

Overzicht binnengekomen commentaren Conceptrichtlijn schouderluxaties

Verstuurd op : 30 maart 2023

Reactie voor : 25 mei 2023

Verenigingen:

NVvH

NVT (Trauma)

NVvR

NOV

NVSHA

VRA

NVA

VSG

KNGF

IGJ

NHG

NVZ

PFN

STZ

V&VN

NAPA

ZiNL

ZKN

ZN

NZA

NIP

VIG

ZonMw

Reactie ontvangen:

Ja, Inez Scheerhoorn-Tammer

Ja, Willy den Keijzer

Ja, Gerben Aarnoudse

Ja, Adinda Klijn

Ja, Özlem Yucel

Ja, Ivar Spin

Ja, Martine Sibon-Vermeeren

Ja, Femke Schoo

Ja, Beb Jongerius

Ja, Maïke Broere

Ja, Stephanie Bakker

Ja, Eline van der Giessen

Ja, Margot van Diemen & Yvonne van Zijl

Ja, dr. C. Ritoe

Ja, Liv Possen

Ja, Wendy Bakker

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P5 - P7	Samenvatting/Startpagina		
NOV	Algemeen	<p>Waarom is gekozen voor de term: Richtlijn schouderluxaties? Het gaat om de acute (in principe primaire) traumatische anterieure luxatie. De vorige richtlijn uit 2005 heette: acute primaire schouderluxatie.</p>	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>De richtlijn beperkt zich tot de anterieure schouderluxaties. Desalniettemin dient er bij de analyse van een patiënt met een verdenking op een anterieure schouderluxatie aandacht te zijn voor de richting waarin het glenohumerale gewricht geluxeerd is. Hierbij is er naast de anterieure luxatie ook nog onderscheid te maken tussen posterieure en de inferieure schouderluxatie. De diagnostiek rondom posterieure schouderluxaties kwam eveneens naar voren als knelpunt in de schriftelijke knelpuntenanalyse. In module 1 (primaire diagnostiek) is beschreven dat er, naast de anterieure schouderluxaties, aandacht is besteed aan zowel posterieure als inferieure schouderluxaties, omdat deze in de praktijk geregeld gemist worden en grote morbiditeit tot gevolg kan hebben. Er is door middel van kenmerken bij anamnese/lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek aandacht besteed aan de posterieure luxatie. Bijvoorbeeld door het beschrijven van situaties van disproportionele pijn, epilepsie/electrocutie en aanwezigheid van een 'light bulb sign'. Er zijn tevens aanbevelingen opgesteld die betrekking hebben op posterieure schouderluxaties. Mede hierom is er gekozen voor een algemenere titel van deze richtlijn.</p> <p>De werkgroep kan zich echter vinden in het commentaar om de titel te specificeren naar de inhoud van de richtlijn. Het verzoek tot het wijzigen van de naam van de richtlijn is aan de NVvH voorgelegd en goedgekeurd. Dit is tevens dezelfde benaming als de richtlijn uit 2005 en daarnaast valt</p>

			ook de primaire, posterieure schouderluxatie onder deze benaming.
NOV	Algemeen	<p>Allereerst mijn complimenten voor deze richtlijn: het is altijd veel zoek, denk, praat en beslis werk.</p> <p>Het is jammer, dat met deze richtlijn: "schouderluxatie" alleen aandacht is besteed aan de traumatische luxatie en geen woord is besteed aan de vrijwillige atraumatische schouderluxaties, een voor de orthopeden in hun praktijk niet zo zeldzame aandoening. Als het de bedoeling was deze patiëntengroep uit te sluiten, is het misschien verstandig dit in de startpagina te vermelden en dan ook de titel van deze richtlijn te veranderen in "traumatische schouderluxatie"</p>	<p>Bedankt voor het commentaar en de complimenten.</p> <p>De werkgroep is het eens met het voorstel voor een naamsverandering. De wijziging van de naam van de richtlijn 'Acute, primaire schouderluxaties' wordt aan de NVvH voorgelegd.</p> <p>Het uitsluiten van atraumatische en chronische schouderluxaties is een weloverwogen beslissing geweest van de werkgroep. De acute traumatische schouderluxatie bevatte reeds 8 modules met klinische knelpunten. De richtlijn zou erg lijvig worden wanneer chronische en atraumatische luxaties er ook in zouden vallen. De werkgroep is van mening dat er voldoende over de laatstgenoemde luxaties te zeggen is om een aparte richtlijn hierover te rechtvaardigen.</p> <p>N.B. op dit moment wordt op initiatief van de NOV de richtlijn 'schouderinstabiliteit' ontwikkeld, waarin de atraumatische schouderluxaties aan bod zullen komen.</p>
NVvR	P6	<p>In module 1 werd eerder gesproken over de beschikbaarheid van CT tijdens ANW-uren. Dit is nu verwijderd en beschreven is nu dat ziekenhuizen daarover zelf onderling afspraken kunnen maken. Dit is positief, maar toch staat die CT-beschikbaarheid in module 8 nog wel opgenomen.</p> <p>Inhoudelijk akkoord met module 1 primaire diagnostiek.</p>	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>In de implementatietabel van module 1 wordt benoemd dat de ANW-beschikbaarheid van een CT-scan mogelijk niet in alle level 3 ziekenhuizen aanwezig is en een mogelijke barrière voor implementatie kan zijn. Hier zullen (met name level 3 ziekenhuizen) echter wel afspraken over gemaakt</p>

			moeten worden. In de organisatie van zorg is er daarom voor gekozen om een aanbeveling te doen dat de beschikbaarheid van CT tijdens ANW-uren geborgd dient te worden.
NOV	Pag 6 module7	Bestaat proprioceptis van de rotator cuff?	Bedankt voor het commentaar. Op pagina 75 in de alinea getiteld 'kracht of coördinatie' wordt proprioceptie van de rotator cuff beschreven met onderbouwende literatuur van Lee (2018) en Ager (2021).
KNGF	P7 (19-20)	Aanbevelingen in Module 7 zijn ook van toepassing op eerstelijnszorg. Suggestie: aanpassen.	Bedankt voor het commentaar. Aangepast in de conceptrichtlijn.
NOV	(NB ook bij aanbeveling aanpassen p77	Dat is meer iets van het lichaam. Beter: ... herstel van proprioceptis en van coördinatie van de rotator cuff. Overigens ter overdenking: het woordenboek spreekt over proprioceptie ipv proprioceptis	Bedankt voor het commentaar. De suggestie om 'proprioceptis' te vervangen door 'proprioceptie' en om 'activiteit van bewegingen en/of' te verwijderen zijn doorgevoerd in de conceptrichtlijn.

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P8 – P21	Verantwoording		
PFN	P18 tabel	“Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht” -> Ook niet voor de patiënt? Fysiotherapie wordt in de basis niet vergoed toch?	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>In de WKKGZ-toetsing wordt getoetst of een kwaliteitsstandaard leidt tot substantiële financiële gevolgen. Het gaat er bijvoorbeeld om of een kwaliteitsstandaard leidt tot substantiële gevolgen door toename van het aantal in te zetten voltijdsequivalenten aan zorgverleners (>5% FTE) of een structurele verhoging van de kwalificaties van de in te zetten zorgverleners. Kosten voor de patiënt vallen niet binnen de financiële raming die in het kader van de WKKGZ wordt uitgevoerd.</p>

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P22 – P28	Module 1: Primaire Diagnostiek		
NOV		De definities van recidiverende luxaties blijven verwarrend, ook in de internationale literatuur. “Atraumatisch” sluit een recidief luxatie als gevolg van een (gering) trauma uit en dat zal niet de bedoeling zijn met deze tekst; daarnaast kan deze term verward worden met de atraumatische vrijwillige luxaties, een geheel andere groep binnen de instabiliteit. Ook het woord “habitueel” is voor meerdere uitleg vatbaar, in de literatuur wordt deze ook wel gebruikt voor de vrijwillige luxaties. Mijn voorkeur zou zijn om in de genoemde definitie atraumatische en habituele te vervangen door “recidiverende” luxaties. Daar vallen dan de onvrijwillige en vrijwillige luxaties onder, waarvoor geen röntgenfoto’s gemaakt hoeven te worden.	Bedankt voor het commentaar. Een habituele schouderluxatie wordt door de werkgroep op een andere manier geïnterpreteerd dan een recidiverende schouderluxatie. Een habituele schouderluxatie valt naar mening van de werkgroep onder de atraumatische schouderluxaties, maar een recidief luxatie kan ook optreden naar aanleiding van een traumatische luxatie en hoeft niet direct habitueel te zijn.
NVvR		Inhoudelijk akkoord met primaire diagnostiek.	Bedankt voor het commentaar en akkoord op module 1.
PFN	P26 r1	Op basis waarvan wordt er een overweging gemaakt? Gaat dit niet veel praktijkvariatie teweegbrengen?	Bedankt voor het commentaar. De overweging om geen conventionele röntgenfoto voor repositie te maken is gebaseerd op meerdere prospectieve cohortstudies uit de literatuur. Deze literatuur staat beschreven in de overwegingen onder het hoofdstuk ‘voor- en nadelen van de interventie en kwaliteit van het bewijs’ en komt daarnaast samengevat terug in de ‘rationale van de aanbeveling’ van de overwegingen. Er is tevens literatuur gevonden om een conventionele röntgenfoto onder specifieke situaties achterwege te laten bij traumatische luxaties, maar omdat deze literatuur beperkt(er) is heeft de werkgroep op basis van expert opinion ervoor gekozen om niet aan te bevelen om een conventionele röntgenfoto achterwege te laten bij traumatische luxaties.

			<p><i>“Er is met name literatuur voor het achterwege laten van de conventionele röntgenfoto voor repositie. Dit is prospectief in meerdere cohortstudies onderzocht, waarbij redelijke overeenstemming is om conventionele röntgenfoto’s achterwege te laten voor klinisch evidente, recidiverende luxaties. Voor de traumatische luxaties is ook enige literatuur om dit onder specifieke situaties achterwege te laten, echter is de werkgroep van mening dat de literatuur hierover beperkt is en de expertise van de werkgroep dusdanig dat het achterwege laten van röntgenopnamen bij traumatische luxaties niet aanbevolen wordt. Voor de foto’s na repositie lijken er ook aanwijzingen te zijn dat deze in bijzondere situaties (bv. geen fractures, recidiverende luxaties) achterwege gelaten kunnen worden, naar de mening en de expertise van werkgroep is hier vanuit de literatuur echter nog te weinig onderbouwing voor.”</i></p>
PFN	P26, r27	Bepaalt iedereen zelf wat de betekenis van ervaren is, moet dit niet uitgelegd worden?	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>‘Ervaring’ is een subjectieve maat die moeilijk te kwantificeren valt. De werkgroep heeft de aanbeveling aangepast door ‘in ervaren handen’ te vervangen door ‘indien bevoegd en competent’.</p>
PFN	P26, r 32	Hoe besteed je “aandacht” aan het bestaan van een mogelijke posterieure schouderluxatie? Moet dat niet wat duidelijker?	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>De werkgroep heeft er bewust voor gekozen dit niet nader te expliciteren. De diagnostiek rondom posterieure schouderluxaties is uiteindelijk niet geprioriteerd om systematisch uit te werken in de richtlijn. Echter, een posterieure schouderluxatie wordt geregeld gemist. Met de richtlijn en met deze aanbeveling wordt beoogd om richting te geven en bepaalde zaken onder de aandacht te brengen.</p>

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P29 – P37	Module 2: Prognostische factoren		
NOV	P 36	Regel 5 begint met een punt.	Bedankt voor het commentaar. Het commentaar is verwerkt in de conceptrichtlijn.
PFN	P37, r39	Moet niet elke patiënt meer informatie krijgen over stabiliserende chirurgie? Ook al valt deze persoon buiten de leeftijdscategorie?	Bedankt voor het commentaar. In module 2 komen een leeftijd jonger dan 40 jaar, het hebben van het mannelijk geslacht en/of het hebben van significant botverlies uit de literatuur naar voren als mogelijk geassocieerde factoren voor een verhoogde kans op een recidief luxatie. In module 5 (operatieve behandeling) wordt geen overtuigend bewijs gevonden dat een operatieve interventie tot betere uitkomsten leidt dan een niet-operatieve behandeling, behalve voor de kans op een recidief luxatie in studiepopulaties met een leeftijdsrange van 22-27 jaar. Op basis hiervan kan het zinvol zijn om patiënten, waarbij één of meerdere risicofactoren aanwezig zijn, te informeren over de voordelen van een operatieve interventie. Er is echter geen duidelijk bewijs dat een operatieve interventie tot betere PROMS en andere uitkomsten leidt. Iedere patiënt informeren over stabiliserende chirurgie, waarbij dat niet direct nodig wordt geacht, na een eerste luxatie zou kunnen resulteren in overbehandeling en niet bijdragen aan doelmatigheid van zorg.

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P38 – P50	Module 3: Repositietechnieken		
PFN	P51, r6	De opties bespreken met patiënt en daarbij meegeven waar de arts/zorgverlener succesvolle ervaring mee heeft.	Bedankt voor het commentaar. De suggestie is toegevoegd aan de aanbeveling.

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P51 – P53	Module 4: Pijnstilling bij repositie		
PFN	P55, r 21	In module 3 staat de aanbeveling te kiezen voor een reductietechniek waar succesvolle ervaring mee is. Hier wordt gesproken over een gunstig pijnprofiel. Zal erg samenhangen, maar misschien kiezen voor dezelfde bewoording? En toevoegen dat de keuzes samen met de patiënt worden gemaakt.	Bedankt voor het commentaar. De suggestie is toegevoegd aan de aanbeveling.

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P57 – P70	Module 5: Operatieve behandeling		
NOV		In de lange termijn studie van Hovelius is de kans op recidief luxatie tussen 34-40 jaar slechts 20%, onder de 25 jaar is de recidiefkans slechts 40%. Het lijkt me reëler om bij dit advies een grens van 25 jaar aan te nemen.	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>De geïnccludeerde studies in module 5 (operatieve behandeling) includeerden voornamelijk patiënten met een leeftijd variërend van 22 tot 27 jaar. Hierdoor lijkt het erop dat patiënten met een leeftijd jonger dan 27 jaar gebaat zijn met een operatieve behandeling. Voor patiënten ouder dan 27 werd geen literatuur gevonden. Echter, uit meerdere studies in module 2 (prognostische factoren) kwam een leeftijd jonger dan 40 jaar naar voren als mogelijk geassocieerd met een verhoogde kans op een recidief luxatie. Er is geen literatuur gevonden in module 2, waarin specifiek een leeftijd jonger dan 25 jaar als afkappunt werd onderzocht. Op basis van de literatuur die wel beschikbaar is, in combinatie met de klinische expertise van de werkgroep, is ervoor gekozen om een operatieve interventie te overwegen bij een afkappunt van een leeftijd jonger dan 40 jaar.</p>
KNGF	P67 (4-5)	Zie module fysiotherapie congruent maken met echte benaming kop. Suggestie: aanpassen naar Module Fysiotherapeutische behandeling (geldt overigens ook voor P71 (36-37)).	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>Het commentaar is verwerkt in de conceptrichtlijn.</p>

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P67 – P72	Module 6: Immobilisatie		
PFN	P75, r 2	Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van de medicatie, ook t.o.v. het revalidatietraject	Bedankt voor het commentaar. Het commentaar is verwerkt in de conceptrichtlijn.

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P73 – P79	Module 7: Fysiotherapeutische behandeling		
KNGF	Algemeen	In de inleiding en overwegingen lijkt er geschreven te worden vanuit aannames. Wees scherp op het benoemen of het wetenschappelijk is of expert opinion is. Hieronder wordt het specifiek per zin benoemd. Suggestie: consistent doorvoeren van verwijzing/benoemen literatuur of expert opinion/werkgroep.	Bedankt voor het commentaar. De werkgroep kan zich vinden in het commentaar. Er is in de conceptrichtlijn expliciet aangegeven wanneer uitspraken gebaseerd zijn op expert opinion.
KNGF	Algemeen	Mogelijk kan de studie van Kavaja (2018) nog als referentie dienen voor het inleidende stukje tekst? Kan de RCT van Warby (2018) “Comparison of 2 Exercise Rehabilitation Programs for Multidirectional Instability of the Glenohumeral Joint: A Randomized Controlled Trial” nog iets toevoegen?	Bedankt voor het commentaar. Het artikel van Warby (2018) richt zich op multidirectionele instabiliteit en past daarom niet binnen de scope van deze richtlijn. De studie van Kavaja (2018) is toegevoegd aan het einde van de inleiding, dank voor de toevoeging. De referentie is tevens toegevoegd aan de literatuurlijst.
KNGF	Pag 78 (10)	In de paragraaf inleiding worden diverse statements gemaakt zoals: “Er wordt een wisselend beleid gevoerd”. Is dit gebaseerd om literatuur? Wat is de achtergrond/onderbouwing van deze statements?	Bedankt voor het commentaar. Dit is op basis van expert opinion en is verduidelijkt in de conceptrichtlijn.
KNGF	Pag 78 (10)	De inleiding sluit niet volledig aan bij de PICO. In de inleiding worden 2 topics benoemd namelijk; welke FT beleid moet er gevoerd worden EN welke patiënten risico lopen op dergelijk posttraumatisch functieverlies en wie er wel of niet fysiotherapeutische begeleiding behoeft. De PICO sluit alleen aan bij het eerste item. Het benoemen van dat risico en wie wel/niet baat heeft bij FT heeft dan geen functie want wordt niet verder onderzocht.	Bedankt voor het commentaar. Het tweede knelpunt is uit de inleiding van de conceptrichtlijn verwijderd.
KNGF	Pag 78 (35)	Waarop zijn de criteria voor een MCID gebaseerd? Suggestie: verwijzing/benoemen literatuur of expert opinion.	Bedankt voor het commentaar.

			De grenzen voor klinische relevantie zijn gebaseerd op de grenzen die vanuit de GRADE worden gehanteerd, indien er geen MCID's uit de literatuur beschikbaar zijn.
VRA	80: 30	Ten aanzien van de overwegingen FT: uitgaand van een primaire anterieure luxatie: ik mis hierin de overweging (!) dat de fysiotherapeut liftend tapen kan toepassen om de oorspronkelijke anatomie zo goed mogelijk te herstellen, om op die manier dysfunctionele en klachten onderhoudende rek op structuren (weke delen, zenuwen, bloedvaten) in stand te houden (door uithangen van de arm door gewicht van de arm), waarbij juist streven naar zo snel mogelijk herstel van oorspronkelijke anatomie en daarmee passende mate van rek gewenst is. De reminderfunctie voor voorkomen van ongewenste overbelasting in de vroege fase (en daarmee kans op recidief luxatie) is een bijkomende winst. Bij niet geopereerde schouders waarbij klachten (van subluxatie) persisteren na een primaire luxatie is dit helemaal te overwegen, aangezien een liftende schouderorthese (zoals Roessingh Omo Support; zie: A newly designed shoulder orthosis for patients with glenohumeral subluxation: a clinical evaluation study Willemijn R.G et al., prosthesis and orthotics international) de klachten kan reduceren en operatief ingrijpen kan worden voorkomen.	Bedankt voor het commentaar. Het effect van (liftend) tapen is niet geprioriteerd om middels een systematische literatuuranalyse uit te werken in deze richtlijn. Hierdoor is het onduidelijk of tapen een meerwaarde heeft bij patiënten met een acute, primaire schouderluxatie en daarom door de werkgroep niet beschreven in de richtlijn.
KNGF	Pag 79 (35)	Waarop is de tekst m.b.t. een traumamechanisme gebaseerd? Suggestie: verwijzing/benoemen literatuur of expert opinion. Traumamechanisme is 1 woord. Suggestie: wijzigen.	Bedankt voor het commentaar. De tekst m.b.t. een traumamechanisme is gebaseerd op expert opinion. Dit is verduidelijkt in de conceptrichtlijn.
NOV	P 79 regel 36	Met passieve structuren worden waarschijnlijk het labrum en kapsel bedoeld. Bij een luxatie is er altijd letsel van structuren, tenzij er sprake is van hypermobiliteit.	Bedankt voor het commentaar. De verduidelijking van de passieve structuren is aan de conceptrichtlijn toegevoegd.

NOV		Het onderscheid tussen beide in de paragraaf benoemde traumamechanismen begrijp ik niet. In beide is het mechanisme hetzelfde, alleen is er verschil tussen de intensiteit van de uitlokkende beweging (val vs. geforceerde beweging). Is het niet beter om het mechanisme te benoemen en te stellen dan de schade aan labrum en kapsel (labrumkapselcomplex) afhankelijk is van de intensiteit van het doorgemaakte trauma?	Bedankt voor het commentaar. Het verschil in de twee luxatiemechanismen is inderdaad dat de ene het gevolg is van een extern impact en de ander niet. Hierin wordt gepoogd te omschrijven dat wanneer er sprake is van een externe impact de kans op weefselschade groter is dan wanneer dit zonder externe impact gebeurt.
KNGF	Pag 80 (5-25)	Is deze voorgestelde werkwijze de visie van de werkgroep? Suggestie: verwijzing/benoemen literatuur of expert opinion.	Bedankt voor het commentaar. In de conceptrichtlijn is verduidelijkt dat de indicatie voor fysiotherapeutische begeleiding is gebaseerd op expert opinion.
NOV	p75 r18 en later aanbeveling 2 P82	De afspraken na repositie: er wordt geadviseerd controle na 1 week (evt. telefonisch/digitaal). Echter op p83 r4 wordt geadviseerd controle na 6 weken. Graag uw aandacht voor deze discrepantie.	Bedankt voor het commentaar en de scherpe blik. Het commentaar is verwerkt in de conceptrichtlijn op pagina 82.
KNGF	Pag 80 (44)	Er wordt beschreven dat de kans op neurologische schade groot is? Er wordt echter niet beschreven hoe groot is die kans? Ik ben benieuwd of die kans echt zo groot is als nu gesteld wordt.	Bedankt voor het commentaar. Citaat uit artikel Visser (1999): <i>"We have investigated the incidence and the clinical consequences of nerve lesions in a prospective study by clinical and electrophysiological examination. Axonal loss was seen in 48% of 77 patients. The axillary nerve was most frequently involved (42%)."</i> De resultaten uit Visser zijn toegevoegd aan de conceptrichtlijn.
KNGF	Pag 81 (5)	Er wordt verwezen naar Olds (2020) aangaande Kinesiofobie na een FTASD. Hierbij wordt beschreven dat	Bedankt voor het commentaar.

		de kinesiofobie verhoogd aanwezig is. Suggestie: benoemen of dit betrekking heeft op kort- of lange termijn. De mate van Kinesiofobie in de studie van Olds lijkt ook beperkt te zijn.	Het citaat en betreffende tekst zijn aangepast naar een andere verwoording, gebaseerd op de publicatie van Olds (2019) en gespecificeerd naar de benoemde 12 maanden follow-up uit Olds (2020).
KNGF	Pag 81 (4)	Er wordt verwezen naar v Iersel (2022). Die studie ontbreekt in de literatuurlijst. Suggestie: toevoegen aan de literatuurlijst.	Bedankt voor het commentaar. De referentie is toegevoegd aan de literatuurlijst.
KNGF	Pag 76 (10)	Hier ook de vraag of deze tekst gebaseerd is op literatuur of persoonlijke mening/visie (of die van de werkgroep). Suggestie: verwijzing/benoemen literatuur of expert opinion.	Bedankt voor het commentaar. In de conceptrichtlijn is verduidelijkt dat deze tekst is gebaseerd op expert opinion.
KNGF	Pag 81 (25)	In dit deel lijkt men te lezen dat de begeleiding die de patiënt nodig heeft gekoppeld wordt aan bewegingsangst. Er zouden meerdere redenen kunnen zijn waarop de frequentie/intensiteit van begeleiding/behandeling bepaald zou worden. Suggestie: Benoemen van meerdere aspecten die invloed hebben op behandel frequentie en intensiteit. Bv sporter met high demand (en geen kinesiofobie), de persoonlijke voorkeur van de patiënt, de hulpvraag, coping en andere mogelijk aanwezige negatief prognostische factoren.	Bedankt voor het commentaar. De benoemde suggestie is verwerkt in de conceptrichtlijn.
KNGF	Pag 81 (25-40)	In dit deel wordt terecht gesproken over het leveren van Passende Zorg door inzet van andere zorgdomeinen. Wees daarbij kritisch op het 'aanbevelen' van meer consumeren van zorg. Suggestie: Maak de tekst compleet door waardegedreven zorg in ogenschouw te nemen waarbij niet behandelen ook een optie is. Dus in samenspraak met de patiënt waarbij de zorg waarde moet toevoegen aan de gezondheid van de patiënt met proportionele inzet van zorg. Dit geldt overigens voor de gehele richtlijn.	Bedankt voor het commentaar. De richtlijn beoogt niet te eisen dat iedere patiënt begeleid moet worden door een fysiotherapeut. Dit is toegevoegd aan de conceptrichtlijn.
KNGF	Pag 82 (55)	Deze paragraaf komt ook een beetje uit de lucht vallen. Is overigens wel van belang om te benoemen.	Bedankt voor het commentaar.

		Suggestie: andere prominentere plek of subkopje van maken.	Er is een subkopje gemaakt van deze paragraaf.
KNGF	Pag 80 (13)	Verwijzing naar Auger (2021). Deze studie ontbreekt in de lit lijst. Suggestie: toevoegen aan de literatuurlijst.	Bedankt voor het commentaar. De referentie is toegevoegd aan de literatuurlijst.
PFN	P82, r 23	Bespreek plan/opbouw/doelen met de patiënt.	Bedankt voor het commentaar. De aanbeveling is toegevoegd aan de conceptrichtlijn.
KNGF	Pag 82(36)	Aanbeveling 2. Advies om na een week een controle bij specialist te plannen. Zou het niet logischer zijn om "bij vermoeden op afwijkend beloop" dit in te plannen ipv bij voorkeur? Dit kan mogelijk ook uitgebreider onderbouwd worden. Mogelijk kan de studie van Gutkowska (2020) hierin nog een toevoeging zijn? Hoe groot is de kans op een afwijkend beloop waardoor bovenstaande gerechtvaardigd wordt. Eerder wordt aangeven dat ehealth kan leiden tot kostenreductie. Goed punt maar hier lijkt de werkgroep mogelijk meer kosten te maken dan nodig is?	Bedankt voor het commentaar. De aanbeveling is aangepast. De aanbeveling luidt om bij een onvoldoende vorderend beloop (veelal door de fysiotherapeut geconstateerd) een extra consult bij een orthoeped of traumachirurg met affiniteit met schouderluxaties in te plannen. De werkgroep is echter van mening dat een controle consult na een week na een primaire anterieure schouderluxaties, ter educatie (prognose, nadelen (te) lange immobilisatieduur, alarmsymptomen, afweging fysiotherapie) en om te beoordelen of chirurgische stabilisatie mogelijk geïndiceerd is, van meerwaarde kan zijn. Hierover is een aparte aanbeveling toegevoegd in de module 'organisatie van zorg'.
PFN	P82, r33	Mogelijkheid tot e-consult of telefonisch benoemen, indien men enkel de aanbeveling leest. (Is vaak zo, schijnt).	Bedankt voor het commentaar. Tekstueel gewijzigd.
PFN	P83, r13	Overweging maken in samenspraak met de patiënt.	Bedankt voor het commentaar. De suggestie is toegevoegd aan de aanbeveling.

KNGF	Pag 79 (12, tabel)	Ik neem aan dat het KNGF ook verantwoordelijkheid draagt voor de implementatie, ervan uitgaande dat we overgaan tot autorisatie? Geldt overigens ook voor P 84	Bedankt voor het commentaar. Het KNGF is toegevoegd aan de implementatietabel als verantwoordelijke voor acties.
------	--------------------	---	---

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P80 – P85	Module 8: Organisatie van zorg		
NVvR	P88 en P90	<p>In module 8 organisatie van zorg staat nog steeds dat de CT-beschikbaarheid geborgd moet worden tijdens ANW-uren. Dit zou in kleinere ziekenhuis logistieke consequenties kunnen hebben, graag duidelijk vermelden bij de aanbevelingen dat hier goede multidisciplinaire afspraken op lokaal/regionaal niveau overgemaakt dienen te worden. Het bestuur staat overigens achter de beschikbaarheid van de CT-scan bij diagnostische dilemma's in deze patiëntengroep, gezien de directe behandelconsequenties.</p>	<p>Dank voor uw respons op de aanbevelingen van de richtlijn 'acute primaire schouderluxaties'.</p> <p>Voor wat betreft uw opmerking aangaande de CT-beschikbaarheid in de ANW-uren, begrijpen wij dat er een zorg bij u ligt aangaande de laagdrempeligheid waarmee deze aangevraagd zou kunnen worden en wat dit voor met name de kleinere ziekenhuizen zou kunnen betekenen.</p> <p>Wij onderschrijven de noodzaak om een CT-scan in de dienst alleen dan aan te vragen als die ook daadwerkelijk voor dat moment klinische consequenties heeft. Dat is ook in dit geval uitdrukkelijk de bedoeling. Het gaat er puur en alleen om dat indien er twijfel is over een mogelijke (posterieure) luxatie er zekerheid kan worden verkregen doormiddel van een CT-scan. Aangezien posterieure luxaties veel minder vaak voorkomen dan anterieure en dat het met name die posterieure luxaties zijn die nog wel eens voor twijfel kunnen zorgen, denken wij dat het aantal aangevraagde CT's bij schouderluxaties in de dienst gering zal zijn. Daarnaast willen wij u erop wijzen dat in veel klinieken de afspraak bestaat dat voor een dergelijke skelet CT in de ANW-uren de aanvragend arts met achterwacht zelf in staat zou moeten zijn om deze op de betreffende vraagstelling van een luxatie wel/niet te kunnen beoordelen. Alleen bij twijfel van de aanvrager zou u dan mogelijk gebeld worden om mee te kijken.</p> <p>Hopend u hiermee een voldoende antwoord te hebben gegeven op uw aanmerking.</p>

PFN	P88, r23	Is het dan, bij een goed opgezet zorgpad, ook al duidelijk welke zorgverlener je komt behandelen en wie je eventueel vooraf nog vragen kan stellen?	Bedankt voor het commentaar. Bij een goed opgezet zorgpad is het duidelijk welk type zorgverlener welk stukje van de behandeling op zich neemt, wie voor het geheel verantwoordelijk is en tot wie de patiënt zich kan richten bij welke vraag.
NOV	P 88	Op p88 staat een mooie alinea over conflicterende doelstellingen (r23/24) en dat het daarom zo belangrijk is te coachen. Ondanks het ontbreken van wetenschappelijk bewijs wordt daarom fysiotherapie geadviseerd. Daar ben ik het mee eens, ik denk dat de rol van de fysiotherapeut in eerste instantie coachend/onderwijzend is. Echter die mis ik bij de aanbevelingen in module 7. Is daar nog plaats voor?	Bedankt voor het commentaar. De coachende rol van de fysiotherapeut valt binnen de competenties van de fysiotherapeut en staat in de overwegingen van module 8 beschreven.
PFN	P88, r4	Communiqueert de zorgpad-coördinator ook naar de patiënt toe?	Bedankt voor het commentaar. De zorgpad-coördinator heeft een overzichtrol in het afstemmen en aanpassen van het zorgpad. Overigens zal in de praktijk de zorgpad-coördinator vaak iemand zijn die ook een deel van het zorgtraject voor zijn/haar hoede neemt vanuit zijn specialisme (bv SEH arts-KNMG).
PFN	P 89, r10	Aan fysiotherapie zitten ook kosten verbonden. Met de patiënt bespreken of dit in zijn/haar zorgpad past.	Bedankt voor het commentaar. De suggestie is toegevoegd aan de aanbeveling.
PFN	P90, r45	Is dit niet te vrijblijvend geformuleerd? Zeker ook gezien de tekst bij "kosten". Dubbelconsultaties voor patiënt in elk geval vervelend: dubbel verhaal vertellen, extra tijd kwijt, investering in reizen naar behandelaar etc.	Bedankt voor het commentaar. Het is de bedoeling dat dubbelconsultaties juist worden voorkómen bij het inrichten van een zorgpad. Alles is dan op elkaar afgestemd.

NOV	P 90 regel 25	<p>Bij de aanbevelingen op p90 staat dat de follow-up niet past in een 'direct ontslag' e-health programma. Daar ben ik het mee eens. Echter ik mis de stap naar deze conclusie op p83 r28-37 waarin wel melding wordt gemaakt van deze vorm van nazorg, maar geen mening met onderbouwing in de alinea wordt vermeld.</p> <p>Ik mis in deze module de discussie over de vraag in hoeverre fysiotherapie een recidief kan voorkomen (quod non). Met name is dit van belang in de voorlichting naar de patiënt.</p>	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>Uit het beschreven zorgpad blijkt wel dat een direct ontslag e-health programma hier niet in past getuige de controle afspraken die hierin zijn opgenomen.</p> <p>De aanbeveling om fysiotherapie te starten is gebaseerd op de vroegdetectie van kinesiofobie, persisterende instabiliteit en rotatorcuffletsels enerzijds en ter maximaal snelle revalidatie anderzijds. De vraag in hoeverre fysiotherapie een recidief luxatie kan voorkomen is niet systematische onderzocht en daarom niet beschreven in de richtlijn.</p>
PFN	P90 r25	<p>"Stem in elk geval met ..." De patiënt kan toegevoegd worden aan de opsomming.</p>	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>Het zorgpad is hetgeen lokaal in een ziekenhuis door de zorgverleners wordt afgestemd en daarin wordt vastgelegd wat gezien wordt als 'goede zorg'. Hierbij kan de patiënt niet betrokken worden.</p>
PFN	P90, r25	<p>"Affiniteit" dit is een vaag begrip. Moet dit duidelijker omschreven worden</p>	<p>Bedankt voor het commentaar.</p> <p>'Affiniteit' is een bewust gekozen begrip. 'Gespecialiseerd in' legt zowel traumachirurgen als orthopeden direct een volgens de werkgroep een onwenselijke en wellicht onhaalbare lat op. Bovendien sluiten we daarmee traumachirurgen en orthopeden uit die naar mening van de werkgroep prima met deze richtlijn en hun interesse in schouderluxaties aan boord deze herbeoordelingen goed kunnen doen.</p>

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P86	Bijlage 1: Kennislacunes		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P87- P93	Bijlage 2: Schriftelijke knelpuntenanalyse		

BIJLAGEN bij conceptrichtlijn schouderluxaties

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P4	Bijlage Module 1: Primaire Diagnostiek		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P5 – P13	Bijlage Module 2: Prognostische factoren		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P14 – P21	Bijlage Module 3: Repositietechnieken		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P22 – P24	Bijlage Module 4: Pijnstilling bij repositie		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P25 – P39	Bijlage Module 5: Operatieve behandeling		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P40 – P44	Bijlage Module 6: Immobilisatie		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P45 – P48	Bijlage Module 7: Fysiotherapeutische behandeling		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P49	Bijlage Module 8: Organisatie van zorg		

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
	Overig commentaar		
ZN		<p>Onze dank voor de Uitnodiging om deel te nemen aan de commentaarfase conceptringlijn schouderluxaties. Helaas is dit onderwerp te specialistisch om als brancheorganisatie van zorgverzekeraars een nuttige bijdrage te leveren.</p> <p>Uitkomst Wij vernemen t.z.t. wel graag de uitkomst van deze commentaarfase.</p>	Bedankt voor de reactie.
IGJ		Vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zal er geen input worden gegeven.	Bedankt voor de reactie.
ZINL		<p>Vanuit Zorginstituut Nederland zullen wij geen commentaar geven. Het onderwerp heeft op het moment geen raakvlakken met onze activiteiten.</p> <p>Zorginstituut Nederland ziet graag dat de richtlijn wordt aangeboden voor opname in <u>het Register</u>, een digitaal overzicht van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten (hierna: kwaliteitsinstrumenten) dat voor iedereen toegankelijk en kosteloos te gebruiken is.</p> <p>Voor vragen of opmerkingen over het Toetsingskader en de bijbehorende documenten en ontwikkeltools kunt u contact met ons opnemen via Register@zinl.nl.</p>	Bedankt voor de reactie.
NIP		<p>Hartelijk dank voor de uitnodiging voor de commentaarfase van de conceptringlijn schouderluxaties.</p> <p>Het onderwerp van deze richtlijn is niet relevant genoeg voor de psychologische beroepsgroep, het betreft een</p>	Bedankt voor de reactie.

		aanpalend vakgebied. Daarom zullen we op deze richtlijn geen commentaar leveren vanuit het NIP en hoeven we ook voor het vervolg van deze richtlijnontwikkeling niet benaderd te worden.	
V&VN		Hartelijk dank voor de uitnodiging voor de uitnodiging commentaarfase conceptrichtlijn schouderluxaties. Vanuit de leden van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen zijn geen aandachtspunten c.q. knelpunten aangedragen. Wel stellen wij het op prijs in de toekomst bij de conceptrichtlijn betrokken te blijven.	Bedankt voor de reactie.
NVvH		Vanuit de NVvH is geen commentaar gekomen.	
NOV	Algemeen	Een filosofische discussie in deze tijdsgeschiedenis, mede omdat de richtlijn mogelijk weer 15 jaar mee zal gaan: In de richtlijn wordt regelmatig gesproken van man/mannelijk geslacht. Om discussies te voorkomen misschien nuanceren? Zoiets als: geboren mannelijk geslacht. Een gedachtenspinsel, misschien niets meedoen. Complimenten voor de richtlijn!	Bedankt voor de reactie en de complimenten.
V&VN		Wij hebben dit verzoek uitgezet bij de relevante afdelingen, maar hier geen commentaar op ontvangen. Wij wensen jullie veel succes met het verwerken van de ontvangen commentaren.	Bedankt voor de reactie.
NAPA		Bedankt voor uw uitnodiging voor deze commentaarfase. Vanuit onze achterban is er geen commentaar aangeleverd op deze conceptrichtlijn.	Bedankt voor de reactie.

<p>NVZ</p>		<ul style="list-style-type: none"> • In het IZA wordt aangegeven dat passende zorg en ontregel de zorg onderdeel zijn van alle bestaande en nieuwe richtlijnen; gelieve hiermee rekening te houden. • De kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dient <u>organisatorisch, juridisch én financieel uitvoerbaar</u> te zijn. <ul style="list-style-type: none"> ○ Voor de verschillende soorten organisaties voor medisch specialistische zorg: algemene, categorale en topklinische ziekenhuizen en voor revalidatie-instellingen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Zonder ingrijpende consequenties</u> op deze gebieden. • In de <u>samenvatting</u> van de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dient het onderdeel organisatie van zorg terug te komen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Het is daarbij van belang om <u>inzicht te geven in het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie</u>. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Met als doel de impact van de aanbevelingen op organisatorische, juridische en financiële aspecten te kunnen beoordelen. • Een <u>implementatieplan</u> met inzicht in de financiële, juridische en organisatorische consequenties is noodzakelijk om de impact van de aanbevelingen te beoordelen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bij eventuele consequenties en/of knelpunten op het gebied van implementatie en naleving van de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dienen aspecten zoals kosten, veranderde inzet 	<p>Bedankt voor de reactie.</p> <p>In de implementatietabel heeft de werkgroep per aanbeveling aangegeven wat de mogelijke effecten zijn op de kosten. In zijn algemeenheid, zullen de aanbevelingen geen substantiële financiële of organisatorische gevolgen hebben voor ziekenhuizen.</p>
------------	--	---	--

		<p>van FTE, IT zaken of anderszins <u>concreet</u> te worden uitgewerkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tevens dient de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument rekening te houden met het <u>verminderen van regeldruk/administratieve lasten</u>, met de evaluatie van de huidige zorg en eventuele aangrenzende richtlijnen/kwaliteitsdocumenten. • Ook dient <u>de governance-afspraken 2019</u> (FMS/NFU/NVZ) te worden nagegaan om te beoordelen in welke categorie van <u>haalbaarheid voor de uitvoering</u> van de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument in de praktijk valt: <ul style="list-style-type: none"> ○ categorie 1 (geen impact), 2 (twijfel) of 3 (grote impact). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afhankelijk van de categorie dient eventueel een BIA te worden uitgevoerd. <ul style="list-style-type: none"> • Met als doel dat alle soorten organisaties voor medisch specialistische zorg de richtlijn uiteindelijk kunnen uitvoeren in de praktijk, <u>zodra daar toezicht op wordt gehouden</u>. <p>De NVZ wordt graag betrokken bij het vervolg en verzoeken u daarbij -indien van toepassing- een overzicht te verstrekken van de verschillen tussen de huidige en de nieuwe situatie om de impact beter te kunnen inschatten.</p>	
NVSHA		Vanuit de leden is geen commentaar gekomen op deze richtlijn. Ik zie het verzoek voor autorisatie tegemoet.	Bedankt voor de reactie.

NHG		Er is direct naar de richtlijn gekeken en aangegeven dat er vanuit het NHG geen commentaar is op de inhoud.	Bedankt voor de reactie.
-----	--	---	--------------------------