

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

3522462-1043995-PDCZ

Bijlagen

1

Datum document

16 februari 2023

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 16 maart 2023
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Van Haga (Groep Van Haga) over diagnostische protocollen in de ziekenhuiszorg tijdens de coronacrisis (2023Z02806, ingezonden 16 februari 2023).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

Antwoorden op Kamervragen van het lid Van Haga (Groep Van Haga) over diagnostische protocollen in de ziekenhuiszorg tijdens de coronacrisis (2023Z02806, ingezonden 16 februari 2023).

1. Bent u bekend met de triageprotocollen in ziekenhuizen bij patiënten die binnen worden gebracht met luchtwegklachten, zoals (prikkel)hoest, kortademigheid, pijn op de borst, pijn vastzittend aan de ademhaling, en waarbij al dan niet verhoogde infectie/inflammatiewaarden aanwezig zijn zoals verhoogde hartslag, verhoogde temperatuur (koorts), algemene malaise en met of zonder aanwezigheid van verhoogde infectiewaarden in het bloed (verhoogd leukocyten getal, verhoogd C-reactief proteïne (CRP), etc.)? Zo ja, welke diagnostische protocollen gelden hiervoor en hanteert elk ziekenhuis dezelfde differentiaaldiagnostiek?

Ja. De verantwoordelijke veldpartijen stellen richtlijnen op, onder meer voor diagnostiek. Op basis van deze richtlijnen passen ziekenhuizen hun lokale protocollen aan, waarbij de uitgangspunten overal hetzelfde zijn.

2. Weet u of de triage bij patiënten die bij de start van de coronacrisis (in de eerste golf van maart – mei 2020) met potentieel COVID-gerelateerde klachten in het ziekenhuis binnenkwamen, anders is verlopen dan voor de coronacrisis?

De triage op basis van urgentie is vastgelegd in richtlijnen van waaruit zorgprofessionals handelen. Door de grote toestroom van mensen met acute klachten zijn er trajecten, zoals de "Corona snelstraat" ingericht om een efficiënte en snelle doorstroom zonder verlies aan kwaliteit te realiseren. Het diagnostisch proces is er op gericht om een diagnose te kunnen stellen dan wel uit te sluiten.

3. Zijn er protocollaire afspraken gemaakt binnen de ziekenhuiszorg over aangepaste differentiaaldiagnostiek voor patiënten die binnenkwamen met luchtweg-gerelateerde klachten (al dan niet gepaard gaande met klachten die ook kunnen passen bij infectie/inflammatie van de luchtwegen, zie ook de eerste vraag) tijdens de coronacrisis? Zo ja, welke afspraken waren dit, welke richtlijnen zijn aangepast, op basis waarvan en door wie en zijn deze veranderingen in de gehele ziekenhuiszorg doorgevoerd?
4. Is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport betrokken geweest bij het vormgeven van deze aangepaste protocollen en/of bent u hiervan op de hoogte gesteld door de sector?

Antwoord op de vragen 3 en 4:

De aangepaste protocollen in de ziekenhuizen zijn de resultante geweest van de adviezen en leidraden die zijn opgesteld door de expertiseteams die direct na de start van de coronapandemie zijn ingesteld door de Federatie Medisch Specialisten (te weten de teams behandeling, diagnostiek, en infectiepreventie). Verdere invulling van deze adviezen/leidraden vond plaats vanuit de betrokken wetenschappelijke verenigingen zoals de NVALT en de NIV, en uiteindelijk de praktische invulling door de ziekenhuizen zelf. Nieuwe landelijke leidraden en adviezen werden telkens gedeeld met het ministerie van VWS.

5. Weet u of er tijdens de eerste golf op bepaalde mogelijke luchtwegaandoeningen niet meer standaard is gecheckt volgens de gangbare differentiaaldiagnostiek, als een patiënt binnenkwam met klachten die eventueel zouden kunnen passen bij een COVID-19-infectie? Zo ja, om welke aandoeningen ging het en hoe is deze afweging gemaakt?
6. Zijn door deze eventueel aangepaste differentiaaldiagnostiek bepaalde onderzoeken en/of behandelingen niet uitgevoerd, die normaliter wel zouden zijn gedaan? Indien u dit niet weet, bent u dan bereid hierover informatie in te winnen bij de ziekenhuissector?
7. Klopt het dat patiënten die binnenkwamen met een verdenking van COVID-19 (vrijwel) automatisch in eerste instantie de onderzoeken en/of behandelingen ontvingen die op die diagnose waren toegespitst, ook als er (nog) geen COVID-19 bevestiging was, zoals isolatie van de patiënt, (herhaalde) polymerase chain reaction (PCR)-diagnostiek voor SARS-CoV-2, CO-RADS diagnostiek?
8. Is het mogelijk dat door de eventuele verandering in differentiaaldiagnostiek bij patiënten met potentieel COVID-gerelateerde klachten diagnoses zijn gemist en behandelingen zijn gegeven die niet juist/toereikend waren? Heeft u hierover informatie? Zo nee, bent u bereid hierover informatie in te winnen bij de ziekenhuissector?

Antwoord op de vragen 5 t/m 8:

Het diagnostisch traject is tijdens de Covid-pandemie hetzelfde gebleven. Diagnoses worden bij binnenkomst in het ziekenhuis altijd met de grootst mogelijke accuraatheid gesteld op basis van noodzakelijk onderzoek. Daarbij is er aandacht voor Covid-19 en voor andere, of bijkomende, aandoeningen. Diagnoses komen naar voren bij de anamnese, het lichamelijk onderzoek en het aanvullend onderzoek. Er is, door dit zorgvuldige diagnostisch traject, geen sprake van het achterwege laten van de noodzakelijke diagnostiek bij een verdenking op Covid, noch van een toegenomen kans op het missen van andere diagnoses.

9. Hoe reflecteert u op het feit dat meerdere Nederlandse cohort onderzoeken zagen tijdens de eerste golf dat een aanzienlijk aantal opeenvolgende patiënten die op de intensive care (IC) werden opgenomen met een diagnose van COVID-19 binnen korte tijd (minder dan drie weken) een symptomatische tromboembolie hadden (in ongeveer de helft van de dan nog in levend zijnde patiënten werd een symptomatische tromboembolie gediagnosticeerd, meest voorkomend: longembolie)? Bent u bekend met de wetenschappelijke publicatie van Klok et al., of Middeldorp et al.?^{1 2}

¹ Klok et al., 30 april 2020, 'Confirmation of the high cumulative incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19: An updated analysis'.

² Middeldorp et al., 27 juli 2020, 'Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19'.

10. Klopt het dat een aanzienlijk aantal patiënten die tijdens de eerste golf werden opgenomen op de IC met COVID-19 later een longembolie bleek te hebben? Zo ja, weet u hoeveel patiënten in Nederland die tijdens de eerste golf met COVID-19 diagnose werden opgenomen op de IC uiteindelijk een longembolie bleken te hebben?
11. Is het mogelijk dat door een veranderende differentiaaldiagnostiek, die tijdens de eerste golf primair was gericht op het diagnosticeren van COVID-19 bij patiënten met daarbij passende luchtwegklachten (met of zonder inflammatie/infectie) potentieel veel andere luchtwegaandoeningen die een soortgelijke symptomatologie als COVID-19 hebben (bijvoorbeeld longembolie, hartfalen (astma cardiale), COPD exacerbatie), zijn gemist? Zo nee, waarom niet? Hoe weet u zeker dat de betreffende patiënten inderdaad als gevolg van een vastgestelde COVID-19-infectie in het ziekenhuis terecht kwamen en niet een andere symptomatische ziekte (als symptomatische longembolie, astma cardiale, COPD exacerbatie) (al dan niet tegelijkertijd) onder de leden hadden bij ziekenhuisopname?
12. Klopt het dat een longembolie zo snel mogelijk met antistollingsmedicatie moet worden behandeld, omdat deze aandoening anders mogelijk fataal is?

Antwoord op de vragen 9 t/m 12:

In het algemeen kunnen we zeggen dat bij patiënten met Covid op de IC vaak de diagnose trombose (waaronder longembolie) werd vastgesteld. Waar het de specifiek medisch inhoudelijke kant van uw vraag betreft blijkt uit navraag bij de FMS, NVALT en NVIC dat in overleg met het Expertiseteam Behandeling van de Federatie Medisch Specialisten en een aantal landelijke experts op het gebied van longembolieën/stolling direct is aangestuurd op nieuwe leidraden met betrekking tot de vroege opsporing/diagnostiek van longembolieën/trombose en de behandeling daarvan. Het klopt dat een longembolie zo spoedig mogelijk met antistollingsmedicatie moet worden behandeld en fataal kan aflopen. Gelukkig komt dit steeds minder voor door betere diagnostiek en betere behandelingsopties. Verder kan ik u melden dat eerdere genoemde instanties bekend zijn met de door u aangehaalde publicaties.

13. Kregen, aangezien in de wetenschappelijke publicaties van Klok et al. en Middeldorp et al. staat dat niemand (0%) van opgenomen patiënten met COVID-19 een tromboembolie had op de dag van de opname (t=0), tijdens de eerste golf in Nederland patiënten die met een COVID-19-infectie in het ziekenhuis werden opgenomen tijdens de dag van opname (t=0) een onderzoek om uit te sluiten dat zij niet leden aan bijvoorbeeld een tromboembolie of andere ziekten die COVID-19 kunnen nabootsen?

14. Vindt u het ook opmerkelijk dat zoveel vermeende COVID-19-patiënten die tijdens de eerste golf opgenomen werden op de IC uiteindelijk een longembolie bleken te hebben die toegeschreven werden aan die COVID-19-infectie, aangezien dat zou betekenen dat COVID-19 de meest trombogene aandoening is die de mensheid ooit heeft gekend (meer dan 50% tromboembolie in drie weken tijd, waarbij ook nog eens bij ongeveer een vijfde van de opgenomen patiënten op de IC er geen tromboembolie diagnostiek heeft kunnen plaatvinden, omdat die patiënten al waren overleden)? 1) 2) Bent u ervan op de hoogte dat dit een ongeëvenaard getal is dat zelfs voor de meest trombogene kankersoorten of trombogene medische ingrepen (zoals buikchirurgie, orthopedie, of IC opname zelf) bij lange na niet wordt gehaald?
15. Hoe kan worden geweten of de longembolieën, die zoveel vermeende COVID-19-patiënten tijdens de eerste golf op de IC 'ontwikkelde', daadwerkelijk het gevolg waren van een COVID-19-infectie en niet primair de veroorzaker waren van het ziektebeeld, als de meeste van COVID-19 verdachte patiënten niet initieel onderzocht werden op het hebben van een longembolie?
16. Bent u voornemens te gaan onderzoeken of patiënten die tijdens de eerste golf met COVID-19 op de IC werden opgenomen al dan niet ten tijde van eerste opname ($t=0$) een aandoening hadden die daarop lijkt (waaronder longembolie), waardoor duidelijk kan worden of ten onrechte COVID-19-patiënten als zodanig zijn gediagnosticeerd door ontoereikend diagnostisch onderzoek (ten tijde van eerste opname; $t=0$)? Zo nee, waarom niet?
17. Indien niet een vermeende COVID-19-infectie, maar een longembolie of andere luchtwegziekte die eenzelfde symptomatologie heeft als COVID-19 in veel gevallen de (niet uit te sluiten, want niet onderzochte) oorzaak is geweest van het overlijden van veel ziekenhuispatiënten tijdens de eerste golf, wat heeft dit dan voor gevolgen voor de corona-overlijdenscijfers in retrospect? Worden deze dan met terugwerkende kracht gecorrigeerd?

Antwoord op de vragen 13 t/m 17:

Navraag bij de FMS, NVALT en NVIC leert dat bij alle op de IC opgenomen Covid patiënten aan de hand van de opgestelde en eerder genoemde leidraden dagelijks gekeken werd naar de risicofactoren voor het ontwikkelen van een trombotisch event en werd vastgesteld of bijvoorbeeld sprake was van een verandering in de klinische toestand of van een verandering van laboratoriumwaarden. De diagnostiek werd daar ook dagelijks op afgestemd. Veranderde de klinische status van een patiënt gedurende de opname en was een longembolie mogelijk, dan werd aanvullend onderzoek verricht waarop een longembolie werd aangetoond of uitgesloten.

18. Wat zijn de gevolgen voor de evaluatie van het coronabeleid indien blijkt dat de differentiaaldiagnostiek in ziekenhuizen bij patiënten met potentiële COVID-19-klachten te eenzijdig gericht is geweest op het diagnosticeren van een COVID-19-infectie?

19. Gaat u met ziekenhuizen in gesprek over de differentiaaldiagnostiek zoals deze is gehanteerd tijdens de corona-episode? Gaat u ervaringen ophalen bij ziekenhuizen en artsen zelf, teneinde in kaart te brengen of het diagnostisch proces in ziekenhuizen tijdens de coronacrisis niet onderhevig is geweest aan confirmation bias en tunnelvisie?
20. Zijn er bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) meldingen gedaan van het potentieel tekortschieten van de differentiaaldiagnostiek tijdens de coronacrisis door bovengenoemde confirmation bias? Zo ja, weet u wat daarmee is gedaan?

Antwoord op de vragen 18, en 19 en 20:

Zoals reeds in de voorgaande vragen is aangegeven, zijn er geen diagnostische lijnen gevolgd die als risico met zich mee zouden brengen dat bepaalde diagnoses zijn gemist. In het algemeen geldt dat het bij twijfel te allen tijde mogelijk is om een melding te maken bij de IGJ. De IGJ gaat met ziekenhuizen in gesprek als er signalen of meldingen zijn omtrent een tekortschietende kwaliteit en/of veiligheid van de zorg. In dit geval heeft de IGJ hierover geen meldingen of signalen ontvangen. Het aanpassen van de richtlijnen is toevertrouwd aan partijen in het veld met de benodigde medisch-inhoudelijke expertise.