

Schaderapport Radiologie **MediRisk**

INLEIDING

MediRisk is een onderlinge verzekeringsmaatschappij voor medische aansprakelijkheid die in 1993 door zorginstellingen werd opgericht. In de dagelijkse zorgverlening doen zich veel (potentiële) risicosituaties voor. MediRisk werkt samen met de verzekerde instellingen aan een gericht schadepreventiebeleid met als doel deze risico's tot een minimum te beperken. Elke vermijdbare schade is er immers één te veel.

Eén van de pijlers van het schadepreventiebeleid is schadeanalyse. MediRisk houdt een geanonimiseerde registratie van schadeclaims bij. Uit deze registratie destilleren wij overzichten die antwoord geven op veel vragen. Welke zorgspecialismen springen er positief of negatief uit? Over welke zorghandelingen worden veel claims ingediend? MediRisk gebruikt deze overzichten voor gerichte preventie van schadeclaims. Inzicht en (her)kenning van risicogebieden vormen de eerste stappen in het verminderen van de kans op het ontstaan van incidenten. In dit rapport vindt u schade cijfers over het specialisme radiologie. De verrichte (retrospectieve) analyse heeft betrekking op claims die vanaf januari 1993 tot en met 20 september 2008 bij MediRisk zijn binnengekomen en geregistreerd. Dit is slechts een topje van de ijsberg. Daarnaast beseffen wij dat gelukkig ook veel goed gaat.

Dit rapport biedt u de gelegenheid te bepalen met welke preventieve maatregelen u risico's en claims op uw vakgebied zoveel mogelijk kunt voorkómen. Door een gedeeld inzicht in de schade cijfers en de knelpunten uit de praktijk kunnen zorginstellingen, de wetenschappelijke verenigingen en MediRisk gezamenlijk werken aan preventie.

AIOS	arts in opleiding tot specialist
CT	computed tomography
FTE	full-time equivalent
MRI	magnetic resonance imaging
SEH	spoedeisende hulp

1. RANGORDE SPECIALISMEN

De kans op schade en letsel is gerelateerd aan het soort medische interventie en in die zin aan het soort specialisme. Daarom heeft MediRisk een rangorde opgesteld van meest risicovolle specialismen. Deze rangorde is gebaseerd op diverse criteria, zoals totaal aantal schademeldingen, aantal schade-meldingen per verzekerde, schadelast (geheel van betalingen en reserveringen) en percentage zaken dat wordt erkend of geschikt.

De radioloog is een ondersteunend specialisme en vaak indirect betrokken bij claims die gaan over gemiste diagnoses. Bij het missen van een diagnose op de foto is naast de aanvragende arts ook de radioloog verantwoordelijk (als gevolg van falen van het controlemechanisme). Samenwerking met aanvragende artsen is dan ook essentieel. Niet alle claims waarbij een radioloog betrokken is, worden ook rechtstreeks gericht aan de radioloog. In dit schaderapport zijn naast alle claims die direct gericht zijn aan de radioloog ook de claims meegenomen waarbij een radioloog indirect betrokken is geweest. Dit kan bijvoorbeeld als een foto op de spoedeisende hulp in eerste instantie door een arts-assistent wordt beoordeeld. Als daarna uit de rapportage van de radioloog een afwijkende conclusie naar voren komt en er geen adequate terugkoppeling plaatsvindt, is de radioloog wel betrokken geweest.

De rangorde van specialismen ziet er over de laatste vijf jaar (2003-2007) als volgt uit:

1. Algemene chirurgie
2. **Radiologie**
3. Orthopedische chirurgie
4. Obstetrie en Gynaecologie
5. Kaakchirurgie
6. Anesthesiologie

Deze zes specialismen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 59% van het totaal aantal schademeldingen en 62% van de totale schadelast bij MediRisk.

Het specialisme radiologie staat in de rangorde op de tweede plaats. Dit komt met name door het hoge percentage erkende of minnelijk geschikte claims. In 2008 zijn ongeveer 450 fte radiologen verzekerd (466 radiologen) via de bij MediRisk verzekerde instellingen (circa 70% van de algemene ziekenhui-

zen, geen academische centra). Volgens de website van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie zijn circa 800 actieve leden aangesloten, waarvan wellicht circa 58% verzekerd binnen een van de MediRisk ziekenhuizen. Per verzekerde radioloog is gemiddeld 0,4 schade-melding ingediend in de laatste vijf jaar (2003-2007).

In de volgende paragrafen worden de schade cijfers van het specialisme radiologie over de gehele periode 1993-2007 verder uiteengezet.

2. SCHADECIJFERS RADIOLOGIE

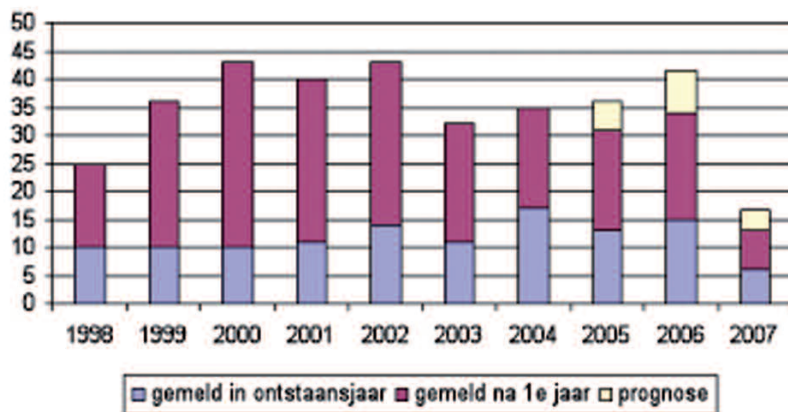


Bekend is dat het aantal incidenten dat resulteert in een schadeclaim slechts een topje van de ijsberg vormt. Het staat vast dat het aantal (bijna)incidenten in de zorg vele malen groter is dan het aantal claims. In dit hoofdstuk worden enkele algemene schade cijfers behandeld. Eerst wordt informatie gegeven over het aantal claims waarbij radiologen zijn betrokken. Vervolgens wordt besproken hoe de claims juridisch zijn beoordeeld, waarmee inzicht wordt verkregen in de gegrondheid van de claims. Daarna volgen financiële gegevens over hoeveel deze claims 'kosten' naast de impact op de betrokken hulpverleners en de patiënt. In de een na laatste paragraaf wordt ingegaan op soorten claims en wat de mogelijke oorzaken daarvan zijn. Tot slot een reconstructie van een incident dat in een claim heeft geresulteerd.

2.1 Aantal claims

Een claim houdt in dat een patiënt het ziekenhuis, i.c. de radioloog, aansprakelijk heeft gesteld voor de gevolgen van een onderzoek of medische behandeling die hij heeft ondergaan. Per 20 september 2008 heeft MediRisk 456 claims ontvangen waarbij direct of indirect een radioloog is betrokken en die zijn ontstaan ▶

Grafiek 1 Aantal claims Radiologie naar ontstaansjaar (afgelopen 10 jaar)



Toelichting bij de grafiek: In 2006 zijn 15 claims ontvangen die ook in dat jaar zijn ontstaan. Volgens het gemiddelde is dat 36% van het te verwachten aantal claims over dat jaar (100%=42 claims). Inmiddels zijn nog 19 claims ontvangen over (ontstaansjaar) 2006. Hieruit volgt een prognose van 8 nog te ontvangen claims over 2006.

in de periode 1993-2007. In bovenstaande grafiek wordt het aantal claims per ontstaansjaar weergegeven.

Hierbij is het volgende van belang: er is een verschil tussen het aantal claims dat in een bepaalde periode is ontvangen en het aantal claims dat in deze periode is ontstaan. Niet alle claims worden ontvangen in het jaar waarin het incident zich heeft voorgedaan. Een patiënt kan namelijk in principe tot vijf jaar nadat hij met de schade bekend is geworden een claim indienen. Uit ervaring blijkt dat veel claims pas jaren later worden gemeld, bijvoorbeeld omdat de patiënt pas na jaren merkt dat hij blijvende klachten overhoudt aan de (vermeende) gemiste diagnose of een verkeerde behandeling.

Gemiddeld wordt bij MediRisk 36% van alle claims gemeld in het jaar waarin de schade is ontstaan. Voor de nog te verwachten claims is in de grafiek een prognose opgenomen.

Het aantal schademeldingen per jaar vertoont voor het specialisme radiologie een vrij stabiel patroon. Vanaf 2003 lijkt sprake van een lichte stijging van het aantal incidenten dat tot een claim heeft geleid. In 2007 is sprake van een daling. In 2007 is het SEH-project van start gegaan met de aanpak van een aantal schade-categorieën en vangnetten waarbij ook de radiologen betrokken zijn.

Gemiddeld zijn de afgelopen tien jaar per jaar 32 claims ontstaan. In 2007 is een daling te zien van het aantal verwachte claims. Deze daling is MediRisk-breed zichtbaar en niet specifiek voor het specialisme radiologie. In 2008 zijn inmiddels vier claims ontstaan en gemeld. De verwachting is dat het aantal claims in 2008 op hetzelfde niveau zal blijven als in 2007.

2.2 Juridische beoordeling claims

Als een patiënt een hulpverlener of ziekenhuis aansprakelijk stelt, is nog niet gezegd dat deze ook aansprakelijk is. Niet ieder onbedoeld of ongewenst behandelingsresultaat leidt tot een schadevergoedingsplicht. Er moet sprake zijn van een fout. Deze fout moet bovendien verwijtbaar zijn en toe te rekenen aan de instelling en/of betrokken hulpverlener. Ook moet de patiënt kunnen aantonen dat er schade is én dat deze schade is veroorzaakt door de fout (causaal verband).

Een claim kan op vier manieren worden afgesloten. Is de fout verwijtbaar en toe te rekenen aan de instelling en/of betrokken hulpverlener, dan wordt de claim erkend. Is dit niet het geval, dan wordt de claim afgewezen. Soms wordt een bedrag betaald als *minnelijke schikking*. De patiënt krijgt dan coulancehalve een betaling aangeboden, terwijl de schuldvraag onbeantwoord blijft (hierbij kunnen praktische, economische of sociale overwegingen een rol spelen). Ook komt het voor dat er *geen uitspraak* wordt gedaan over de aansprakelijkheid, bijvoorbeeld doordat de patiënt de claim intrekt of geen medische machtiging retourneert.

Het aantal erkende of minnelijk geschikte zaken geeft een indicatie van de gegrondheid van de ingediende claims en daarmee over de verwijtbaarheid van de (vermeende) fouten. Met betrekking tot radiologie zijn 438 claims gesloten (96%). Hiervan zijn relatief veel claims erkend of minnelijk geschikt: 46% t.o.v. 35% voor heel MediRisk.

In hiernaaststaand taartdiagram is de verdeling te zien van de uitkomst van de juridische beoordeling van de claims waarbij een radioloog betrokken is.

2.3 Schadelast

De schadelast is het bedrag dat aan claims is

betaald, vermeerderd met de reservering voor verwachte verdere betalingen. Hieronder vallen zowel uitbetalingen aan de patiënt als behandelkosten, zoals het opvragen van informatie, het inwinnen van medisch advies, het inschakelen van externe deskundigen en het verlenen van juridische bijstand in tuchtzaken. Hoewel de erkende en minnelijk geschikte claims de grootste schadelast veroorzaken, worden dus ook kosten veroorzaakt door de niet-verwijtbare (afgewezen) zaken.

De totale schadelast met betrekking tot radiologie over de 456 ontvangen claims is € 2.795.430. De hoogste schadelast bedraagt € 196.633. In *Tabel 1* zijn de vijf claims met de hoogste schadelast opgenomen. Het bedrag is mede afhankelijk van specifieke omstandigheden zoals de ernst van het letsel, leeftijd, inkomenspositie en gezinssituatie van de patiënt. Van alle claims heeft 14% een schadelast groter dan € 10.000.

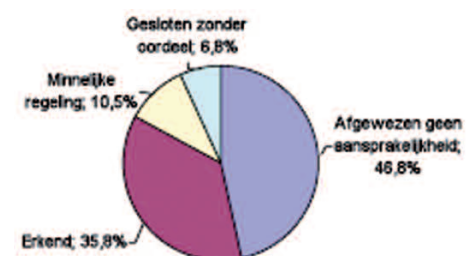
2.4 Soort claims

Voor preventiedoeleinden is het van groot belang om te weten welke handeling werd verricht toen er 'iets mis' ging. Niet altijd wordt een concreet verwijt gemaakt; vaak is het feit dat de handeling zelf niet het gewenste gevolg had reden voor de aansprakelijkstelling. Toch kan het ook zijn dat een specifieke (vermeende) fout aanleiding gaf tot het indienen van een claim.

Circa 80% van de claims waarbij radiologen betrokken zijn heeft betrekking op gebreken in de diagnostiek. De resterende incidenten betreffen onder andere het onbedoeld aanpakken van bijvoorbeeld een zenuw of ader, verwisselingsfouten, medicatiefouten en apparatuurfouten. De claims komen met name voor op de röntgenafdeling (45%) en de spoedeisende hulp (35%).

Hieronder ter illustratie enkele voorbeelden van claims:

- hersentumor gemist op CT-scan (foute interpretatie), delay, patiënt overleden
- verhaking nekwerfel gemist C5-C6 na trauma (insufficiënte foto), delay, heroperatie, functiebeperking
- geen nadere analyse n.a.v. verdenking op longtumor (thoraxfoto en CT-scan) gemetastaseerd longcarci-



Tabel 1. Overzicht van vijf claims met de hoogste schadelast

Omschrijving	Schadelast
densfractuur (bij fractuur Th5) gemist op foto op SEH, delay, verstijvingsoperatie, blijvende bewegingsbeperking en pijnsyndroom nek (civiele procedure)	€ 196.633
epifysiolyse gemist op foto, delay, operatie, beenlengteverschil, pijnklachten heup en rug	€ 96.078
schouderluxatie gemist op SEH door arts-assistent, delay, operatie, functiebeperking	€ 92.989
patellaluxatie gemist op foto, delay, heroperatie, functiebeperking	€ 76.305
reflux van embolisatiemateriaal niet tijdig opgemerkt tijdens embolisatie, amputatie vingertoppen (civiele procedure)	€ 63.913

- noom, radio- en chemotherapie, patiënt overleden
- aanprikken vaginawand bij coloninloop, perforatie, permanent stoma
- verwisseling bij beoordelen X-foto rug, onjuiste diagnose en behandeling, delay
- verwisseling ampul contrastvloeistof, inspuiten onverdunde contrastvloeistof in heupgebied voor MRI-scan, pijn
- te hoge druk compressieplaat röntgenapparaat (storing apparatuur) bij mammografie, hematoom

Daarnaast spelen organisatiegerelateerde factoren vaak een bijkomende rol bij het indienen van een claim. Onder **organisatie** vallen diverse organisatiegerelateerde zaken, waaronder ook bemensing, supervisie en overdracht. Bij deze categorie moet u bijvoorbeeld denken aan het niet raadplegen van de supervisor, niet honoreren van een verzoek voor een bepaalde specialist of het niet doorgaan van een ingreep in verband met ontbreken van materiaal. Bijvoorbeeld *te lang moeten wachten op uitslag echo hals, delay bij schildkliertumor met uitzaaiingen*.

Ook **communicatie** speelt vaak een rol bij het indienen van een klacht of een schadeclaim, of het nu gaat om een misverstand dat uitgroeit tot een claim of om een daadwerkelijke communicatiefout die leidt tot een fout in de zorgverlening en tot schade bij de patiënt. Onder communicatie vallen zaken als een patiënt die zich niet serieus genomen voelt (bejegening) of een patiënt lang laten wachten zonder te laten weten waarom.

Gebreken in de **informatieverstrekking en het niet vragen van toestemming** aan patiënten voorafgaande aan een onderzoek of ingreep (informed consent), kan ook aansprakelijkheid opleveren. Hierbij moet men denken aan het verrichten van een andere ingreep dan afgesproken. Tot slot kan het voor de bewijsvoering in de claim-procedure een probleem opleveren wanneer het **dossier niet goed is bijgehouden**. Een voorbeeld is een ontbrekend of onvolledig radiologieverslag.

Vervolgonderzoek moet uitwijzen in welke gebieden de meeste diagnosegerelateerde claims optreden: mammografie, thorax, gastro-enterologie, abdomen, urogenitaal, hoofd-hals, skelet, neuro, kinderradiologie, en/of hart en vaten-interventie e.d. Ook kan vervolgonderzoek uitwijzen wat precies de oorzaken zijn van de incidenten die tot claims hebben geleid. Bijvoorbeeld fout-positieve en fout-negatieve uitslagen. Wat wel uit de analyse van claims duidelijk naar voren komt zijn hiaten in het terugkoppeling-mechanisme tussen aanvraag – onderzoek en uitslag – actie.

Hiaten in de terugkoppeling van röntgenbeoordelingen vormen een duidelijk risico in het ontstaan van schade en claims op het gebied van fracturen. Uit analyse van schadeclaims en observaties via de risk-management-audits blijkt dat radiologieverslagen niet altijd de behandelaars bereiken en/of worden gelezen. Voor het terugdringen van deze schadeclaims heeft MediRisk in het kader van het SEH-project (2006/2007) o.a. een vangnet rondom de radiologiebespreking geformuleerd. Een gezamenlijke bespreking kan de hiaten in veiligheid ondervangen. De bespreking dient ter controle c.q. verificatie op het initiële beoordelingsresultaat, maakt een directe terugkoppeling mogelijk (face to face) en kan daarnaast een bijdrage leveren aan de kwaliteiten en/of opleiding van de arts-assistenten. Anderzijds is het wenselijk om een systeem te ontwikkelen waarbij verplicht gecontroleerd wordt of de radiologieverslagen daadwerkelijk worden geëvalueerd door de behandelaar.

Je hebt te maken met de verantwoordelijkheden van zowel de aanvrager (tot zich nemen van de uitslagen en beoordelingen en daarop ook adequaat actie op ondernemen) en de verantwoordelijkheden van de radioloog (adequaat uitvoeren van de onderzoeken en zorgen dat de uitslagen en conclusie tijdig bij de aanvrager terechtkomen opdat deze adequaat hierop kan reageren, soms direct telefonisch of mondeling indien directe actie gewenst is). In de hectiek van

alledag blijkt soms dat uitslagen ongezien door de aanvrager in het dossier terechtkomen of dat geen actie wordt ondernomen. Er is vaak nog geen sluitend controlesysteem met duidelijke verantwoordelijkheden tussen aanvrager en radioloog, en wat te doen met uitslagen, vooral die met afwijkingen waarop actie is vereist. Ook afspraken over wat te doen met afwijkende bevindingen tussen de initiële beoordeling en de uiteindelijke uitslag (duidelijke terugkoppeling en follow-up). Duidelijke afspraken hieromtrent betreffen ook bijv. dat polikliniekassistenten uitslagen niet ongezien in het dossier stoppen. Ook zullen duidelijke afspraken gemaakt moeten worden binnen het ziekenhuis als de aanvragende arts niet beschikbaar is. In sommige digitale systemen worden bijzondere of afwijkende uitslagen voorzien van een bepaalde code (bijv. een bepaald cijfer of kleur). Deze dossiers blijven open totdat actie is ondernomen en dit ook is genoteerd (follow-up is gerealiseerd). Dit laatste is de verantwoordelijkheid van de aanvrager.

2.5 Claimreconstructie

Onderstaande casus illustreert een hiaat in het terugkoppelingmechanisme. Deze reconstructie van een incident is gepubliceerd in het septem-bernummer van Alert in 2006.

De casus

Patiënt, timmerman van beroep, komt na een valpartij van een trap op zijn pols terecht en meldt zich op de SEH. Hier laat een arts-assistent chirurgie foto's maken. De assistent en de radioloog constateren geen afwijkingen en de diagnose luidt: een zware kneuzing van de pols. Er wordt een drukverband aangelegd. Tijdens een controle op de gipspoli, een week later, uit de timmerman zijn bezorgdheid. Hij heeft hevige pijn en vindt zijn hand scheef staan. Dezelfde arts-assistent roept een ouderejaars orthopedie/traumatologie erbij. Deze laat vier nieuwe foto's maken en concludeert ook dat de man een gekneusde pols heeft, wat zijn tijd nodig heeft om te herstellen.

Maar ruim zeven weken later meldt patiënt zich weer. Volgens de medewerker van de gipspoli zou het bij een zware kneuzing nu toch echt beter moeten gaan. Patiënt kan een week later terecht bij de traumatoloog. Op twee nieuwe foto's constateert de traumatoloog een luxatie van het os lunatum (ontwrichting/dislocatie van het maanvormig handwortelbeentje). Er volgt een operatie. Omdat de pols nu al ruim tien weken verkeerd staat, zal patiënt hier zeker ▶

beperkingen aan overhouden. De timmerman vreesst gevolgen voor zijn beroepsuitoefening en dient een claim in voor het missen van de diagnose.

De reconstructie

De luxatie van het os lunatum is een lastige diagnose en niet zichtbaar op de eerste serie voorwaartse en zijdelingse foto's. Op de foto's tijdens de controle is de luxatie wel goed zichtbaar. De ouderejaars assistent miste dit. Hij kreeg verder geen twijfels over de juistheid van de diagnose en heeft dus niet, zoals gebruikelijk bij twijfel, de supervisor ingeschakeld. Na indiening van de claim heeft de supervisor dit voorval wel besproken met de aios. Een leermoment is hier in ieder geval benut.

Maar hoe zit dat met het herstelmoment dat radiologie had kunnen bieden? Bij de reconstructie blijkt dat de radioloog de luxatie wel gezien heeft bij de tweede serie foto's. Maar haar rapportage is vijf dagen na het controlebezoek ongezien in het medisch dossier terecht gekomen. Hier ligt de kiem voor toekomstige preventie van dit soort incidenten.

Bij de vaste röntgenbespreking van SEH-foto's bleken alleen de chirurgen en orthopeden aanwezig en geen radioloog. Verder bleken de controlebezoeken op de gipsoli niet onder de SEH-röntgenbespreking te vallen. Zo zijn twee kansen gemist om al tijdens de bespreking de gemiste diagnose te constateren.

Een derde kans is gemist doordat de radiologie-rapportage ongezien in het medisch dossier is gevoegd. Niemand heeft de expliciete taak gekregen te kijken of radiologische conclusies afwijken van de bevindingen van de arts. Binnen het ziekenhuis bestaat verder geen gesloten systeem waarbij de aanvragende arts altijd alle uitslagen van de radioloog ziet. Bij een controlebezoek is de uitslag beschikbaar in het dossier of digitale archief, maar anders kan de afwijkende uitslag ongemerkt in het archief verdwijnen.

De verbetering

De bovenstaande gang van zaken is helaas geen uitzondering. 80% van de claims op de SEH ontstaat door gemiste diagnoses of verkeerde behandeling van fracturen en peesletsels. MediRisk heeft in een risicoprofiel als belangrijkste basisoorzaken vastgesteld: de onervarenheid van arts-assistenten op de SEH, ongestructureerde supervisie, onvoldoende terugkoppeling rond röntgenfoto's en beperkte

dossiervoering. Kijken we naar bovenstaande casus, dan spelen de eerste drie basisoorzaken hier een rol. Om dit te ondervangen, kunnen de betrokken maatschappen en SEH-leidinggevendenden de volgende acties ondernemen:

- zorg voor (eigen) structureel onderwijs op het gebied van fracturen en peesletsels;
- maak eenduidige afspraken over inschakelen supervisor. Bij twijfel moet altijd een supervisor beschikbaar zijn. Uiteraard moet de arts-assistent wel zijn twijfels (durven) uitspreken. Stimuleer dus als supervisor een open klinische blik;
- superviseer de arts-assistent, niet alleen na incidenten maar ook door bijvoorbeeld vaste bespreking van SEH-verslagen;
- zorg, naast tijdige beschikbaarheid van uitslagen, ook voor terugkoppeling over alle röntgenfoto's tussen radiologie, specialist én arts-assistent.

Zeker dit laatste punt levert de nodige obstakels op. De chirurgen, orthopeden en radiologen in kwestie proberen al jaren tot een multidisciplinaire röntgenbespreking van alle gemaakte foto's te komen, maar ze kunnen geen gemeenschappelijk tijdstip overeenkomen. De radiologen kunnen verder niet alle afwijkende uitslagen met een speciaal kenmerk doorsturen en het kost de chirurgen en orthopeden te veel tijd om alle dagelijkse uitslagen te bekijken. Soms is net een duwtje nodig om elkaar te vinden in afspraken voor een veilige zorg. MediRisk geeft dit duwtje door een gerichte aanpak van deze claim-categorie op de SEH-afdelingen.

De beoordeling van medische aansprakelijkheid

Op de eerste foto's is de luxatie niet zichtbaar, op de tweede serie foto's echter wel. De luxatie is dus verwijtbaar gemist en MediRisk erkent de claim. Voor een goed beeld van de gevolgen en beperkingen volgt een expertise, waarbij een blijvende invaliditeit van 6% door het inadequaat medisch handelen blijkt. Een extern schaderegelingsbureau neemt de verdere schade van de patiënt op. MediRisk betaalt € 11.206, waarvan € 7.500 rechtstreeks aan de patiënt.

Met dank aan het ziekenhuis dat met openheid van zaken medewerking verleende aan deze claimreconstructie.

2.6 Slotbeschouwing

Het specialisme radiologie staat in de door MediRisk

samengestelde rangorde van risicovolle specialisten, vooral doordat relatief veel claims resulteren in een erkenning van de aansprakelijkheid of minnelijke schikking. MediRisk verzekert circa 58% van alle radiologen. Gemiddeld zijn de afgelopen tien jaar per jaar 32 claims ontstaan waarbij radiologen zijn betrokken. In totaal zijn in de geselecteerde periode 456 claims bij MediRisk gemeld over dit specialisme, waarvan circa 80% betrekking heeft op gebreken in de diagnostiek. Claims naar aanleiding van het landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker worden niet bij MediRisk gemeld.

Vervolgonderzoek moet uitwijzen in welke gebieden de meeste diagnosegerelateerde claims optreden. Ook kan vervolgonderzoek uitwijzen wat precies de oorzaken zijn van de incidenten die tot claims hebben geleid. Wat wel uit de analyse van claims duidelijk naar voren komt zijn hiaten in het terugkoppelingsmechanisme tussen aanvraag – onderzoek en uitslag – actie. Hiaten in de terugkoppeling van röntgenbeoordelingen vormen een duidelijk risico in het ontstaan van schade en claims op het gebied van fracturen. Voor het terugdringen van deze schadeclaims heeft MediRisk in het kader van het SEH-project (2006/2007) o.a. een vangnet rondom de radiologiebespreking geformuleerd. De beschikbaarheid van adequate voorzieningen als een adequate diagnostische monitor is hierbij van belang, maar is geen excuus om de gezamenlijke radiologiebesprekingen niet uit te voeren. Het gaat MediRisk erom dat er een sluitend controlesysteem is om hiaten in de terugkoppeling op te vangen. Bij voorkeur een gezamenlijke radiologiebespreking alle dagen van de week. Telemedicine of teleradiologie zijn ontwikkelingen die MediRisk in de gaten houdt, maar waarover bij MediRisk vooralsnog geen claims zijn gemeld.

O.W.M. MediRisk, oktober 2008