aan zorgstandaard

Naast de vakinhoudelijke verspreiding van kennis en vaardigheden aan professionals in landen met een gedegen zorgstelsel zal ik me met name ook inzetten voor landen met een lagere zorgstandaard. Ook daar proberen we de komende jaren veel aan professionele ontwikkeling bij te dragen. Buiten de professionele sfeer neemt EUSOBI ook de politiek en beleidsmakers mee in haar missie: kwalitatief hoogwaardige (vroeg)diagnostiek en mammazorg voor alle vrouwen zowel binnen als buiten Europa. Het is een voorrecht om als president de komende twee jaar hier een bijdrage aan te leveren.



Uitreiking erelegpenning NVvR aan Herman Pieterman

De NVvR heeft de erelegpenning toegekend aan Herman Pieterman voor zijn grote betekenis en unieke inzet voor de radiologie.

Na zijn lidmaatschap van de Commissie Kwaliteit (1999-2003), en Commissie voor Beroepsaangelegenheden (2004-2010) was Herman in de periode 2011-2017 secretaris van het NVvR-bestuur. Vanuit die hoedanigheid heeft hij de sectie Techniek (voorheen ICT-werkgroep) mede opgericht, vanuit het groeiende besef dat de betrokkenheid van de radiologie bij vele ICT-aangelegenheden te fragmentarisch, te klein van omvang of zelfs onzichtbaar was.

Daarnaast behartigt Herman krachtig de belangen van de radioloog binnen de Nederlandse Commissie voor Stralingsdosimetrie (2016-2022) en werkt hij tot op heden aan het realiseren van landelijke beeldbeschikbaarheid. Bij deze en vele andere verdiensten is kenmerkend dat Herman Pieterman steeds met grote loyaliteit, vasthoudendheid en kennis vaak als een stille kracht op de achtergrond heeft geopereerd aan het collectieve belang. De laudatie vond op 21 november plaats tijdens de themabijeenkomst van de sectie Techniek in het LUMC.



(v.l.n.r.): voorzitter sectie Techniek Onno Vijlbrief, laureaat Herman Pieterman en secretaris bestuur NVvR Jet Quarles van Ufford.

(advertentie)

*Aan alle zorgverleners
in Nederland*

*Wij denken
aan jullie!*

De medewerkers van Bayer



Droge (maar wel nauwkeurige) kijk op vroegdiagnostiek

'U heeft nog 25 jaar', *Over de zin en onzin van vroegdiagnostiek*, biedt een fraai overzicht van alles wat er op dit mogelijk is op het gebied van screening en vroegdiagnostiek in Nederland. Joep van der Velden heeft lange tijd gewerkt als directeur strategie bij het VU medisch centrum en Loek Winter is naast zorgondernemer en oprichter van de DC Klinieken, ook voormalig radioloog.

Het boek is onderverdeeld in diverse hoofdstukken en per hoofdstuk wordt steeds één facet belicht. Naast een uitgebreid hoofdstuk over de verschillende in Nederland actieve bevolkingsonderzoeken, bevat het boek onder andere hoofdstukken over commerciële health-checks, *case finding* (het actief op zoek gaan naar aandoeningen bij personen met een verhoogd risico) en prenatale diagnostiek. In een van de laatste hoofdstukken wordt stilgestaan bij innovatie en de toekomst van vroegdiagnostiek.

Punsgewijze bespreking

De opbouw van elk hoofdstuk volgt een vast stramien. Eerst wordt achtergrondinformatie gegeven en vervolgens worden voor- en nadelen puntsgewijs behandeld. Het boek leest hierdoor bij tijd en wijle wat droog en er mist mijns inziens een persoonlijke visie van de auteurs. Wat dit boek echter sterk maakt is de nauwkeurige uiteenzetting van het screeningslandschap in Nederland met daarbij vele literatuurverwijzingen.

De auteurs vermelden in hun voorwoord dat zij het boek aanvankelijk schreven vanuit de gedachte dat vroeg-

diagnostiek een goede zaak is: hoe eerder je erbij bent, hoe beter de kans op herstel en hoe lager uiteindelijk de zorgkosten. Naarmate hun onderzoek vorderde, kwamen zij er echter achter dat dit een te simplistische benadering is. Naast de evidente voordelen, zitten er ook nadelen aan het vroeg opsporen van aandoeningen of risicofactoren.

Op de loer

Zo kan het eerder vinden van een onbehandelbare aandoening juist tot gevolg hebben dat mensen langer leven in de wetenschap dat zij zullen overlijden, een fenomeen dat in de wetenschap bekend staat als *lead-time bias*. Ook kan het voorkomen dat bij screening een aandoening wordt gevonden die mogelijk nooit manifest zal worden. Laaggradig prostaatscarcinoom is hier een voorbeeld van. Het probleem is echter dat je bij ontdekking vaak niet weet in welke categorie een patiënt valt. Daardoor liggen overdiagnostiek en de daarmee gepaard gaande overbehandeling op de loer.

Belangrijk is derhalve dat de te screenen populatie goed wordt geïnformeerd over de voor- en nadelen van de



aangeboden onderzoeken, zodat eenieder een eigen weloverwogen besluit kan nemen. Tenslotte is screening en vroegdiagnostiek niet meer weg te denken in de huidige zorg en dit boek biedt een vrij complete beschrijving van de huidige stand van zaken.

Alexander van Straten

'U heeft nog 25 jaar'. *Over de zin en onzin van vroegdiagnostiek*. Joep van der Velden en Loek Winter, 224 pagina's, www.s2uitgevers.nl.

Opleidingsprijs voor radioloog Kees van Dijke

Radioloog C.F. (Kees) van Dijke van het Noordwestziekenhuis mag zich de beste opleider van Nederland noemen. Hij won op 1 oktober de Opleidingsprijs tijdens het jaarcongres van De Jonge Specialist.

Van Dijke was voorgedragen vanwege zijn grote betrokkenheid en inspanningen voor een gezond en veilig opleidingsklimaat. 'Kees zorgt ervoor dat we ook echt om 17.00 uur naar huis kunnen en vindt het belangrijk dat we duidelijke afspraken maken over onze werktijden', schreef een van de aios als motivatie.

Eervol

Naast de titel Opleider van het Jaar ontving Van Dijke ook een geldbedrag van 8.000 euro voor het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding. Kees liet weten verrast te zijn en vindt de prijs vooral 'een ongelofelijke eer'.



VAN BELANG VOOR DE RADIOLOGIE, MAAR (BIJNA) VERGETEN

Een fysicus met ‘pernicieuze’ anemie

Het korte leven van de talentvolle Cornelis Wind



Kees Simon



Frans Zonneveld

In deze serie zetten Kees Simon en Frans Zonneveld mensen en gebeurtenissen in de spotlight die zich in en rond de radiologie hebben afgespeeld en van belang zijn geweest voor de radiologie, maar minder in de belangstelling hebben gestaan. Aflevering 5: Cornelis Harm Wind (1867-1911).

Fysici waren niet geliefd binnen de vereniging van radiologen in Nederland. Dat had er onder andere mee te maken dat men geen pottenkijkers duldde. Weliswaar konden fysici bijzonder lid worden, maar hun inbreng werd niet altijd op waarde geschat. Het bestuur van de vereniging (NVvER, Nederlandsche Vereeniging voor Electrologie en Röntgenologie) had in 1909 een eigen Technisch Bureau opgericht dat in feite alleen bezet werd door een arts, de Amsterdamse hoogleraar Wertheim Salomonson (1864-1922), wiens technisch inzicht geroemd werd. De fysici protesteerden tegen hun positie als buitengewoon lid door nalatige contributiebetalingen.¹ Toch hadden veel fysici al vroeg na de ontdekking van de röntgenstralen een aanzet gegeven voor toepassing in de geneeskunde. Maar zij deden meer.

Voordracht met demonstratie

Zo'n fysicus was Cornelis Harm Wind. Toen in 1896 de ontdekking van Röntgen wereldkundig was gemaakt, leverde het Fysisch Laboratorium in Groningen, waar hij werkte, hand- en spandiensten aan de hoogleraar chirurgie Carel F.A. Koch (1859-1950) aldaar voor het maken van röntgenfoto's.² Het Fysisch Laboratorium stond onder leiding van de hoogleraar Hermannus Haga (1852-1936), maar het was vooral Wind die de röntgenopnamen van patiënten van Koch maakte. In oktober 1897 hield hij ook een voordracht met demonstraties voor de Groningse afdeling van de Maatschap-

pij tot bevordering der Geneeskunst. Er waren zelfs plannen gemaakt om hem de leiding te geven van een op te richten Gronings Röntgeninstituut.³ Daar is het niet van gekomen.

Antwoorden zoeken

Maar röntgenstralen bleven wel zijn aandacht houden om een antwoord te krijgen op de vraag die hij het geneeskundig gezelschap had voorgehouden als onderwerp van zijn voordracht: Wat zijn X-stralen? Die vraag hield de wereld van de fysica in die tijd bezig. Waren X-stralen golven of deeltjes? Röntgen had daar geen antwoord op, zoals blijkt uit zijn in 1897 geschreven derde en laatste mededeling over zijn ontdekking, hieronder vrij vertaald:

Sinds het begin van mijn werk aan X-stralen heb ik herhaaldelijk geprobeerd om daarmee diffractieverschijnselen te verkrijgen; meerdere malen heb ik met smalle spleten, enz., verschijnselen verkregen waarvan het uiterlijk deed denken aan diffractiebeelden; maar toen door verandering van de omstandigheden van het experiment proeven werden gedaan om de juistheid van deze beelden door diffractie te verklaren, werd dit in elk geval weerlegd; en vaak kon ik direct bewijzen dat de verschijnselen waren ontstaan op een manier die heel anders was dan diffractie. Ik heb geen experiment kunnen doen waarmee ik met voldoende zekerheid bewijs kon verkrijgen voor het bestaan van diffractie van de röntgenstralen.⁴



Cornelis Harm Wind (uit: Het Utrechts Archief).

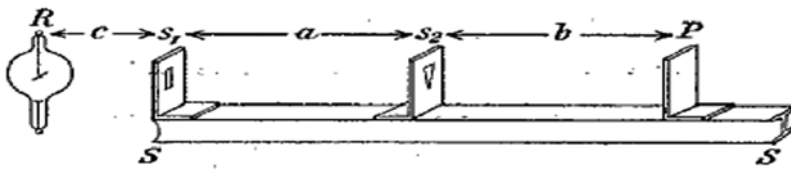
Lichttheorie

In de lichttheorie van Huygens en Fresnel geldt buiging van licht dat door een zeer smalle spleet valt als bewijs voor het golfkarakter ervan. Dat is wat men diffractie noemt. Op een scherm achter de spleet worden lijnen zichtbaar van afwisselende (minima en maxima) en afnemende lichtintensiteit (zie figuur 1).

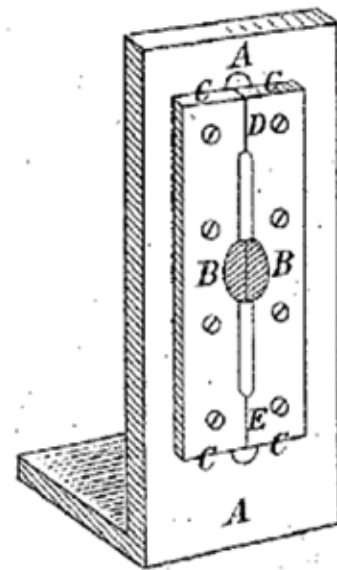
In oktober 1896 had een zekere Fomm, fysicus te München, beweerd buigingsverschijnselen te hebben aangetoond van röntgenstralen en hij gaf daarbij ook een indicatie van de golflengte.⁵ Dat was voor Pieter G. Tiddens (1873-1955), assistent van Haga, aanleiding dit nader te onder-



Figuur 1. Diffractiepatroon van gewoon licht door een smalle spleet (uit: *Introduction to college physics*, Harvey E. White, 1968).



Figuur 2. Schematische voorstelling van de buigingsproef met röntgenstralen. R= röntgenbuis, S1= lichtspleet, S2= wigvormige buigingspleet en P= fotografische plaat. De afstand a is 75 cm en b variabel rond 75 cm. Het geheel staat op een 2 m lange, zware ijzeren balk of statieven. De uit platina gevormde licht- en buigingspleet zijn bevestigd aan 4 mm dikke geelkoperen koperen platen die vastzitten aan 3 mm dikke hoekijzers (met aangepaste maten uit ref. 14).



Figuur 3. Schema voor licht- of buigingspleet. Het ronde platinaplaatje tussen BB bevat de spleet, wigvormig voor buiging, lijnvormig voor de lichtbron. De verbreding boven en onder is voor de bepaling of de spleten in lijn staan (uit ref. 14).

zoeken. In een bericht van 1897 aan de Koninklijke Akademie van Wetenschappen (KAW) komt hij tot de conclusie dat de waargenomen maxima geheel andere wetten volgen dan de buigingsmaxima van lichtstralen en dat de bewering van Fomm geen recht van bestaan heeft.⁶

Uitvoerige experimenten

Toen ging Wind ermee aan de slag. Wind was na zijn promotie bij Haga in 1895 in Groningen benoemd tot lector in de mathematische fysica en fysische chemie. Hij was een uitstekende onderzoeker en niet onbekend met de optica, zoals hij had laten blijken in artikelen over de wisselwerking tussen licht en magnetische velden (Kerr- en Hall effect).⁷ Maar na zeer uitvoerige buigingsexperimenten met röntgenstralen in de jaren 1897 en 1898, waarvan de resultaten opgenomen werden in de annalen der KAW, kwam hij tot de conclusie dat wat hij meende te zien, berustte op een optische illusie.⁸ Hij dacht hiermee een nieuw fenomeen te hebben gevonden, maar constateerde nog hetzelfde jaar dat Ernst Mach (1838-1916) dat al had beschreven in de jaren zestig.⁹ Hij had in ieder geval aangetoond waarop de vermoedens van Röntgen en Tiddens berustten.

Korte golflengte

Hierdoor liet Wind zich niet uit het veld slaan. Bij zijn vele en uitgebreide proefnemingen, waarbij hij de onderlinge afstanden röntgenbuis-lichtspleet-bui-

gingspleet-film in talloze combinaties had gevarieerd met als uiterste een afstand buis-film van 24 m, was hem bij een wigvormige buigingspleet opgevallen dat er op een bepaalde plek een verbreding van het spleetbeeld te zien was. Hij vermoedde dat dit berustte op buiging van de röntgenstralen en kwam bij schatting uit op golflengtes in het gebied van 1,5-2 Å (1,5-2 x 10⁻¹⁰ m).

Op deze uiterst korte golflengtes paste hij zijn proeven aan. Hij koos een afstand van 2 meter tussen buis en film. De onderlinge afstanden lightspleet-wigvormige buigingspleet-film staan in de figuur vermeld (zie figuur 2). De lijnvormige lightspleet liet hij variëren tussen 14-25 micron (14-25x10⁻⁶ m) en de wig van de buigingspleet tussen 14-1 micron breed. Boven en onder deze zeer smalle spleten was een 3 mm brede spleet om te kunnen controleren of de licht- en buigingspleet nog steeds in lijn stonden door er een fluorescentiescherm achter te houden (zie figuur 3). De opnametijden lagen tussen 30 en 200 uren.

Inderdaad zag hij nu verbredingen in de opnames van de buigingspleet op diverse hoogtes van de wig bij breedten van 2-8 micron en vooral bij lange belichtingstijden (100-200 uur). Weliswaar moest hij rekening houden met een mate van onzekerheid door ruis in de film,

maar met een microscoop en de formules van Fresnel kwam hij tot golflengtes die varieerden van 0,1-1,7 Å, afhankelijk van de hardheid der stralen. In ieder geval was hij er zeker van hiermee het golfkarakter van röntgenstralen te hebben aangetoond. Dit alles werd in 1899 niet alleen ingebracht op de vergadering van de KAW, maar ook gepubliceerd in de *Annalen der Physik*.^{10,11}

Sceptici en steun

Natuurlijk waren er sceptici, zoals de in medische kringen opererende Duitse fysicus uit Hamburg Bernard Walter (1861-1950). Op een bijeenkomst van de Duitse Naturforscherversammlung had hij de bevindingen van Wind volstrekt van de hand gewezen. Dat was voor Haga en Wind aanleiding om hun proeven nogmaals en nauwkeuriger te herhalen in 1902.¹² Over de exactheid van hun metingen over de golflengte zou je kunnen discussiëren, meenden ze, maar ze waren er van overtuigd dat röntgenstralen buiging toonden en dus een golfkarakter hadden. Walter liet zich niet overtuigen.^{13,14} Maar anderen wel en dat waren niet de minsten. Zo sprak onze grote natuurkundige Lorentz in zijn Nobellezing van 1902 over 'X-rays, as extremely short violent electromagnetic disturbances of the ether' en ondersteunde ook de grote Duitse natuurkundige Arnold Sommerfeld (1868-1951) in een historisch overzicht de visie van Wind.¹⁵

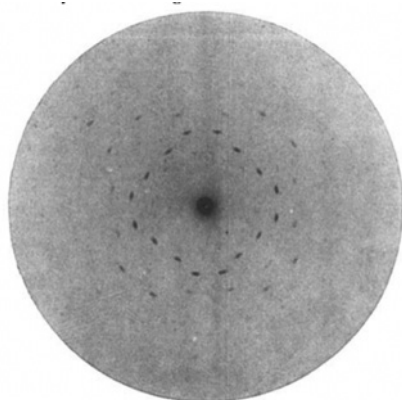


Figuur 4. Diffractiepatroon van röntgenstralen door een wigvormige spleet met het commentaar van Röntgen (uit: het familiearchief Wind).

En Röntgen schreef, bedachtzaam als hij was, bij een afbeelding die Haga en Wind hem gestuurd hadden: *Wenn nicht retouchiert worden ist – was ich nicht genau beurteilen kann ohne den Original zu sehen – sehr schön gelungen.* (zie figuur 4).

Eerherstel

In 1912 toonden Max Laue (1879-1960), Walter Friedrich (1883-1968) en Paul Knipping (1883-1935) in het instituut van Sommerfeld het golfkarakter van röntgenstralen aan door gebruik te maken van een kristalrooster. Dat beeld is inmiddels klassiek geworden¹⁶ (zie figuur 5). Laue ontving hiervoor de Nobelprijs in 1914. In zijn lezing haalde hij Haga en Wind



Figuur 5. Interferentiepatroon van een kristal (uit ref.16).

aan. Wind heeft dat allemaal niet meer mee mogen maken. Ook niet dat Walter in 1924 een overzichtsartikel schreef dat aan hem opgedragen was.¹⁷ In 1911 overleed hij, 43 jaar oud.

Wind was in 1902 benoemd tot hoofd-directeur van het KNMI, waar ooit Buys Ballot de scepter zwaaide en in 1904 tot hoogleraar in de mathematische fysica en de theoretische mechanica aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Ook werd hij in 1903 benoemd als lid van de natuurkundige afdeling der KAW. Wind was organisatorisch en didactisch zeer actief, maar toonde al snel verschijnselen van een ziekte die zijn lichaam sloopte: **pernicieuze anemie**.

Stralingseffect

In december 1912 overleed op 49-jarige leeftijd de Italiaanse dokter Emilio Tira-boschi, die meer dan 14 jaar een radiologische praktijk gevoerd had. Op verzoek van de familie werd obductie verricht. Men constateerde dat hij overleden was aan de gevolgen van schadelijke effecten van röntgenstraling op zijn lichaam. Er werd een **pernicieuze anemie** gevonden als gevolg van die straling. In 1914 verscheen een alarmerend editorial in de *Archives of the Roentgen Ray*, één van de voorlopers van de *British Journal of Radiology*, over dit geval: *The autopsy of a radiologist*.¹⁸ Het was de eerste keer dat men beseftte dat ioniserende straling deze effecten kon hebben op de bloedvormende organen. Het was de aanleiding tot periodiek onderzoek onder stralingswerkers.

Pernicieuze of aplastische anemie?

Maar ook Wind was overleden aan een pernicieuze anemie. Zijn kleinkinderen, ir. C.C. Groothoff en de arts/hoogleraar foniatrie dr. P.H. Damsté (1925-2017), schreven dat tachtig jaar later toe aan vitamine B12-deficiëntie. Maar pernicieuze anemie werd pas in 1926 gekoppeld aan vitamine B12. Vóór die tijd was het een verzamelnaam voor ernstige vormen van bloedarmoede. Is het niet veel waarschijnlijker dat de oorzaak bij Wind ook gezocht moet worden in zijn uitgebreide experimenten met röntgenstraling?

Eigenlijk leefde bij de familie zelf ook al dat besef. In de correspondentie van één ons (KJS) met de kleinkinderen schrijft Groothoff: *‘Mijn moeder A.C. Groothoff-Wind sprak in verband met het op jonge leeftijd overlijden van haar vader over ‘ten gevolge van de straling ziek geworden, men gebruikte toen nog geen loden beschermingschorten’.* En zijn grootmoeder

schreef op 20 maart 1909 aan hun goede vriend prof. Zeeman: *‘weet ge dat Kees rust moet houden wegens ernstige anaemie? Hij voelt zich zeer onplezierig. Heeft geen eetlust terwijl hij juist sterk gevoed moet worden en krijgt arsenicum druppels...’* En in een briefkaartje van de echtgenote aan haar dochter over pa’s toestand staat: *‘Prof Wenckebach gaf den raad dagelijks 1 cm³ arsenicum in te spuiten’.* Daar zijn ze dadelijk mee begonnen, maar 18 dagen later was Wind overleden.

Rauwe lever

Het meest waarschijnlijke is dat Wind is overleden aan een aplastische anemie. De andere kleinzoon schrijft: *‘van mijn moeder heb ik wel eens gehoord dat mijn grootvader aangemoedigd werd veel rauwe lever te eten’.* Blijkbaar bestond in die tijd al het inzicht dat er ergens een oorzakelijke factor moest zijn, die later als vitamine B12 geïdentificeerd werd. Maar zou Wind een vitamine B12 deficiëntie hebben gehad, dan had het eten van die lever verbetering moeten brengen. Zijn intensieve omgang met ioniserende straling wijst meer in de richting van aplastische anemie. Wind hoort dus thuis in het Ehrenbuch der röntgenmartelaren, waar tot nu toe geen enkele in Nederland werkzame radioloog of fysicus is ondergebracht.¹⁹

Erelidmaatschap

In 1921 werd bij de herdenking van 25 jaar röntgenstraling aan Haga het erelidmaatschap van de NVvR gegeven vanwege het hier beschreven werk. Hij was de derde fysicus (na Hoorweg en Zeeman) die zo’n erelidmaatschap kreeg. Als Wind nog geleefd had, had hij zo’n erelidmaatschap ook verdiend. Fysici waren niet geliefd binnen de NVvR, zo begon dit verhaal, maar men wist hen wel te waarderen. Zo lang ze zich maar niet bemoeiden met medische zaken. ■

Kees Simon en Frans Zonneveld

Literatuur

1. Simon K.J. De wetenschappelijke ontwikkelingen in de radiologie en radiotherapie binnen de geneeskunde in Nederland 1896-1922. Groningen, 2015. pp 188-9, 308,315
2. Thijn C. J. P., 1895-1995, 100 jaar Radiodiagnostiek in het Academisch Ziekenhuis Groningen. [S.l.]: [s.n.], 1995. P.6
3. Knecht-van Eekelen A. de, Wind, Cornelis Harm. in Knecht-van Eekelen A. de, Panhuysen J. F. M., Rosenbusch Gerd, eds. Door het menselijke vlees heen 100 jaar radiagnostiek in Nederland 1895-1995.

- Rotterdam: Erasmus, 1995; pp 313-5.
4. Röntgen W. C. Weitere Beobachtungen über die Eigenschaften der X-Strahlen. *Annalen der Physik* 1898;300(1):18-37.
 5. Fomm L. Die Wellenlänge der Röntgen-Strahlen. *Annalen der Physik* 1896;295(10):350-3.
 6. Tiddens P.G. Opmerkingen over de proeven van Fomm omtrent de golflengte der X-stralen. *Verslagen van de gewone vergaderingen der Wis- en Natuurkundige Afdeling* 1897;d.5 (1896-1897):408-11.
 7. Snelders H. A. M. Wind, Cornelis Harm (1867-1911). *Biografisch Woordenboek van Nederland*. (2013)
 8. Wind C. H. Over helderheidsmaxima en -minima als gevolg van een gezichtsbedrog. *Verslagen van de gewone vergaderingen der Wis- en Natuurkundige Afdeling* 1898;d.7 (1898-1899):12-9.
 9. Mach Ernst, Über die Wirkung der räumlichen Vertheilung des Lichtreizes auf die Netzhaut. *Wien: K. k. Hof- und Staatsdruckerei*, 1865.
 10. Haga H., Wind C. H. Die Beugung der Röntgenstrahlen. *Annalen der Physik und Chemie* 1899;304(8):884-95.
 11. Haga H, Wind C. H. De buiging der Röntgenstralen. *Verslagen van de gewone vergaderingen der Wis- en Natuurkundige Afdeling* 1899;d.7 (1898-1899):500-7.
 12. Haga H., Wind C. H. Die Beugung der Röntgenstrahlen. *Annalen der Physik* 1903;315(2):305-12.
 13. Walter B., Pohl R. Zur Frage der Beugung der Röntgenstrahlen. *Annalen der Physik* 1908;330(4):715-24.
 14. Walter B., Pohl R. Weitere Versuche über die Beugung der Röntgenstrahlen. *Annalen der Physik* 1909;334(7):331-54.
 15. Sommerfeld Arnold, *Encyclopädie der mathematischen Wissenschaften : mit Einschluss ihrer Anwendungen / Bd. 5, Physik. Tl. 3 / redigiert von A. Sommerfeld*. Leipzig: Teubner, 1909;XIV p 457
 16. Friedrich W., Knipping P., Laue M. Interferenzerscheinungen bei Röntgenstrahlen. *Annalen der Physik* 1913;346(10):971-88.
 17. Walter B. Beugungsfransen an Spaltaufnahmen mit Röntgenstrahlen. (Dem Andenken C.H. Winds gewidmet). *Annalen der Physik* 1924;379(15):661-72.
 18. The Autopsy of a Radiologist. *Archives of The Roentgen Ray* 1914;18(11):393-4.
 19. Molineus Werner, *Ehrenbuch der Radiologen aller Nationen*. 3e Erw, edn. Berlin: Blackwell Wiss., 1992.

Jaarkalender NVvR 2023

(onder voorbehoud van wijzigingen)

Algemene vergadering

9 februari
29 juni
9 november

Bestuursvergaderingen

9 januari, aansluitend afdelingshoofdenoverleg
13 februari
13 maart, aansluitend afdelingshoofdenoverleg
17 april, aansluitend sectie-overleg
08 mei
12 juni, tevens bestuurlijk overleg NVNG
10 juli
14 augustus
11 september
9 oktober, aansluitend afdelingshoofdenoverleg
13 november, aansluitend sectie-overleg
11 december, tevens bestuurlijk overleg NVNG

Sandwichcursussen

7-10 februari mamma- en abdominale radiologie
7-10 november thorax- en cardiovasculaire radiologie

CLUB Sandwich

24-25-26 mei

Concilium Radiologicum en PVC

16 februari
20 april
8 juni
21 september
16 november

CvB-vergadering

18 januari
22 maart
7 juni
20 september
22 november

Commissie Expertise

30 januari
20 maart
15 mei
18 september
4 december

Commissie Kwaliteit

1 februari
12 april
14 juni
13 september
22 november

Commissie Kwaliteitsvisitatie

11 januari
9 februari (plenair, na AV)
16 maart
19 april
10 mei
22 juni
14 september (heidag)
10 oktober
9 november (plenair na AV)
13 december

Commissie Onderwijs

5 april
1 november

Commissie Wetenschap

13 februari
17 april
8 mei
11 september
13 november

Voortgangstoets (VGT) voorjaar

12 april (onder voorbehoud)

Sluitingsdata inleveren kopij MemoRad

vrijdag 20 januari (verschijnt 24 maart)
vrijdag 21 april (verschijnt 30 juni)
vrijdag 14 juli (verschijnt 29 september)
vrijdag 13 oktober (verschijnt 15 december)

RADIOLOOG & HOBBY

Anton Meijer

AFLEVERING 3

Sporten, verzamelen of sterren kijken: in deze rubriek vraagt de redactie radiologen naar waar zij energie en plezier uithalen naast hun werk. Aflevering 3: radioloog Anton Meijer bedrijft sterrenkunde.

Naam: Anton Meijer
Leeftijd: 43 jaar
Werkplek: Radboudumc
Woonplaats: Nijmegen
Thuis: gehuwd, 4 kinderen (dochters van 15, 12, 10 en zoon van 6 jaar)

Waarom sterrenkunde/astronomie?
Hoe ben je er ooit mee begonnen?

‘Op de middelbare school twijfelde ik tussen geneeskunde of sterrenkunde. Ik vind het fascinerend dat de grootste natuurkundige verschijnselen in het universum het directe gevolg zijn van interactie van de allerkleinste deeltjes, kwantummechanica. Radiologie en astronomie vertonen ook overeenkomsten wat betreft fysica, beeldvormende technieken, geavanceerde beeldbewerking en AI. Dus mijn keuze voor de radiologie is uiteindelijk niet verrassend.’

Hoe lang doe je het al?

‘Sinds de zomer van 2020, toen de indrukwekkende komeet C/2020 F3 Neowise prachtig zichtbaar was. Het verbaasde mij dat met een verrekijker en een fototoestel zelfs vanuit de stad veel hemelobjecten

in de sterrenhemel te zien zijn. De volgende stap was het aanschaffen van een telescoop en om mijn fotocamera hierop te monteren.’

Hoe vaak doe je het? En waar?

‘De hobby is sterk afhankelijk van het weer. Bij heldere nachten stel ik vaak mijn telescoop op in de achtertuin en in de vakantie ga ik met het fototoestel naar een donkere plek zonder lichtvervuiling. De Melkweg is indrukwekkend, waarbij je jezelf zowel nietig als groots voelt. Het relateert om jezelf bewust te zijn van het grotere geheel, en het verbreden van de horizon triggerd de verbeelding.’

Mooiste foto?

Het mooiste sterrenbeeld vind ik Orion, de mythische jager aan de winterhemel. In deze nevel bevinden zich jonge, pas geboren sterren. Andersom is het sterrenstelsel NGC 4231 het verste object dat ik vanuit mijn achtertuin heb kunnen fotograferen, op een afstand van ruim 300 miljoen lichtjaar. Het is fascinerend om zo ver terug in de tijd te kijken, want dit sterlicht werd uitgezonden in een tijd ver voor het uitsterven van de dinosaurïërs.’



Anton in de tuin met zijn telescoop en fotocamera.

Doe je het alleen?

‘Astrofotografie wel, want dit kost veel tijd en geduld. Maar ik vind het leuk om de hobby delen met anderen. Mensen zijn verrast als ze door de telescoop de ringen van Saturnus voor het eerst in het echt zien, of de manen van Jupiter. Daarnaast is het leuk om foto's te delen met amateur-astronomen en ervaringen uit te wisselen.’

Heb je nog een leuke tip voor ons?

‘Gezien de overeenkomsten in onder meer opslag en analyse van grote datasets, ligt het voor de hand om expertise uit te wisselen tussen radiologie en astronomie. Met dit uitgangspunt vindt dit jaar een symposium plaats in de VS: ‘From cells to galaxies: introduction to crossovers between radioastronomy and medical imaging’. Wellicht dat er ook binnen onze eigen universiteit kansen liggen voor samenwerking tussen de verschillende vakgebieden!’

Joy Vroemen

Oproep: uw hobby in beeld

Hebt u een bijzondere hobby waar u graag over vertelt? Of een collega die maar niet uitverteld raakt over zijn of haar liefhebberij? Mail dan naar memorad@radiologen.nl. De redactie neemt dan contact op.



Een collage van de verschillende beelden die Anton heeft gemaakt.

Tante Bep

Wie werkt waar? Blijf up-to-date van de banencarrousel dankzij tante Bep, in samenwerking met het bureau van de NVvR.

Michael Ananta
van Sint Antonius
Ziekenhuis Nieuwegein
naar Erasmus MC
Rotterdam,
per 1 juni 2021



Jan-Binne Hulshoff
van UMCG Groningen
naar Antonius Ziekenhuis
Sneek,
per 1 augustus 2022



Sandra Vennix
van fellow abdomen in
het Jeroen Bosch
Ziekenhuis in Den Bosch
naar fellow abdomen
in het Erasmus MC
Rotterdam,
per 1 september 2022



Eidrees Ghariq
van LUMC Leiden
naar Medisch Spectrum
Twente MRON,
per 1 mei 2022



Alev Roes
van Antoni van
Leeuwenhoek Ziekenhuis
Amsterdam
naar Sint Antonius
Ziekenhuis Nieuwegein,
per 1 augustus 2022



Norbert Verweij
van Amsterdam UMC
locatie VUmc
naar Martini Ziekenhuis
in Groningen,
per 15 september 2022



Derk Lahuis
van chef de clinique in het
Tergooi Medisch Centrum
in Hilversum
naar het MSB van het
Tergooi,
per 1 juli 2022



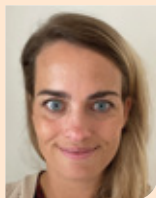
Anne Smits
van Noordwest
Ziekenhuisgroep Alkmaar
naar Amsterdam UMC
locatie VUmc,
per 1 augustus 2022



Julia Huijbregts
van Gelre Apeldoorn
naar Rijnstate Ziekenhuis
Arnhem,
per 1 oktober 2022



Stef Levolger
van Erasmus MC Rotterdam
naar Maastad Ziekenhuis
Rotterdam,
per 1 juli 2022



Saskia van Elderen
van Máxima MC in
Veldhoven
naar Radboudumc
Nijmegen,
per 1 september 2022



Mirjam Wielema
van UMC Groningen
naar Elisabeth TweeSteden
Ziekenhuis in Tilburg,
per 1 november 2022



Robbert Puijk
van OLVG locatie Oost
naar Amsterdam UMC
locatie VUmc,
per 1 juli 2022



Murat Özdemir
van Noordwest
Ziekenhuisgroep
naar Martini Ziekenhuis
in Groningen,
per 1 september 2022



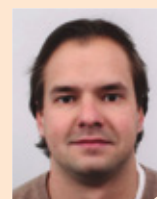
Loes Huygen
van MSK-radioloog
in Bernhoven Uden
naar MSK-radioloog
in de Sint Maartenskliniek,
Nijmegen,
per december 2022



Hester Scheffer
van Amsterdam UMC
locatie VUmc
naar Sint Antonius
Ziekenhuis in Nieuwegein,
per 1 juli 2022



Dominika Suchá
van aios Gelre Apeldoorn
naar fellow cardio-
thoracale radiologie in
het UMC Utrecht,
per 1 september 2022



Philip Linsen
van Albert Schweitzer
Ziekenhuis
naar het Jeroen Bosch
Ziekenhuis in
's-Hertogenbosch voor
een fellowship abdomen,
per 1 januari 2023

Ook in tante Bep? Baanverandering op komst? Of een (nieuwe) collega opgeven voor deze rubriek?
Mail dan naam, informatie en een foto in hoge resolutie (minimaal 500 kb) naar memorad@radiologen.nl.

Medtronic

XL balloons
now available in

200mm & 250mm

lengths

IN.PACT™ Admiral™
Paclitaxel-coated PTA
Balloon Catheter

Use one long DCB
instead of two
standard sizes

250mm

120mm
150mm

Saves time
and costs

See the device manual for detailed information regarding the instructions for use, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events.

For further information, contact your local Medtronic representative and/or consult the Medtronic website at medtronic.eu.

©2022 Medtronic. All rights reserved. UC202307270EE-in-pact-admiral-dcb-advertisement-en-we-7894056