

## Overzicht binnengekomen reacties Preoperatieve diagnostiek naar COVID-19 bij asymptomatische patiënten in afwachting tot chirurgie

Verstuurd op : 31-3-2020

Reactie voor : 1-4-2020

### Verenigingen:

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)  
 Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)  
 Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)  
 Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)  
 Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)  
 Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)  
 Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)  
 Nederlandse Vereniging van Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)  
 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)  
 Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)  
 Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)  
 Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)  
 Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)

### Reactie ontvangen:

Ja,  
 Ja,  
 Ja, 5.1.2e  
 Ja, 5.1.2e  
 Ja,  
 Ja,  
 Ja, 5.1.2e  
 Ja,  
 Ja, 5.1.2e  
 Ja,  
 Ja,  
 Ja,  
 Ja,  
 Ja,  
 Ja,

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
	Overig commentaar		
NVvH		De NVvH heb ik voor mijn rekening genomen en de leidraad verstuurt naar de leden van de richtlijnencommissie. Deze leden zijn overigens akkoord met de leidraad.	genoteerd
NVMM		<p>Tot mijn spijt word ik mbt deze leidraad heel hard teruggefloten door mijn vakgenoten. Ik had vooraf al gepolst, maar nu het breder gedeeld wordt krijg ik meer feedback.</p> <p>Dit zijn de punten die ik mee krijg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is te weinig bewijs dat er werkelijk een probleem is (enkele gevallen uit Iran en wat berichten uit Italië)</li> <li>- men denkt dat massaal inzetten van de CT scan grote problemen gaat opleveren voor de perifere ziekenhuizen. Hoewel de leidraad geen keihard advies is, brengt dit ziekenhuizen wel in een lastig pakket als ze ervan afwijken.</li> <li>- men is van mening dat eerst in kleiner verband de evaluatie (zoals nu gepland) moet plaatsvinden en dat daarna pas een leidraad moet komen</li> </ul> <p>Ik word hierdoor in een lastig pakket gebracht. Men twijfelt niet aan mijn expertise, maar vind wel dat ik hier harder tegenin had moeten gaan. Ik vind zelf dat ik niet het recht heb om in mijn eentje de hele groep mijn visie op te leggen en ergens voor te gaan liggen. Daarnaast wilde ik niet buiten mijn boekje gaan en mij voornamelijk beperken tot mijn vak: het beloop vd infectie en het microbiologische testbeleid. Ik wil geen uitspraken doen over wel / geen CT.</p> <p>Ik weet niet wat we hiermee moeten doen. Denk alleen niet dat mijn aanwezigheid gezien mag worden als draagvlak van de NVMM. Het idee om dit eerst in 5 grote centra uit te rollen en dan pas de leidraad te lanceren vind ik geen slechte suggestie.</p>	<p>Het bewijs is inderdaad gelimiteerd, maar ondertussen zijn er ook verhalen uit Nederland van patiënten die postoperatief overleden zijn na een operatie zonder voorafgaande klachten (ondermeer in Helmond). Dit is echter niet gepubliceerd.</p> <p>De belasting van het inzetten van CT-scans is verminderd door het verkleinen van de doelgroep (alleen patiënten die voor algehele anesthesie gaan). Daarnaast kunnen ziekenhuis beargumenteerd afwijken van de leidraad.</p> <p>De commissie is van mening dat er geen tijd is om eerst een onderzoek op te zetten en dan pas actie te ondernemen, gezien de acute fase van de pandemie waarin we nu verkeren.</p> <p>De reactie is besproken in de</p>

			<p>vergadering met de indiener van dit commentaar. ( 5.1.2e ).</p> <p>Gezien de aanpassingen die verricht zijn in de leidraad en de ingebouwde evaluatie, gaat hij akkoord met de leidraad.</p>
NOV		<p>Heel hartelijk dank voor dit leesbare en heldere stuk en gezien de tijdsperiode een evaluerende onderbouwing. Wij kunnen ons goed vinden in de uitgangspunten ten aanzien van goede zorg voor onze patiënten en het zorgpersoneel. Er ligt een duidelijk stappenplan wat frequent geëvalueerd wordt.</p> <p>Wij zijn blij met deze dynamische leidraad.</p> <p>Wij wensen u veel succes in de snelle implementatie en met het onderhoud van de leidraad.</p>	<p>Wij danken u voor de lovende woorden.</p>
NOV		<p>Ter aanvulling op de eerdere reactie van 5.1.2e, namens de NOV.</p> <p>Allereerst veel waardering voor het heldere concept dat jullie in korte tijd hebben samengesteld.</p> <p>De NOV heeft geen zwaarwegende bezwaren tegen dit standpunt.</p> <p>Daarnaast roept deze leidraad ook een aantal vragen op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe om te gaan met kleinere ziekenhuizen die niet aan dit eisenpakket kunnen voldoen?</li> <li>- Geldt deze leidraad alleen voor opnames, of ook voor poliklinische ingrepen?</li> </ul> <p>Het valt ons op dat de anesthesiologen niet hebben geparticipeerd bij de totstandkoming.</p>	<p>Er bestaat een mogelijkheid om beargumenteert af te wijken van de leidraad. Dit is opgenomen in de disclaimer.</p> <p>De leidraad geldt voor patiënten die onder algehele anesthesie worden geopereerd.</p> <p>U merkt terecht op dat de anesthesiologen niet hebben geparticipeerd. Het is een omissie geweest van de commissie om de NVA (en enkele andere WV-en) niet te betrekken bij de ontwikkeling van deze leidraad, de NVA is overigens niet bewust niet betrokken. Dit komt door het urgente karakter van de leidraad waardoor in de</p>

			ontwikkelfase het de commissie ontgaan is dat zij een belangrijke rol spelen. Hierover is contact geweest met de NVA en heeft 5.1.2e 5.1.2e zijn excuses gemaakt. Dit wordt ook zeker meegenomen in de evaluatie.
NVU		<p>De commissie kwaliteit van de NVU heeft de leidraad gelezen. Er zijn geen bezwaren tegen deze leidraad. Wel een tweetal opmerkingen (zie ook opmerkingen in de bijlage):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor de 14-dagen quarantaine is zeer goede communicatie naar de patiënt toe nodig en de mogelijkheid om 14 dagen op voorhand te plannen, wat in deze tijd niet makkelijk is. Als een dergelijke aanbeveling in de leidraad staat, dan moet je er redelijkerwijs kunnen uitvoeren, dus moet je sterk overwegen het er niet in te zetten als dat niet kan.</li> <li>- Er staat geen beleid in voor de patient die op de swab/PCR of CT positief test en waarbij de operatie dan 2 weken wordt uitgesteld: test je dan opnieuw (met CT en swab/PCR) of niet?</li> </ul> <p>Bij de opmerking over de wachtlijst (doorgeven dat mensen die op de wachtlijst staan in quarantaine moeten blijven) bedoelt de CK dat het niet mogelijk is te bepalen aan wie je dat moet vragen omdat je niet weet wanneer mensen gepland kunnen worden: je kan het niet vragen aan mensen die niet weten of ze 4, 6 of 12 weken moeten wachten. Nuttig ook om de landelijke richtlijnen mbt sociale distancing te benadrukken bv bij de POS.</p>	<p>Fijn dat er geen bezwaren zijn.</p> <p>U heeft gelijk dat quarantaine zeer lastig is en niet te controleren. Derhalve hebben we het uit de leidraad gehaald, maar wel benoemt dat het volgen van de adviezen van de regering wordt aangemoedigd.</p> <p>Er is een advies opgenomen voor patiënten die initieel positief getest zijn (indien 2 weken geen klachten, dan niet opnieuw testen)</p>
NVU		<p>Voor zover nu voor mij te overzien, uit alle antwoorden tot nu toe, zou de paragraaf over Kinderen nader omschreven kunnen worden naar;</p> <p>Pregnant women and children. Both in pregnant women and children, avoidance of CT is wanted. The committee advises the use of PCR in these patients whenever possible and the avoidance of CT-scanning.</p>	De paragraaf over kinderen is aangepast conform uw voorstel.

		<p>Pediatric Patients in need of Surgery; Age Group; Neonatology - 16 Year; ACUTE Pediatric Patients for Surgery; PCR Covid-19 and continuation of the surgery as Covid-19 POSITIVE Patient.</p> <p>Semi-Acute Pediatric Patient for Surgery; PCR Covid-19 pre-operative test and schedule when outcome is known within 2 day window.</p> <p>Elective Pediatric Patient for Surgery; PCR Covid-19 pre-operative test 2 days before surgery and schedule when needed and possible.</p> <p>Above the Age of 16 Year Surgical Procedure; In accordance with the Adult/Volwassen protocol.</p> <p>In special cases or circumstances (such as Diaphragmatic Hernia surgery on the NICU) follow local protocols, Multidisciplinary consultation and common sense.</p> <p>Protocol in due time to be adapted.</p> <p>Additional information for Pediatric Patients with a chronic disease see; <a href="http://www.nvk.nl">www.nvk.nl</a> (staat o.a. statement over chronisch zieke kinderen).</p> <p>Future Research Questions and/or literature search;</p> <p>General aspects and guidelines of Triage and role of Parents and Pediatric Patients in case of Code Black.</p> <p>Knowledge concerning specific Age groups and/or procedures (Open Surgery against Laparoscopic Surgery in Children);</p> <p>Neonatal Surgery and specific conditions; 24 – 40 weeks; ?</p> <p>Baby 0-1 Year; ?</p> <p>Pediatric Patient for Surgery; 1 till 12 Year; ?</p> <p>Pediatric Patient for Surgery; 12-16 Year; ?</p> <p>Immune compromised Pediatric Patients for Surgery; Kidney transplant / kinderen-niertransplantatie / Tx medicatie; ?</p> <p>Other specific issues to be evaluated and analyzed upon clinical experience and questions raised.</p>	
--	--	---	--

		Nederlandse Kinderchirurgen en de uitkomst daarvan sturen aan (Nvvh).	5.1.2e
NVKNO		<p>ik heb het document als kno-arts gelezen. In alle onduidelijkheid qua evidence is het inderdaad lastig om een duidelijke afspraak te maken. hulde voor de NVvH.</p> <p>1 opmerking: in de tekst staat: pregnant women and children: The committee advises the use of PCR in these patients ( het gaat hier om elective ingrepen ). dit komt niet in de aanbeveling terug want hier wordt alleen over volwassenen gesproken. de KNO-artsen hebben grote schares kinderen op hun, elective programma's. We sluiten de scholen om verspreiding te minimaliseren. Moeten we de kinderen ook niet in de aanbeveling meenemen ? Een zwangere is een volwassene in de regel dus die vallen wel onder de aanbeveling. Ik heb 5.1.2e al even bijgesloten. Tuurlijk is dit niet knetterhard om in een aanbeveling erbij te zetten , maar meer om aan te geven dat ik het kritisch, zoals van me werd verwacht heb gelezen</p>	<p>Dank voor het compliment</p> <p>Zwangere vrouwen zijn uit deze leidraad gehaald.</p> <p>Ten tweede hebben we besloten de leidraad te verengen naar patiënten onder algehele anesthesie. Dit geldt ook voor kinderen.</p>
NVKNO		<p>Namens de NVKNO informeer ik je dat we ons in de leidraad voor tijdens deze COVID crisis kunnen vinden, behoudens het volgende punt:</p> <p>Bovenaan de tweede pagina is een toevoeging nodig (zie hierna rood vet gedrukt): " These data suggest that asymptomatic/mildly symptomatic SARS-CoV-2 patients pose a realistic risk to health-care workers, particularly during intubation and surgical procedures which can result in aerosolization of virus, and to other vulnerable hospitalized patients, through droplet and contact transmission in health-care settings. "</p> <p>In de conclusies komt dit punt terug, maar daar staat het beter geformuleerd doordat men spreekt over "aerosolizing procedures", waaronder ook surgical procedures vallen.</p> <p>Uit ervaring met recente discussies in ziekenhuizen en met de RIVM weten wij dat dit een belangrijke nuance is, dus heel graag nog aanpassen.</p> <p>Verder gaan we ervan uit dat deze leidraad alleen van toepassing is tijdens</p>	<p>De tekst is aangepast</p> <p>Het is correct dat de leidraad alleen van toepassing is tijdens de COVID-19 crisis. De commissie zal blijven bestaan om zodra nodig de leidraad aan te passen.</p>

	<p>5.1.2e</p> <p>5.1.2e</p> <p>5.1.2a - 5.1.2e</p> <p>5.1.2e</p>	<p>deze COVID-19 crisis.</p> <p>Graag plaatsen wij enige kritische kanttekeningen bij het concept "Leidraad Preoperatieve diagnostiek naar COVID-19 bij asymptomatische patiënten".</p> <p>Wij begrijpen goed dat er binnen de chirurgische disciplines bezorgdheid heerst over de kans op besmetting door COVID-19 patiënten zonder klachten welke aangeboden worden voor een invasieve behandeling.</p> <p>Echter de beperkte sensitiviteit van zowel de PCR als de CT-thorax en de matige evidence naar het gebruik van deze testen bij deze specifieke groep patiënten leidt naar onze mening tot een schijnveiligheid die onwenselijk is en tot onduidelijkheid leidt.</p> <p>Wij pleiten voor adequate bescherming van ons personeel conform de leidraden die er reeds zijn.</p> <p>Voor de patiëntenveiligheid lijkt het ons beter gedifferentieerd te testen op basis van bekende risicoprofielen van de verschillende chirurgische ingrepen. Het testen van alle preoperatieve patiënten is een kostbare en grote logistieke operatie met tot nu toe weinig verwachte meerwaarde. Er zijn ook chirurgische disciplines met grote aantallen voornamelijk poliklinische verrichtingen en een laag contaminatierisico. Een dergelijke leidraad zou ongewild leiden tot het telkens moeten onderbouwen waarom er van de leidraad af geweken is. Dat is extra vervelend vanwege de zeer geringe evidence en sensitiviteit.</p> <p>Uiteraard zijn we ons bewust dat er nog onzekerheden zijn en wij staan open om te verkennen hoe verschillende strategieën tot de beste bescherming van zorgmedewerker en patiënt kan leiden en dient niet gebaseerd te zijn op emotie in plaats van ratio. Na een rondgang bij enkele medeopstellers lijkt daar mogelijk sprake van te zijn en dit stelt ons niet gerust. Wij stellen voor de Leidraad om te buigen tot onderzoeksvoorstel die wij snel met elkaar zullen uitvoeren. Tevens zien wij graag dat additionele expertise wordt toegevoegd zoals epidemiologen en zorg-</p>	<p>Dank voor uw kritische kanttekeningen.</p> <p>Wij zijn ons er terdege van bewust dat er een mate van schijnveiligheid ontstaat door dit beleid. Wij zijn echter ook van mening dat er geen realistische sensitiviteit van zowel de PCR als de CT-thorax beschikbaar is (daarom wordt deze ook niet genoemd in de tekst).</p> <p>Een mogelijke optie die volledige veiligheid zou kunnen bieden is het beschouwen van alle patiënten als COVID positieve patiënten. Gezien de schaarste echter die bestaat in het land (en wij zijn als commissie op de hoogte dat in Nijmegen voldoende voorraad aanwezig is, maar dit is zeker niet het geval in andere ziekenhuizen) is dit geen haalbare optie. Ook hiervoor geldt dat de commissie de leidraad heroverweegt indien hier veranderingen in optreden.</p> <p>De commissie deelt de mening dat het prettig zou zijn om gedifferentieerd te kunnen testen. De commissie heeft besloten om de reikwijdte van de leidraad te beperken tot patiënten die geopereerd worden onder algehele</p>
--	--	--	--

		<p>economen om de consequenties van deze strategie goed door te denken. De negatieve consequenties voor de patiënt, vooral in centra met beperkte CT-capaciteit is mogelijk onacceptabel groot.</p> <p>Naar onze mening moeten we met name extra veiligheid creëren voor specialisten betrokken bij het manipuleren van dan wel opereren in de luchtweg. China en Italië hebben ons geleerd dat daarbij de meeste slachtoffers vallen, een beeld wat ook in Nederland zichtbaar lijkt te worden.</p> <p>Daarnaast zien wij dat personeel in de zorg vooral wordt besmet in de thuissituatie of door het onjuist gebruik van op zich adequate beschermingsmiddelen en of fouten in het reguliere triage proces. Naast optimale bescherming tijdens manipulatie van de luchtweg, is training van het juiste gebruik van de huidige persoonlijke beschermingsmiddelen de tweede belangrijke stap in het zorgen voor een veilige omgeving voor al onze collega's tijdens deze verschrikkelijke pandemie.</p> <p>Wij zijn van mening dat deze leidraad gaat leiden tot veel onrust en inefficiënt gebruik van personeel en middelen.</p>	<p>anesthesie. Overigens gaat de commissie er vanuit dat op dit moment in de pandemie en met de geldende beperkingen het grote aantal poliklinische verrichten geminimaliseerd is. De commissie zal blijven bestaan om ook in de minder acute fase tot een gewogen advies te komen.</p> <p>De commissie wil met klem tegenspreken dat deze leidraad gebaseerd is op emotie ipv ratio. Het doet de manier van werken zoals wij gewend zijn binnen de richtlijnencommissies geen recht aan om te suggereren dat deze op emotie gebaseerd is. We nemen aan dat u op de hoogte bent van de manier van werken bij de ontwikkeling van richtlijnen/leidraden. (zoals u heeft kunnen lezen in de concept leidraad wordt er volledig verantwoording afgelegd voor de toegepaste zoekstrategie en wordt ons advies uitgebreid onderbouwd). De reden om deze leidraad te ontwikkelen komt voort uit de veelvuldige geventileerde behoefte van collega specialisten uit het binnen- en buitenland die verschillende adviezen, richtlijnen, aanwijzingen etc met vergaande strekking uit verschillende gremia ontvingen. Om</p>
--	--	---	---

			<p>niet mee te gaan in emotie is er voor gekozen om een zorgvuldig traject van weging en afweging in te gaan en dit open en transparant te delen.</p> <p>De commissie is van mening dat er geen tijd is om eerst een onderzoek op te zetten en dan pas actie te ondernemen. Dat zou impliceren dat alle patiënten behandeld zouden moeten worden als positief met als gevolg dat zij ook zo benaderd moeten worden middels het gebruik van PPE. Zoals al eerder gesteld is dit onhaalbaar obv het gebrek aan beschikbare maskers etc.</p> <p>De commissie heeft er daarom voor gekozen om op korte termijn evaluatiemomenten in te bouwen om te beoordelen of het advies aangepast dient te worden. Dit zal onder meer gebeuren in onderzoeksverband. En uiteraard zullen wij de commissie uitbreiden met specialisten zoals epidemiologen. Gezien de urgentie van het probleem is in eerste instantie gekozen om de leidraad te schrijven, waarbij de commissie zich terdege realiseert dat het netter was geweest wanneer enkele specialisten in een eerder stadium betrokken waren. Het spijt de commissie dat dit niet gebeurd is (dit is ook met de betrokken</p>
--	--	--	--

			<p>wetenschappelijke verenigingen besproken).</p> <p>De commissie deelt de mening dat zorgwerknemers goed beschermd moet worden, maar deze leidraad gaat niet over de manier waarop beschermende maatregelen moeten worden uitgevoerd. Wij doen dan ook geen uitspraak over de manier waarop bescherming geboden moet worden. Zoals u zelf al terecht opmerkt, zijn hier andere documenten voor.</p> <p>De commissie is van mening dat deze leidraad, welke we aanzienlijk hebben aangepast, richting zal geven in de reeds bestaande hevige discussie over de manier waarop patiënten getest kunnen worden. Daarnaast is de commissie van mening dat de huidige leidraad bijdraagt aan de veiligheid van werknemers in de zorg en patiënten. De commissie is van mening dat ze een goed evaluatiesysteem heeft geïntroduceerd om te beoordelen of de maatregelen zinvol zijn. Daarnaast zal de commissie blijven bestaan en zo nodig het advies aanpassen aan de veranderende ontwikkelingen. Als blijkt dat de genomen maatregelen in de toekomst te streng zijn, zal het</p>
--	--	--	---

NOG		<p>Als NOG hebben we de leidraad "preoperatieve diagnostiek bij volwassen patiënten die een operatieve procedure moeten ondergaan" doorgenomen en spreken onze waardering uit dat in zo'n korte tijd deze leidraad is opgesteld.</p> <p>De volgende kanttekeningen hebben wij als NOG op de voorliggende versie van de leidraad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De leidraad is erg ruim opgesteld en nadere nuancerings/differentiatie is naar onze mening gewenst;</li> <li>• De leidraad vergt de nodige logistieke aanpassingen en levert bij dagopnames de nodige vertraging op en de vraag is of dat wenselijk is;</li> <li>• Een categoriaal ziekenhuis als het Oogziekenhuis Rotterdam zou volgens de voorliggende versie van de leidraad niet langer oogchirurgie zou kunnen uitvoeren - gevolg: verschuiving van acute en urgente oogheelkundige chirurgie door Nederland;</li> <li>• Voor een behandeling onder lokale anesthesie in dagopname is de voorgestelde aanpak leidraad te uitgebreid en niet noodzakelijk aangezien het merendeel van de oogheelkundige ingrepen niet gaat om aerosol genererende ingrepen, maar om ingrepen als netvliesloslatingen en andere acute netvliespathologie, oncologische chirurgie van en rondom het oog, glaucoom chirurgie met filtratie implants etc.</li> </ul> <p>Wij vernemen graag op welke wijze met onze commentaren wordt omgegaan en als de werkgroep behoefte heeft aan een toelichting op ons commentaar dan is dat natuurlijk mogelijk.</p>	<p>advies worden aangepast.</p> <p>We hebben de doelgroep in de leidraad verengd naar alleen patiënten die onder algehele anesthesie worden geopereerd.</p> <p>We denken dat de logistieke aanpassingen minder zijn nu de doelgroep beperkt is. Overigens verwacht de commissie dat dagopnames momenteel sowieso beperkt zijn door de druk die op het systeem staat. De commissie zal hier oog voor hebben in de nabije toekomst. Het is zeker niet zo dat het de bedoeling is om de bedrijfsvoering nodeloos te frustreren. Een categoriaal ziekenhuis als het oogziekenhuis zou op beargumenteerde gronden kunnen besluiten om af te wijken van de leidraad.</p> <p>Deze leidraad gaat om patiënten die geopereerd worden onder algehele anesthesie. Behandeling onder lokaal anesthesie vallen dus niet onder deze leidraad.</p>
NVvN		<p>Namens de NVvN willen wij onze erkenning uitspreken over de inzet en expertise van de werkgroep die heeft bijgedragen aan de leidraad. Zoals we kunnen lezen is het bewijs flinterdun, maar vergt wel een enorme verandering van de reeds nu al (over-) belaste zorgpaden. Wij hebben ernstige bedenkingen of deze leidraad praktisch uitvoerbaar is in alle ziekenhuizen. Toespitsen of specifieke patiëntengroepen zou al enige winst kunnen opleveren. In de huidige vorm kunnen wij ons niet vinden in de</p>	<p>Wij hebben de doelgroep van de leidraad aangepast en heeft thans alleen betrekking op patiënten onder algehele anesthesie. We verwachten dat deze toespitsing afdoende ruimte geeft voor de NVvN. De commissie zal in de komende periode alles in het</p>

		leidraad.	werk stellen om een nog verdere specificatie aan te brengen in de doelgroep
NVVR		<p>In eerdere versies werd dit document steeds een standpunt genoemd. Wat is de reden geweest om het te hernoemen tot leidraad?</p> <p>De NVvR heeft een sterke voorkeur om het een standpunt te noemen, omdat dit beter past binnen de gehanteerde terminologie voor naamgeving van documenten binnen FMS (zie onder), en omdat een leidraad meer als mogelijke veldnorm gezien kan worden door externe partijen.</p> <p>Kun je ons bijpraten over de afwegingen van de werkgroep bij de naamgeving?</p> <p>Definities FMS:  <b>STANDPUNT</b> Een document dat ingaat op een actuele (zorg)vraag en tijdelijk richting geeft aan zorgverleners en zorggebruikers wanneer een richtlijn ontbreekt of niet meer up to date is. Een dergelijk document wordt dan ad hoc en versneld opgesteld door een wetenschappelijke vereniging en kan worden gebruikt als voorloper van een (nieuwe of herziene) richtlijn of module van een richtlijn.  <b>LEIDRAAD</b> Document met aanbevelingen over vaak organisatorische en/of uitvoerende zaken, ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg; het betreft met name procesgeoriënteerde afspraken of adviezen. Veelal niet primair betrekking hebbende op de medische inhoud van de zorg dan wel indicatiestelling van diagnostiek of behandelingsinterventies</p>	<p>Een standpunt wordt monodisciplinair opgesteld en hiervoor wordt doorgaans geen systematische literatuurzoekactie en -analyse voor uitgevoerd. Gezien de gevolgde procedures (multidisciplinaire werkgroep, de uitgevoerde literatuuranalyse hoor - wederhoorprocedure is de term leidraad passend.</p>
NVALT		<p>Graag reageren wij vanuit de NVALT op het conceptstandpunt 'Preoperative work up in asymptomatic patient awaiting surgery'.</p> <p>Standaard een CT-thorax bij patiënten zonder klachten lijkt ons NIET te adviseren. Ons advies is om te screenen met PCR en X-thorax, en bij ook maar de geringste aanwijzingen bij anamnese wel een CT-thorax. Bij een normale PCR en X-thorax alleen bij zeer hoge verdenking een CT-thorax.</p>	<p>De commissie is bewust dat een CT-thorax ook een mate van schijnveiligheid kan geven en onderschrijft dat CT-thorax in de eerst dagen van ziekte fout-negatief kan zijn. Daarom adviseert de commissie dat er tevens een PCR uitgevoerd zou</p>

		<p>De onderbouwing is als volgt:</p> <p>Het doen van een CT-thorax bij patiënten zonder klachten zorgt voor een schijnzekerheid. Een CT-thorax kan ook fout-negatief zijn, met name in de eerste dagen van ziekte.</p> <p>De argumentatie voor de CT-thorax berust voor een belangrijk deel op een onderzoek dat gedaan is bij de mensen aan boord van het cruiseschip, waar Covid-19 was uitgebroken. In dat geval was echter de kans op aanwezigheid van Covid-19 een stuk groter dan bij ons EN waarschijnlijk was de anamnese minder betrouwbaar, omdat mensen mogelijk (waarschijnlijk?) bang waren dat ze (langer) aan boord moesten blijven, als ze aangaven dat ze klachten hadden.</p> <p>Daarnaast kan een CT-thorax ook fout-positief zijn. Dit zien we bijvoorbeeld bij patiënten met Rendu-Osler-Weber die gescreend worden op veneuze malformaties, waarbij met enige regelmaat matglasgebieden te zien zijn.</p>	<p>moeten worden.</p> <p>In deze situatie streeft men naar een zo hoog mogelijke sensitiviteit (zo weinig mogelijk fout-negatieven). CT-thorax lijkt sensitiever dan X-thorax in de diagnostiek naar COVID-19.</p>
NVvR		<p>Hierbij de reactie van de NVvR, die tot stand is gekomen na raadpleging van de leden van het bestuur van de sectie Thoraxradiologie van de NVvR en van het NVvR-bestuur.</p> <p>De NVvR heeft een sterke voorkeur om het opgestuurde document een standpunt te noemen, omdat dit beter past binnen de gehanteerde terminologie voor naamgeving van documenten binnen FMS. In gewone tijden wordt een leidraad door onze ledenvergadering/AV geautoriseerd en is de ervaring dat deze door externe partijen als vastgestelde veldnorm wordt gehanteerd.</p> <p>De NVvR gaat ervan uit dat dit standpunt een compromis is waar van alles op aangemerkt kan worden en dus beargumenteerd van afgeweken kan worden.</p> <p>Wij gaan er derhalve vanuit dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ieder ziekenhuis, na multidisciplinair overleg waar onder anderen ook</li> </ol>	<p>Zie boven.</p> <p>Overigens kan ook van een leidraad beargumenteerd worden afgeweken</p> <p>Ad 1. Dat klopt is ook opgenomen in de disclaimer</p> <p>Ad 2. Klopt</p> <p>Ad 3. In principe vallen patiënten die geopereerd worden onder algehele anesthesie onder de huidige leidraad, maar ook daar kan multidisciplinair van afgeweken worden</p> <p>Dit is aangepast.</p> <p>De commissie zal wekelijks</p>

	<p>internisten, medisch microbiologen en radiologen bij betrokken zijn, zelf kan beslissen of dit standpunt wordt toegepast.</p> <p>2. dat hier afhankelijk van de lokale situatie aangaande ziekteprevalentie, beschikbare logistiek en beschikbaarheid persoonlijke beschermingsmiddelen (PPE), door ziekenhuizen vanaf geweken kan worden.</p> <p>3. dat lokaal en multidisciplinair bepaald wordt welke categorieën ingrepen/interventies onder deze leidraad vallen.</p> <p>In de huidige onderbouwing dient de meest recente versie van CO-RADS opgenomen te worden. Deze wordt waarschijnlijk ook vandaag weer aangepast en geplaatst op de NVvR-website:  <a href="https://www.radiologen.nl/nieuws/handreiking-standaardverslag-ct-thorax-covid-19">https://www.radiologen.nl/nieuws/handreiking-standaardverslag-ct-thorax-covid-19</a></p> <p>De NVvR gaat ervanuit dat zij een evaluatie over 2 tot 3 weken (dus uiterlijk 21-4-2020) teruggekoppeld krijgen en dat die evaluatie met betrokkenheid van radiologen in de werkgroep plaatsvindt inclusief mogelijke heroverwegingen van het standpunt.</p> <p>Onder deze voorwaarden kan de NVvR dit standpunt pragmatisch steunen.</p> <p>Wij zullen, op het moment dat het standpunt c.q. de leidraad beschikbaar komt, over bovenstaande communiceren naar onze leden en dat dit een compromis is waar we nu voorlopig mee aan de slag gaan.</p> <p>Inhoudelijke aanvullingen:  Ook CO-RADS 2 is infectieus. Het is nu uit de flowchart niet duidelijk wat daarmee gedaan dient te worden.  Het gebruik van eerst PCR en daarna pas CT staat niet duidelijk in de flow chart. Dit heeft wel de voorkeur.</p> <p>We bedanken de NVvH voor het voortouw nemen op dit onderwerp en begrijpen hoe lastig het is om tot consensus te komen bij afwezigheid van</p>	<p>bijeenkomen en dan overwegen of de leidraad moet worden aangepast.</p> <p>Wij danken de NVvR voor de steun</p> <p>Wij zijn blij dat de NVvR de leidraad beschikbaar wil stellen</p> <p>CO-RADS 2 wordt op de genoemde website geclassificeerd als low en niet als infectieus. De flowchart is conform de website.</p> <p>Dank voor uw aanbod om mee te blijven denken, wij maken graag gebruik van uw aanbod en coöperatieve houding.</p>
--	---	--

NVPC		<p>wetenschappelijk bewijs. We blijven graag meedenken.</p> <p>Gisteren hebben we van u de concept leidraad preoperatieve diagnostiek naar COVID-19 bij asymptomatische patiënten ontvangen, met het verzoek om aan te geven of er zeer ernstige bezwaren zijn tegen deze leidraad. We hebben voor de volledigheid uw verzoek voorgelegd aan onze achterban. Vooropgesteld staat dat ook voor onze leden veiligheid voor patiënten en medewerkers prioriteit heeft, zeker in deze tijd. Desondanks hebben wij bezwaren tegen de nu voorgestelde leidraad.</p> <p>Kort samengevat zetten wij vooral vraagtekens bij de uitvoerbaarheid: een CT-scan voor iedere te opereren patiënt zal een grote capaciteit van de radiologie vragen. De vraag is of die capaciteit in Nederland beschikbaar (te maken) is. Daarmee rijst op grond waarvan een prioritering moet worden gegeven aan de patiënten voor wie een CT-scan moet worden gemaakt. Tevens maken wij ons zorgen over het feit dat de CT scan met enige regelmaat vals positieve uitslagen oplevert. Deze werkwijze is moeilijk te realiseren, zeker aangezien een deel van onze leden werken in ZBC's of kleinere privé praktijken die vrijwel nooit over eigen CT faciliteiten beschikken. Daarnaast bestaat er een groot risico dat wanneer deze richtlijn van kracht wordt, maar zeker ook wanneer de zorg een inhaalslag moet gaan maken, de zorg verlamd wordt door deze leidraad. Hierdoor zal (semi)electieve zorg veel vertraging oplopen met schade aan patiënten tot gevolg. Voor nu werken we volgens de strategie dat een bij verdachte patiënt een PCR (kweek) wordt uitgevoerd. Indien deze positief resultaat geeft dan wordt de operatie uitgesteld. Indien de PCR bij een verdachte patiënt een negatief test resultaat oplevert dan wordt een CT-scan gemaakt. Een niet-verdachte patiënt met een negatief PCR resultaat kan geopereerd worden. Wij begrijpen dat de werkgroep erg beperkte tijd heeft gehad voor het opstellen van deze leidraad en dat dit onderhevig is aan (soms dagelijkse) veranderingen. Naar wij allen hopen zal er op korte termijn meer duidelijk komen over de te nemen stappen en procedures. In de bijlage sturen we u een opsomming van de commentaren die door ons zijn ontvangen.</p>	<p>De commissie heeft de doelgroep verkleind (alleen patiënten onder algehele anesthesie). Wij denken dat er in deze tijd waarin de electieve zorg geminimaliseerd is, voldoende capaciteit is om CT's t maken.</p> <p>Vanwege het risico op vals-negatieve CT's is besloten om dit niet alleen te gebruiken maar te combineren met PCR van de keel. Het beleid zal prospectief in kaart worden gebracht om te beoordelen of dit advies brengt wat het beoogd. Indien nodig zal de commissie het advies aanpassen.</p> <p>De commissie realiseert zich dat het maken van CT's ten tijde van een mogelijke inhaalslag belemmerend kan werken. De commissie verwacht echter dat in die periode de prevalentie van COVID infecties zal afnemen waardoor preoperatief testen waarschijnlijk niet meer nodig zal zijn. Om dit te bepalen zal de commissie in stand blijven en wekelijks beoordelen of het advies aanpassing behoeft.</p>
NVPC		<p><b>Kopje Recommendations/Aanbevelingen (onderaan pag 4)</b> Verricht bij iedere volwassen patiënt die een operatie moet ondergaan</p>	<p>Tekst is aangepast</p>

		<p>preoperatief onderzoek naar de mogelijke aanwezigheid van een COVID-19 infectie door het verrichten van een diepe nasopharyngeale swab voor SARS-CoV-2 PCR en low-dose CT-thorax zonder contrast (zie flowchart).</p> <p><u>Opmerking:</u> CT alleen bij alg anesthesie en niet bij lokale en regionale technieken dus:</p> <p><u>Voorstel nieuwe tekst</u> Verricht bij iedere volwassen patiënt die een operatie moet ondergaan onder algehele anesthesie (dus exclusief lokale en regionale anesthesie technieken zoals plaatselijke verdoving, wide awake surgery, plexus of spinaal) preoperatief onderzoek naar de mogelijke aanwezigheid van een COVID-19 infectie door het verrichten van een diepe nasopharyngeale swab voor SARS-CoV-2 PCR en low-dose CT-thorax zonder contrast (zie flowchart).</p> <p><u>Huidige tekst:</u> Verricht bij iedere volwassen patiënt die een operatie moet ondergaan preoperatief onderzoek naar de mogelijke aanwezigheid van een COVID-19 infectie door het verrichten van een diepe nasopharyngeale swab voor SARS-CoV-2 PCR en low-dose CT-thorax zonder contrast (zie flowchart). Voorstel nieuwe tekst / Opmerkingen: Verricht bij iedere volwassen patiënt die een operatie moet ondergaan preoperatief onderzoek naar de mogelijke aanwezigheid van een COVID-19 infectie door het verrichten van een diepe nasopharyngeale swab voor SARS-CoV-2 PCR. Indien positief of indien een operatie langer duurt dan 2 uur, leeftijd boven de 50 jaar en bij ASA 2 en hoger ook lowdose CT-thorax zonder contrast (zie flowchart).</p> <p>Zelfde paragraaf: Verricht bij iedere volwassen patiënt die een operatie moet ondergaan een swab en een CT.</p> <p>Is er evidence voor deze richtlijn? De consequenties op logistiek gebied qua belasting voor de afdeling radiologie, en qua kosten is groot. De kans dat</p>	<p>De beschikbare evidence is systematisch beschreven. DE</p>
--	--	--	---

	<p>een gezonde ASA1 patient jonger dan 50, op moment op moment van opereren een asymptomtische infectie door maakt en daaraan komt te overlijden, is zeer gering, gezien de overall mortaliteit van Covid19 in deze groep.</p> <p>Heeft een epidemioloog/statisticus dit concept gelezen? Mede gezien de mogelijkheid van vals positief en negatieve uitslag van de uitstrijk en de CT.</p> <p>Een van de uitgangspunten is bescherming van personeel. Is het onrealistisch om iedere patiënt als positief te beschouwen? Zijn er ook geen testen nodig. Kans op besmetting van zorg personeel is groter als er bijvoorbeeld geïntubeerd wordt, maar blijft ook zonder de intubatie aanwezig. Ook als een ingreep onder lokale of regionale anesthesie wordt uitgevoerd.</p> <p>Als een patiënt postoperatief ziek wordt door een besmetting, zou hij dit ook geworden zijn zonder operatie en als zodanig behandeld. Waarom zou je dit van tevoren willen weten als je toch iedere patiënt als besmet beschouwd?</p> <p>Zwangeren worden uitgesloten van een CT. Met afscherming van het abdomen en afhankelijk van het aantal weken zwangerschap lijkt dit onlogisch. (<a href="https://www.cdc.gov/nceh/radiation/emergencies/prenatalphysician.htm">https://www.cdc.gov/nceh/radiation/emergencies/prenatalphysician.htm</a>)</p> <p><b>Ad paginanummer: 1</b> <u>Algemene vragen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor hoe lang zou dit protocol gelden?</li> <li>- Hoe groot is de kans dat de PCR positief wordt in de incubatieperiode?</li> <li>- Waarom zijn deze voorstellen strenger dan huidige richtlijnen voor zorgverleners? Moet de richtlijn niet gelden voor milde klachten (en klachten dan in de breedste zin v woord, zoals ook verminderde reuk ed)?</li> <li>- Zat er een viroloog in deze werkgroep?</li> <li>- Zijn kosten nog meegenomen?</li> </ul>	<p>afweging om bij alle patienten die een operatie onder algehele anesthesie ondergaan een ct te maken hebben we ook beschreven. Vooralsnog is er te weinig evidence om nu al te verengen (bv door leeftijd te gebruiken) De commissie zal bij de komende evaluaties bekijken of dit mogelijk is.</p> <p>Er hebben specialisten met epidemiologische expertise mee gelezen. De werkgroep is bijgestaan door methodologen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.</p> <p>Het is niet onrealistisch om iedereen als positief te beschouwen. Echter er is onvoldoende materiaal in Nederland aanwezig om dit te doen (tekort aan FFP maskers) daarnaast is werken in deze beschermende kleding ook niet heel prettig. Maar met name door de schaarste van middelen is deze strategie op dit moment niet mogelijk.</p> <p>We beschouwen niet iedere patiënt als besmet, we willen graag weten of iemand besmet is, want dat stellen we de operatie uit (om zo de morbiditeit en mortaliteit te verminderen)</p>
--	--	--

	<p>- Zijn er voldoende middelen om dit in te voeren (qua testmateriaal)?  - Is het een alternatief om zorgverleners FFP-2-maskers te laten gebruiken bij alle aerosolvormende handelingen en alle patiënten chirurgische mondkmaskers op ten tijde van verblijf in ziekenhuis (om kans om besmetting te verminderen)? Ook niet fijn natuurlijk.</p> <p>5.1.2e</p> <p>Maar ik zou nuanceren; CT alleen bij &gt;70, longproblemen in vg, ASA 2+, en ok langer dan 2 uur. Voor hoelang geldt deze richtlijn? Anders denk ik erg duur en niet werkbaar. Verder zou ik erin zetten plexus heeft voorkeur indien van toepassing.</p> <p>Graag geef ik u mijn reactie op de conceptrichtlijn preoperatieve diagnostiek naar COVID-19 bij asymptomatische patiënten. Allereerst mogen duidelijk zijn dat een beleid omtrent hoe om te gaan met COVID 19 in de preoperatieve screening belangrijk is om zowel patiënt als zorgmedewerkers maximaal te beschermen.</p> <p>Toch zijn er een groot aantal punten die ontbreken in deze conceptrichtlijn waardoor praktische uitvoerbaarheid lastig te realiseren zal zijn. Puntsgewijs zal ik mijn vragen formuleren en hoop dat u hier in de definitieve versie van deze richtlijn duidelijkheid over kan geven.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• U beschrijft in uw concept dat er een toegenomen risico is voor zorgmedewerkers tijdens narcose (intubatie en beademing): mag hiermee geconcludeerd worden dat deze richtlijn alleen geldt voor narcose patiënten en dus niet voor electieve patiënten die onder lokale verdoving geopereerd worden of een regionale anesthesie vormen krijgen zoals plexus anesthesie?</li> <li>• Heeft u een analyse gedaan over de beschikbaarheid van de swabs, analyse capaciteit van de swabs (PCR) en CT-capaciteit om uw richtlijn ook uit te kunnen voeren? Op de kortere termijn is het aanbod van electieve zorg minimaal, maar wanneer deze weer wordt opgestart zal de toestroom zeer groot zijn, zowel in de regulieren Ziekenhuizen als in de ZBC's. Zowel ziekenhuizen als ZBC's zullen hard nodig zijn om de wachtlijsten weg te kunnen werken, wanneer er niet voldoende test capaciteit is (PCR en CT) wordt dit praktisch gezien onuitvoerbaar.</li> <li>• U geeft aan dat deze richtlijn binnen 4 weken heroverwogen gaat</li> </ul>	<p>Zwangeren worden besproken in een andere leidraad die momenteel door de NVOG geschreven wordt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leidraad is dynamisch en wordt wekelijkse geëvalueerd</li> <li>- Onbekend</li> <li>- De commissie snapt de vraag niet over bestaande richtlijnen. Deze leidraad geldt alleen voor asymptomatische patiënten, als er klachten zijn wordt er sowieso getest</li> <li>- Infectiologen en medisch microbioloog</li> <li>- Er is niet gekeken naar kosten</li> <li>- De verwachting is dat er voldoende middelen zijn om het uit te voeren</li> <li>- Helaas niet door de schaarste aan maskers</li> </ul> <p>Dank voor uw suggestie om alleen ouderen te testen, echter ook jongere patiënten kunnen besmettelijk zijn. Leeftijd lijkt geen goede risico inschatter te zijn. Het gaat inderdaad alleen om patiënten onder algehele anesthesie.</p> <p>De verwachting is dat er voldoende testmateriaal aanwezig is mede door reductie in electieve zorg.</p>
--	--	---

	<p>worden, mag hiermee geconcludeerd worden dat deze voor maximaal 4 weken geldt, of blijft deze geldig ook al komt er geen revisie en voor hoe lang dan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• U beschrijft dat de risico's vooral vergroot zijn voor patiënten met comorbiditeiten, is het dan wellicht niet mogelijk en logisch om alleen deze kwetsbare groep te testen (vanaf ASA II bijvoorbeeld), dit om de praktische uitvoerbaarheid van de richtlijn te verbeteren? Het lijkt zo willekeurig om vanaf 18 te gaan testen? Er zullen namelijk altijd risico's blijven (ook bij een negatieve PCR en CT, kan er een besmetting zijn met eventuele verspreiding).</li> </ul> <p>Uit bovenstaande vragen blijkt dat er grote zorgen zijn over de praktische uitvoerbaarheid van deze conceptrichtlijn. Daarnaast bestaat er een groot risico dat wanneer deze richtlijn van kracht wordt, maar zeker ook wanneer de zorg een inhaalslag moet gaan maken, de zorg verlamd wordt door deze richtlijn. Hierdoor zal (semi)electieve zorg veel vertraging oplopen met schade aan patiënten tot gevolg.</p> <p>Wij wensen bezwaar te maken tegen deze doorgestuurde richtlijn aangezien inhoudelijk nuanceringen missen die van groot belang zijn. Er wordt overigens aangegeven dat, logisch uiteraard gezien de dagelijkse ontwikkelingen, de data en wetenschappelijke overwegingen voor een CT-thorax beperkt zijn.</p> <p>Graag zou ik een onderscheid willen zien in deze richtlijn voor onze plastische patiënten obv:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> leeftijd; er zijn totaal geen wetenschappelijke gegevens over de jonge (&lt;65 jr) gezonde patiënt</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> BMI &lt; 30</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> lokale verdoving/ sedatie/ larynxmasker en volledige intubatie; ik lees met name over de laatstgenoemde de verhoogde risico's</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Type ingreep; laparoscopisch vs open, extremiteiten</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Duur ingreep</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> de sensitiviteit van de SWAB's stijgen nu ze adequaat worden afgenomen: nl zeer ver achter in de keel ipv 1cm in de neusgaten</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> oplopende wachtlijst electieve zorg met gezondheidsschade is nu al fait a complis; hoe kunnen we zoveel CT's op kort termijn bij iedere electieve</li> </ul>	<p>De commissie zal bekijken of in de inhaal-fase testen nog nodig is.</p> <p>De leidraad zal wekelijks heroverwogen worden. Of de leidraad maar 4 weken geldig blijft is de vraag (de commissie hoopt uiteraard dat dit slechts 4 weken nodig is, want dan gaat het goed met de pandemie, maar de vooruitzichten zijn minder optimistisch).</p> <p>Risicogroepen bepalen is nog niet mogelijk.</p> <p>We hebben oog voor de praktische bezwaren maar denken dat dit op dit moment haalbaar is. Daarnaast zullen wij wekelijks evalueren of het advies moet worden aangepast.</p> <p>De wens van de patiënt dient uiteraard te worden meegenomen. Risicoprofiel is zoals eerder ook al genoemd nu nog niet opportuun bij gebrek aan evidence.</p>
--	--	---

		<p>patiënt gaan uitvoeren? Waar? Kosten? Logistiek? Niet in elk centra beschikbaar.</p> <p>☒ de wens van de patiënt; ik lees niet dat een patiënt dit mag weigeren?</p> <p>Suggestie: ik zou voor de CT-thorax met klem adviseren om een risicoprofiel te hanteren ipv elke patiënt: dit is zeker niet werkzaam</p> <p>Wat betreft de SWABS; wanneer zijn er voldoende tests aanwezig dat het geïmplementeerd kan worden? Is er een grove schatting gemaakt van de hoeveelheid tests die nodig zullen zijn per dag in Nederland wanneer electief (urgente) ingrepen weer uitgevoerd mogen worden?</p>	
NVOG		<p>Hierbij onze terugkoppeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gezien de snelheid van de ontwikkeling van deze leidraad en het ontbreken van gegevens, is het soms noodzakelijk om aanbevelingen te doen die niet gebaseerd zijn op voldoende wetenschappelijk bewijs. Belangrijk in dit kader is het zo goed als mogelijk data te gaan verzamelen en zo nodig denkt de NVOG hier graag over mee.</li> <li>- Graag verwijderen in leidraad de zinsnede over zwangeren. Pregnant women and children. Both in pregnant women and children, avoidance of CT is wanted. The committee advises the use of PCR in these patients whenever possible and the avoidance of CT-scanning.</li> </ul> <p>Graag expliciet benoemen dat deze richtlijn niet geldt voor zwangeren, wij gaan niet over kinderen, wij kunnen ons voorstellen dat de NVK hierover iets dient te melden.</p> <p>De NVOG zal zelf een leidraad voor het beleid bij zwangeren hieromtrent ontwikkelen.</p> <p>Verder graag nuancering in geval van acute OK; bij acute situaties is de uitvoering van een CT natuurlijk alleen mogelijk als logistiek en de klinische toestand van de patiënt dit toelaat. Dit graag toevoegen.</p> <p>Kortom de NVOG is akkoord met bijgevoegde leidraad wanneer het onderdeel over zwangeren wordt verwijderd en genoemde nuanceringen worden toegevoegd.</p>	<p>De zinsnede over zwangeren is verwijderd.</p> <p>Wij wensen de NVOG veel succes bij het ontwikkelen van de leidraad.</p> <p>CT inderdaad alleen indien de tijd dit toelaat. Dit is verduidelijkt in de tekst en in het stroomschema.</p>

		Wij krijgen graag bericht wanneer dit gepubliceerd is.	
NVOG		<p>In aanvulling op onderstaande mail nog de reactie van Frank Willem Jansen/MIC richtlijn.</p> <p>Ziet er goed uit inclusief beslisboom.</p> <p>Helaas ontbreken getallen over sensitiviteit en specificiteit t.a.v. zowel swab als CT.</p> <p>In de aanbeveling staat nu enkel dat deze testen gedaan moeten worden. Aanbeveling in woord (overigens wel in diagram terug te lezen) kan ook zijn dat bij acute operatie indicatie bij patient waar Covid positiviteit niet uitgesloten kan worden ook/enkel CT gedaan wordt.</p> <p>Verder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussie zwangeren/kinderen: zie eerder</li> <li>- Ook bij epiduraal anesthesie (zoals bij sectio): CT?</li> <li>- Via NVA kwam vraag op bij laparoscopie en covid: wat als iemand al Corona heeft gehad en nu 'weer' symptomen heeft: besmettelijk voor omgeving? Idem protocol?</li> </ul> <p>Verder hanteerbaar advies.</p>	<p>We hebben bewust geen getallen over sensitiviteit en specificiteit genoemd aangezien die in onze ogen onbetrouwbaar zijn (inclusiebias, alleen bepaald in zieke populatie, niet in gezonde populatie)</p> <p>Advies is om ook bij acute operatie PCR te doen zodat men geïnformeerd is voor tijdens de postoperatieve fase</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zwangeren zin verwijderd</li> <li>- Leidraad gaat alleen over algehele anesthesie</li> <li>- Die vraag adviseren we in voorkomende gevallen voor te leggen aan een infectioloog. Er worden momenteel onderzoeken gedaan naar de ontwikkeling van antistoffen bij patiënten die een COVID hebben gehad. Daar zijn nog geen resultaten van en dus kan de commissie</li> <li>- daar nu niets over stellen</li> </ul>
NVA		<p>Werkgroep Leidraad Preoperatieve diagnostiek naar COVID-19 bij asymptomatische patiënten</p> <p>Geachte collega's, Wij danken u voor het toezenden van dit concept ter beoordeling. Het</p>	<p>Het is een ommissie geweest van de commissie om de NVA (en enkele andere WV-en) niet te betrekken bij de ontwikkeling van deze leidraad, de NVA is overigens niet bewust niet</p>

		<p>bestuur, de commissie kwaliteitsdocumenten en enkele geraadpleegde leden hebben het document beoordeeld. Hoewel wij begrijpen dat in deze situatie gekozen is voor een versnelde procedure willen wij opmerken dat het u had gesierd om tijdens de ontwikkeling van dit document reeds alle relevante WV-en te benaderen. Graag zien wij dat dit bij vervolgpogingen in het kader van de huidige crisis gedaan wordt.</p> <p>Inhoudelijk willen wij allereerst de werkgroep complimenteren met het in zo een korte tijd produceren van dit document. Wij hebben echter nog wel een aantal kritische kanttekeningen. Gezien de reactietermijn zullen wij ons beperken tot inhoudelijk commentaar. Dit wordt hieronder puntsgewijs weergegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na het lezen van het concept bestaat onduidelijkheid over de status van dit document. In de titel wordt het een leidraad genoemd, maar in de tekst wordt standpunt gebruikt. Ook in deze tijd van crisis is het belangrijk de juiste terminologie te gebruiken. Aangezien dit medisch inhoudelijk onderwerp is, waarbij de logistiek op de achtergrond staat, lijkt de status standpunt het best passend. In elk geval zien wij graag dat er één term gebruikt wordt in het hele document.</li> <li>- Onder het kopje "methode" is opgeschreven dat "representatives from all relevant fields" hebben bijgedragen. Mede gelet op onze eerste opmerking in deze brief is dat niet het geval. Naast een anesthesioloog mist in onze ogen bijvoorbeeld ook de inbreng van een epidemioloog en een zorgeconoom. Er wordt hier onterecht de indruk gewekt dat het een breed gedragen document is. Wij zien graag dat deze zin verwijderd wordt en slechts wordt benoemd wie hebben bijgedragen.</li> <li>- Het uitgangspunt dat (semi)selectieve ingrepen bij COVID verdachte of positieve patiënten worden uitgesteld onderschrijven wij volledig, mits dit de testcapaciteit voor andere groepen (patiënten met klachten, gezondheidszorgwerknemers etc.) niet hindert. Wij hebben echter grote vraagtekens bij het gekozen testbeleid.</li> </ul>	<p>betrokken. Dit komt door het urgente karakter van de leidraad waardoor in de ontwikkelfase het de commissie ontgaan is dat zij een belangrijke rol spelen. Hierover is contact geweest met de NVA en heeft 5.1.2e 5.1.2e zijn excuses gemaakt. Dit wordt ook zeker meegenomen in de evaluatie.</p> <p>Is door het hele document "leidraad" genoemd.</p> <p>We hebben het woord "all" verwijderd en wel benoemd wie geparticipeerd heeft voor de duidelijkheid. Overigens is een van de leden van de commissie ook epidemioloog.</p> <p>Daar is de werkgroep zich terdege van bewust. In de data van de princess diamond is de sensitiviteit +/- 50%, in andere studies hoogstens 80%, waarbij er in al deze studies selectie</p>
--	--	---	---

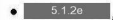
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De CT kan niet gebruikt worden voor het uitsluiten van een Corona infectie, wat leidt tot een schijnveiligheid (iemand kan alsnog corona hebben, bijvoorbeeld in de luchtwegen).</li>   <li>o De kans op het vinden van afwijkingen in het kader van corona klein is indien patiënten helemaal geen klachten hebben (vaker pas 4 dagen na symptomen afwijkingen).</li>   <li>o De anamnese is van groot belang en krijgt in het voorliggende document geen rol. Deze zal zorgvuldig afgenomen moeten worden; goed richten op verkoudheid, keelpijn, dyspnoe, bovenbuikspijn (bij een klein deel van de patiënten is dit het presenterende symptoom), koorts (dit is vaker een later symptoom), algemene virale symptomen (zoals spierpijn, meer vermoeid, algehele malaise).</li> <li>o Er is geen goede risico-inschatting te maken over peri-operatieve risico en verslechtering van het longbeeld bij CT afwijkingen zonder klachten.</li> <li>o Het voorgestelde testbeleid heeft grote (nadelige) gevolgen voor patiënten in centra met beperkte (of afwezige) CT capaciteit. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wij maken ons zorgen om patiënten zonder positieve PCR met CORADS 3. Hierover zal in de praktijk discussie ontstaan. Het lijkt ons verstandig voor deze patiëntengroep twee extra zaken mee te nemen in de aanbeveling.</li> </ul> </li> </ul>	<p>en confirmatie bias is, dus waarschijnlijk is die sensitiviteit nog lager. Dit geldt echter ook voor PCR. Dat is de reden om te combineren met PCR en niet als stand-alone te gebruiken.</p> <p>PCR is mogelijk in het begin van de infectie beter in staat om deze op te sporen en daarom combineren we beiden. Indien de prevalentie laag is, zal de pakkans ook laag zijn. Daarom kunnen centra in laag prevalentie gebieden overwegen om het standpunt niet te volgen. Overigens wordt in een aantal ziekenhuizen die dit beleid al toepassen toch wel soms een patient gevonden die positief is zonder klachten.</p> <p>Er is een separaat stuk opgenomen die benadrukt dat het gaat om asymptomatische patienten zoals bepaald via anamnese</p> <p>Dat klopt, deze gegevens ontbreken</p>
--	--	---	--

		<p>o Voeg zo mogelijk een anesthesioloog aan het team toe: als de ingreep onder regionale anesthesie mogelijk is kan dit het risico voor zowel het personeel, als de patiënt en derden sterk verminderen.</p> <p>o Adviseer dat dit MDO ook een definitief besluit maakt op basis waarvan de patiënt wel of niet als COVID verdacht behandeld wordt (in de praktijk blijkt dat dit nu vaak niet gebeurt).</p> <p>☒ Voor de (semi)acute patiënt zien wij enkele grote gevaren van het voorgestelde advies.</p> <p>o Voor de patiënt: er bestaat een grote kans op vals positieve uitslagen. Deze patiënten worden onnodig blootgesteld aan cohortverpleging, met als risico alsnog besmet te raken.</p> <p>o Voor het personeel: bij het grote risico op vals positieve uitslagen zal (veel) beschermingsmateriaal gebruikt worden. Hiervan dreigen actueel al grote tekorten. Dit kan er toe leiden dat personeel zich bij patiënten met een hoge verdenking op of bewezen COVID niet adequaat kan beschermen</p>	<p>Dat lijkt ons een goede toevoeging</p> <p>Is niet duidelijk wat hiermee bedoeld wordt. Het is toch juist aan het MDO om een definitief besluit te nemen, daar doet de leidraad geen uitspraak over</p> <p>Deze kans is inderdaad aanwezig, hoewel er natuurlijk getracht zal worden dit te beperken door het nemen van maatregelen op de afdeling</p> <p>Wij delen de zorg dat er momenteel een periode van serieuze schaarste bestaat. Deze leidraad is niet geschreven om deze schaarste op te heffen, maar doet wel een poging om dit te beperken. Zeker de electieve patiënten zullen eruit gehaald worden voor dat de middelen nodig zijn omdat ze niet opgenomen worden. We hebben het stroomschema aangepast voor de acute patiënt die bij anamnese geen klachten heeft zodat er minder PPE nodig is. Overigens wil de commissie wel opmerken dat ze het verrassend vindt dat er nog steeds ziekenhuizen zijn die heel veel gebruik maken van PPE middelen terwijl er in andere delen van het land voor nog slechts een gelimiteerd aantal dagen middelen</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het valt op dat er nog een inconsistentie zit tussen de overwegingen en het stroomschema. In de tabel bij de overwegingen wordt ook over CORADS 6 gesproken en in de flowchart staat deze niet. Dit graag gelijktrekken.</li> <li>- Bij ons bestaat de indruk dat het voorgestelde beleid mogelijk gebaseerd is op emotie en niet op ratio. Het is goed ons te realiseren dat het grootste risico voor zorgpersoneel bestaat onder hen die betrokken zijn bij het luchtwegmanagement van deze patiënten. Daarnaast zien wij dat personeel in de zorg vooral wordt besmet in de thuissituatie of door het onjuist gebruik van op zich adequate beschermingsmiddelen en/of fouten in het reguliere triage proces. Dit beleid, wat op heel dunne evidence gebaseerd is (anekdotisch tijdens een webinar en geen solide data die uitwijzen dat CT bij asymptomatische patiënten een adequaat screening tool is) is bovendien niet in lijn met internationale aanbevelingen over dit onderwerp. Ter verduidelijking hebben wij teksten uit deze documenten onder dit bericht bijgevoegd. Waarom wordt in dit document geen gebruik gemaakt van deze bestaande aanbevelingen?</li> </ul>	<p>voorhanden zijn. Wij hopen dat aanpassing van het beleid zal zorgen voor een beter gebruik van PPE, maar dit valt buiten het bestek van deze leidraad</p> <p>Is aangepast</p> <p>Dat doet de inspanningen die door alle betrokken geleverd is, geen recht. Zie hiervoor ook het eerdere commentaar</p> <p>Zoals u kunt lezen in het document weegt de commissie de beschikbare literatuur anders dan de internationale aanbevelingen die al eerder zijn geformuleerd. Omdat de commissie zich terdege ervan bewust is, dat in dit veld de veranderingen elkaar snel opvolgen, zullen wij wekelijks beoordelen of de leidraad aangepast moet worden. Daarnaast is reeds een project opgestart om prospectief te evalueren wat de opbrengst is van het gegeven advies. Indien deze gegevens aanleiding geven tot aanpassingen, zullen deze worden doorgevoerd. De genoemde aanbevelingen zijn ook gebaseerd op zeer weinig bewijs. Als werkgroep hadden wij iets meer voortschrijdend</p>
--	--	---	--

		<p>Concreet kunnen wij het nu voorgestelde beleid niet ondersteunen. Vooral de gevolgen hiervan in het kader van (semi)acute ingrepen wegen naar onze mening niet op tegen de risico's voor patiënten en personeel. Wij zien dan ook graag een aanpassing van de aanbeveling waarbij de voorafkans, zeker in het geval van acute ingrepen, een belangrijker rol krijgt om tot een besluit te komen. Hierbij moet dan onderscheid gemaakt worden tussen symptomatische en asymptomatische patiënten. Uiteraard dient dit gebeuren op basis van duidelijke criteria en met behulp van een kwalitatief goede anamnese.</p> <p>Hoogachtend,  5.1.2e  5.1.2e</p> <p>Bijlage - Internationale aanbevelingen:  (American college of radiologists and Royal College of Radiologists UK: "CT should not be used to screen for or as a first-line test to diagnose COVID-19" en de ACR is in hun statement dan ook vrij duidelijk wat zij van dit voorstel vinden:  "As an interim measure, until more widespread COVID-19 testing is available, some medical practices are requesting chest CT to inform decisions on whether to test a patient for COVID-19, admit a patient or</p>	<p>inzicht in de rol van CT dan die tijdens het opstellen van de ACR en UK richtlijnen nog niet voorhanden was. Nieuwe kennis is bijvoorbeeld dat als je een classificatie systeem als CO-RADS gebruikt bij matig-ernstige zieke symptomatische pten, COVID wel van andere infecties kan onderscheiden (dus toch vrij specifiek zou kunnen zijn), hoewel dit nog niet gepubliceerd is.</p> <p>Er is uitgebreid telefonisch overleg geweest met 5.1.2e van de richtlijnencommissie van de NVA om te bespreken op welke gronden deze leidraad niet gesteund kon worden. Tijdens dit gesprek werd duidelijk dat dit met name gericht is op de acute patiënt en niet op de electieve en semi-electieve patiënt waar meer tijd is voor testen. Er is met name zorg over de consequentie van beleid indien acute patiënten snel als positief beschouwd gaan worden. Deze zorg bestaat eruit dat de protectieve maatregelen die genomen moeten worden bij verdachte patienten mogelijk minder goed nageleefd zullen worden als bij herhaling blijkt dat deze patienten</p>
--	--	---	---

	<p>provide other treatment. The ACR strongly urges caution in taking this approach. A normal chest CT does not mean a person does not have COVID-19 infection - and an abnormal CT is not specific for COVID-19 diagnosis. A normal CT should not dissuade a patient from being quarantined or provided other clinically indicated treatment when otherwise medically appropriate.</p> <p><a href="https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection">https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection</a></p> <p>The ACR believes that the following factors should be considered regarding the use of imaging for suspected or known COVID-19 infection:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ The Centers for Disease Control (CDC) does not currently recommend CXR or CT to diagnose COVID-19. Viral testing remains the only specific method of diagnosis. Confirmation with the viral test is required, even if radiologic findings are suggestive of COVID-19 on CXR or CT.</li> <li>☑ For the initial diagnostic testing for suspected COVID-19 infection, the CDC recommends collecting and testing specimens from the upper respiratory tract (nasopharyngeal AND oropharyngeal swabs) or from the lower respiratory tract when available for viral testing.</li> <li>☑ Generally, the findings on chest imaging in COVID-19 are not specific, and overlap with other infections, including influenza, H1N1, SARS and MERS. Being in the midst of the current flu season with a much higher prevalence of influenza in the U.S. than COVID-19, further limits the specificity of CT.</li> </ul> <p><a href="https://www.rcr.ac.uk/college/coronavirus-covid-19-what-rcr-doing/rcr-position-role-ct-patients-suspected-covid-19">https://www.rcr.ac.uk/college/coronavirus-covid-19-what-rcr-doing/rcr-position-role-ct-patients-suspected-covid-19</a></p> <p>Our view is that there is no current role for CT in the diagnostic assessment of patients with suspected coronavirus infection in the UK. We do not believe that current evidence demonstrates a clear benefit in producing a definitive and positive management change on the basis of CT information. CT does have a well-established role in the assessment of patients presenting with severe respiratory distress, particularly those that deteriorate clinically, based on specific advice from - and discussion with - intensive care and respiratory teams. This clinical assessment of the need for cross-sectional imaging will remain and while these requests may</p>	<p>toch niet besmet zijn. Daarnaast maakt de NVA zich zorgen over de beschikbaarheid van PPE in het licht van de enorme schaarste die in het land heerst naar deze middelen. De commissie wil graag opmerken dat de anamnese een prominenter rol heeft gekregen in het document en waarschijnlijk beter geselecteerd kan worden. Daarnaast zijn de zwangere vrouwen uit de leidraad gehaald zodat deze groep beperkt is tot zeer urgente patiënten die er maar in beperkte mate zijn (trauma patiënt, geruptureerd aneurysma). De commissie deelt overigens de zorgen van de NVA dat er bewust met schaarste moet worden omgesprongen en dat het onwenselijk is dat deze middelen nog in grote mate gebruikt worden in delen van Nederland waar de nood niet zo hoog is. We hopen dat er een centraal gestuurde verdeling van de beschikbare middelen zal komen zodat iedereen zo veilig mogelijk kan werken.</p> <p>Alles in overwegende nemend en naar aanleiding van ons telefoongesprek, gaan wij ervanuit</p>
--	--	--

		<p>increase with increasing numbers of patients presenting with severe respiratory illness, we do not believe that patients with known or suspected coronavirus infection should be imaged any differently. The CT request should be based on clinical need and subsequent likely change to the clinical management plan.</p> <p>There are a number of publications presenting the CT chest imaging appearances of patients with coronavirus infection and links to some of these will be provided in the forthcoming resources section of the website. It is important for radiologists to familiarise themselves with the recognised imaging appearances as some patients not suspected of having coronavirus infection will undergo CT chest for other reasons. It is important to stress however that these imaging appearances are generally non-specific and overlap with the appearances of other viral chest infections including influenza, MERS and SARS. The CT appearances alone will not obviate the need for viral testing and should not be viewed as equivalent to or replacing this.</p>	<p>dat er voor de NVA nu geen zwaar wegende bezwaren meer zijn om tot verspreiding van de leidraad over te gaan.</p>
NVT		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Summary of the literature <ul style="list-style-type: none"> <li>o Asymptomatische COVID-19 – hoewel het in de eerste 2 paragrafen al helder wordt dat asymptomatische danwel mild symptomatische COVID-19 een belangrijk probleem is (zowel vanwege het postoperatieve risico alsook het perioperatieve transmissierisico), wordt nergens duidelijk hoe groot het probleem (ongeveer) is.</li> </ul> </li> </ul> <p>Wellicht kan onderstaande data hierbij helpen:  § Geschatte proportie asymptomatische personen met bewezen COVID-19: ±20-40%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• , Kobayashi T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, Kinoshita R, Yang Y, Yuan B, Akhmetzhanov AR, Linton NM, Miyama T. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). Int J Infect Dis. 2020 Mar 13. pii: S1201-</li> </ul>	<p>Het is ook niet te bepalen hoe groot het probleem is.</p> <p>De commissie heeft heel bewust gekozen geen sensitiviteit te noemen omdat dit verwarring geeft en niet betrouwbaar is (want alleen gemeten in een groep met klachten en niet in de normale populatie)</p> <p>De rol van de X-thorax is in deze leidraad niet mee genomen. De NVVR heeft een verzoek liggen bij de SKMS om naar de X-thorax te kijken.</p> <p>Er is gekozen voor een termijn van 48 uur voor de operatie op praktische gronden. Als men het georganiseerd</p>

	<p>9712(20)30139-9. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.020.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. Euro Surveill. 2020 Mar;25(10). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180</li> <li>o Betrouwbaarheid RT-PCR – er wordt terecht gesproken over de wisselende betrouwbaarheid van de RT-PCR, mede afhankelijk van de moment van afname in het ziektebeloop alsook de ernst van de klachten op dat moment. Ook bij dit probleem wordt niet heel duidelijk hoe (on)betrouwbaar de RT-PCR dan precies is. Wellicht kan de vaak geciteerde sensitiviteit van 60-70% worden genoemd, waardoor dus het relatief hoge aantal vals-negatieven een relevant probleem is in de COVID-19 diagnostiek.</li> <li>o Betrouwbaarheid CT – er wordt in de leidraad uitgesproken dat “a significant proportion of asymptomatic, PCR+ patients appear to have changes on pulmonary CT”. Dit wordt onderbouwd met data uit 2 studies, waarbij in totaal 56 van de 101 (55%) asymptomatische PCR+ COVID-19 patienten CT afwijkingen hadden.</li> </ul> <p>§ Op basis van deze data is de uitspraak dat “a significant proportion of asymptomatic, PCR+ patients appear to have changes on pulmonary CT” ons inziens niet gerechtvaardigd. Het is per slot van rekening maar ongeveer 50/50 (55% vs. 45% om precies te zijn)</p> <p>§ Verder is 1 van de 2 gebruikte referenties uit “Radiology: Cardiothoracic</p>	<p>krijgt binnen 24 uur, is dit uiteraard geen probleem en ook patientvriendelijker</p> <p>De laatste opmerking is correct, dit dient inderdaad low dose te zijn</p>
--	--	--

		<p>Imaging", een tijdschrift welke niet geïndexeerd is in PubMed, noch in Embase.</p> <p>§ Hierbij is ook niet alle beschikbare literatuur genoemd, zoals onderstaande (wel Pubmed-geïndexeerde) studie met 90 PCR-bewezen COVID-19 patiënten welke zijn gescand o.a. in een asymptomatische fase (N=10) of in een vroeg stadium (N=79, 0-5 dg na aanvang klachten) à hiervan had respectievelijk 60% en 14% een normale CT (geen afwijkingen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wang Y, Dong C, Hu Y, Li C, Ren Q, Zhang X, Shi H, Zhou M. Temporal Changes of CT Findings in 90 Patients with COVID-19 Pneumonia: A Longitudinal Study. Radiology. 2020 Mar 19:200843. doi: 10.1148/radiol.2020200843</li> </ul> <p>o Verder missen wij (voor de volledigheid) een uitspraak over de rol van x-thorax in het preoperatieve COVID-19 screeningsproces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerations</li> </ul> <p>o Wat is de onderbouwing om (electieve) patiënten &lt;48 uur preoperatief te testen? Is dit puur om logistieke redenen?</p> <p>§ Intuïtief lijkt het logischer om zo kort mogelijk voor de operatie te testen (&lt;24 uur ipv &lt;48 uur). Dit zou ook conform de adviezen zijn van de Royal College of Surgeons</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.rcsed.ac.uk/news-public-affairs/news/2020/march/intercollegiategeneral-surgery-guidance-on-covid-19-update">https://www.rcsed.ac.uk/news-public-affairs/news/2020/march/intercollegiategeneral-surgery-guidance-on-covid-19-update</a></li> </ul> <p>§</p> <p>o Pagina 3, regel 4 "If low CT is applied..." moet ongetwijfeld zijn "If low-dose CT is applied..."</p>	
--	--	--	--