Reacties op commentaar conceptteksten Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Radiologische Diagnostiek (jan 2021)

Afzender	**H1 Inleiding (P4 – P5))**		**Aangepast ja/nee**	**reden**
NVvR		Algemeen Veel tekst is een herhaling (van de vorige zin), maar dan net wat anders geformuleerd. Komt de leesbaarheid (en dus de uitvoerbaarheid) niet ten goede.	Ja	Tekst wordt geredigeerd door Neerlandicus (redacteur NHG).
FMCC	4; 139	Het is niet duidelijk gemaakt waarom voor deze klachten is gekozen. Er zijn nog meer indicaties voor beeldvorming, die in de betreffende NHG standaarden worden aanbevolen. Uiteraard zijn de uitgewerkte klachten het meest voorkomend, maar een verantwoording lijkt op zijn plaats.	ja	Aangepast.
NVvR	123	… gepresenteerd, zodat op basis daarvan op regionaal niveau door de betrokken beroepsgroepen, radiologen en huisartsen, werkafspraken kunnen worden gemaakt.	Ja	Aangepast
NVvR	183 ev	(door)verwijzen voor radiologische diagnostiek is een foutieve samentrekking van verwijzen naar radiologie voor (beeldvormend) onderzoek (van Dale)	Ja	Aangepast.
NVvR	164	Priori kans = a priori kans	Ja	Aangepast.
NVvR	197 en 272	PM! Wet cliëntenrechten regelt recht op (online) inzage in medische gegevens. Voor de radiologie is dit niet alleen het verslag (de interpretatie), maar ook de beelden!		Aangepast.
NHG	Pag 4, regel 129-139	Ik zou de tekst omgooien ter verduidelijking: De keuze voor de radiologische diagnostiek in dit document is gebaseerd op voorkomende knelpunten en discussie bij verwijzingen in de praktijk, de beschikbaarheid van eerstelijns en tweedelijns richtlijnen en het volume van het onderzoek in de praktijk. Op basis van aanvraaggegevens uit de ziekenhuizen en diagnostische centra van leden uit de werkgroep kan worden gesteld dat de geselecteerde onderwerpen samen ongeveer de helft van alle verwijzingen voor radiologische diagnostiek vanuit de huisartsenpraktijk betreffen. In dit	Ja	Aangepast. Knelpunten blijft staan, want is een belangrijk uitgangspunt voor de LESA.

		document worden aanbevelingen voor indicatiestelling en verwijzing naar de afdeling radiologie besproken bij klachten van abdomen, weke delen zwellingen, schouder, thorax, LWK en knie. Aan de hand van beschikbare richtlijnaanbevelingen, ~~knelpunten~~ en input vanuit de praktijk zijn door de werkgroep aanbevelingen en consensusafspraken opgesteld voor de inzet van radiologisch onderzoek bij verschillende vraagstellingen of klachten en symptomen.		
NHG	Pag 4, regel 140	'en geen indicaties' weglaten? Als je de indicaties beschrijft, dan volgt daaruit wat geen indicatie is. Zoals het er nu staat roept het vragen op.	Ja	Toegelicht onder uitgangspunten
NHG	Pag 5, regel 165	Test performance --> Nederlandse vertaling? Testeigenschappen.	Ja	Aangepast.
NHG	H1-3	Algemeen: actief taalgebruik waar mogelijk (want je wil het eenvoudig kunnen omzetten naar lokaal product)	Ja	Aangepast.
NHG		'*Samenwerkingsafspraken zijn gericht op huisartsen als aanvragers en radiologen als beoordelaars van beeldvormend onderzoek t.b.v. de eerstelijn. Andere partijen die bijvoorbeeld zelfstandig echografie aanbieden worden buiten beschouwing gelaten*.' 1) Kan explicieter vermeldt worden welke instanties binnen/buiten beschouwing worden gelaten of, anders wat met 'zelfstandige echografie' bedoeld wordt? Zoals bijvoorbeeld in 2.2: 'De afdeling radiologie van een ziekenhuis of diagnostisch centrum is verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoek.' 2) 'LESA' verwijst naar eerstelijns samenwerkingsafspraken. Wel vallen ziekenhuizen binnen de scope zover ik begrijp. Waarom is niet voor LTA gekozen?	ja	Aangepast.
NHG		Met de term eerstelijnsrichtlijnen worden de NHG-Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap bedoeld, te raadplegen via https://richtlijnen.nhg.org. Dus je refereert niet naar behandelrichtlijnen of andere NHG producten/eerstelijns producten?		Term '*eerstelijnsrichtlijnen*' vervangen door *'NHG-Standaarden'*.
NHG		Groot document: 87 pagina's, hoe is het gebruik beoogd? Niemand gaat dit geheel lezen, dus nadenken over implementatie en gebruik is noodzakelijk.		Ter kennisgeving aangenomen. Er is een samenvatting van de aanbevelingen beschikbaar

				en het document wordt als losse modules digitaal opgenomen op de NHG website.
NHG	135-137	"helft van de onderzoeken" : maakt vooral nieuwsgierig naar de andere helft. Benoem in 1e hoofdstuk welk onderzoeks-entiteiten wel/niet genoemd worden, eventueel nog specificeren in de inleiding van de betreffende hoofdstukken. Ook eventueel enkele voorbeelden geven van 'niet-indiceerde onderzoeken' zoals bv X-sinus zou mooi zijn om nog eens te benoemen, dat wordt nog steeds gedaan maar niet geïndiceerd.		Aangepast in inleiding en methode
NHG	Pag 5, regel 164	Priori kans, moet wrs A priori kans zijn?		aangepast
NHG	r. 165	Het stuk *"Kennishiaten en vragen over een juiste indicatiestelling of juiste radiologische onderzoeksmodaliteit die niet vanuit bestaande richtlijnteksten kunnen worden beantwoord, <u>zijn verzameld</u> en worden gecommuniceerd met de richtlijnhouders van de verschillende richtlijnen, opdat ze meegenomen kunnen worden in toekomstige revisies (bijlage* 5)." Moest ik 3 keer lezen. Gaat het nog langs Judith? Wellicht herformuleren. Inhoudelijk prima		Tekst wordt geredigeerd door Neerlandicus (redacteur NHG).
NHG	R 180. Par 1.2	*Voor de codering in de huisartsenpraktijk wordt de International Classification of Primary Care 180 (ICPC) gebruikt; een in Nederland geaccepteerde standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. Deze codering wordt ook gebruikt bij verwijzingen voor radiologie en maakt het mogelijk in digitale aanvraagsystemen probleemgeoriënteerd aanvragen van radiologisch onderzoek te ondersteunen. De huisarts kan bij verwijzen direct zien welk onderzoek geïndiceerd* Wordt dat door veel huisartsen gebruikt? Vaak alleen icpc of de e regel toch? Of loop ik achter?	nee	ICPC wordt inderdaad in de e-regel gebruikt (moet, anders "wil" het HIS niet verder). Tekst wordt hier niet gewijzigd.

NHG	r. 189	Doorverwijzing = verwijzing	ja	Ter kennisgeving aangenomen
NVvR		Beste lezer, gefeliciteerd met deze zeer uitvoerige richtlijn, die er heel goed uit lijkt te zien, met veel nuttige informatie. Het zou leuk zijn als dit stuk leidt tot een nog betere samenwerking tussen huisarts en radioloog, en wat de patiënt ten goede komt. Met een drukke werkplek niet alles tot in detail bekeken. Paar algemene opmerkingen.	nvt	bedankt voor het compliment
NVvR		De afgelopen jaren gebruik ik, als ik (doorgaans na conventioneel, echo, of (steeds meer) CT onderzoek, de volgende vuistregels om het (extra) vervolg onderzoek door de huisarts te laten aanvragen (ipv eerst verwijzing naar 2e lijn). Ik heb dit niet heel duidelijk terug kunnen lezen in het stuk, terwijl het in de praktijk wel bijzonder handige regels zijn. 1. **uitsluit diagnostiek**. Bijv. op x-thorax is iets te zien dat heel wel niets belangrijks kan zijn, maar waarbij dat niet helemaal hard te maken is (bijv een vermeende tumor achter de sterno-costale overgang 1). Blanco CT thorax kan dan sterk oplossend vermogend zijn, en iedereen weer gerustgesteld, en patiënt is in de 1e lijn gebleven. Ander voorbeeld: X-thorax met dd reële nodus, maar waarschijnlijk toch ook tepelschaduw: extra x-th met tepelmarkering. 2. **bevestiging nodig van vermoedelijk benigne structuur**, maar niet helemaal zeker, EN waarbij de radioloog een aanvullend onderzoek voor heeft dat zeer waarschijnlijk WEL bevestiging kan geven. Dat extra onderzoek kan wel degelijk OOK een MRI zijn. [Bijvoorbeeld op echo lever steatose met vermoedelijk ook een gebied in de lever met focale non-steatose. MRI lever kan dit feilloos oplossen. Iedereen gerustgesteld, en patiënt blijft in eerste lijn. Ander voorbeeld: Op eerste huisarts echo bij de lever per toeval allerlei kleine spikkeltjes, die heel wel Von Meyenburg complexen kunnen zijn (benigne). MRI lever kan dit perfect bevestigen. Iedereen gerustgesteld, en pt blij[in de eerste lijn. Nog een voorbeeld: bij 1e echo toevalsbevinding in lever: waarschijnlijk hemangioom, maar net niet helemaal typisch. Geen andere bevindingen en pt zonder alarmsymptomen; MRI lever zal dit perfect oplossen. Iedereen gerustgesteld, en pt blijft in eerste lijn. Zelfde voorbeeld als hierboven met klein hypo-echogene laesie in de	ja	Suggestie verwerkt onder kopje Passende aanvullende diagnostiek in H1

		lever…het zal wel cyste zijn, maar zeker is dat door geringe omvang niet, waarbij minder waarschijnlijke dd metastase in het hoofd van de radioloog gewogen wordt. Geen andere bevindingen, geen alarmsymptomen. MRI lever lost het perfect op. Iedereen gerustgesteld, pt blijft in 1e lijn.] Wanneer direct via 2e lijn: -Zieke patiënten -Verdenking urgente diagnose (die toch in 2e lijn hoort) -CRP>100, L> 15 -En ook: A priori kans op “te ingewikkelde radiologie uitslag” , dat is dan inschatting radioloog. Voorbeeld kan zijn op echo lever incidentaloom met benigne karakter met dd FNH/adenoom. Het vervolgonderzoek geeft dat met regelmaat geen 100% eenduidige uitslag, en hoort in 2e lijn.		
NVvR		Tot slot als algemeen punt: Als er puur evidenced base gekeken wordt, zal mogelijk voor veel onderzoek geen bewijs zijn of het nuttig is. Ik denk dat heel goed nagedacht moet worden over de term nuttig, en ook wat dan evidenced based is. Hoe veel evidence is er nu eigenlijk: in de praktijk best weinig. En hoeveel dingen doen we wel niet waar geen evidence voor is, maar dat die ook nooit (in de zin wetenschap) zal komen, omdat bepaalde dingen zich gewoon in de praktijk bewezen hebben. En wordt er voldoende rekening gehouden met zachtere argumenten. We leven nu eenmaal in een Westerse beschaving, en mensen kunnen zicht bij wijze van spreken al beter voelen als de X-BOZ geen gekke dingen laat zien. En over de X-BOZ iets anders. Nadat de X-BOZ op de SEH officieel obsoleet is verklaard is het aantal echo abdomens via de SEH ge-explodeerd in aantallen. Die worden nu min of meer als laboratorium aanvraag aangevinkt met indicaties van een heel leerboek. Toen de X-BOZ nog mocht, werden die gemaakt bij mensen (een significant aantal) waar de dokter eigenlijk wel wist dat er niets aan de hand is. Door een X-BOZ te maken had iedereen het idee, gelukkig er gebeurt iets, en ging daarna gelukkig huiswaarts. Wat ik maar wil zeggen: ben heel voorzichtig om al het conventioneel onderzoek zo maar obsoleet te verklaren.		Opmerking verwerkt onder uitgangspunten in H1: *daar waar geen evidence beschikbaar was, zijn aanbevelingen in deze LESA gebaseerd op consensus binnen de werkgroep* Zin verwijderd: *Geadviseerd wordt niet af te wijken van deze aanbevelingen*.

		Suggestie: schrijf het zo op dat er ruimte blijft deze diagnostiek nog aan te vragen.		

Afzender	**H2 Samenwerking (P6 – P9)**		**Aangepast ja/nee**	**reden**
NHG	215	Is bij samenwerking duidelijk wat bedoeld wordt met indicatie? Dwz het verschil met vraagstelling en diagnose?	Ja	Aangepast onder uitgangspunten
NVvR	Gehele hoofdstuk	Er mag dwingender in de tekst staan dat een huisarts via een "direct telefoonnummer" bereikbaar moeten zijn (dus verplicht in aanvraag). Er gaat veel tijd verloren met een heel telefoonbandje afluisteren…). Vergelijkbaar: staat moet in het verslag staan hoe de huisarts de beoordelend radioloog snel kan bereiken.	Ja	Aangepast onder punten voor regionaal overleg.
NVvR	210	Compleet beeldvormend onderzoek. korte herhaling van definitie in H1 op r 170.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen.
NVvR	215	… dat zij bij het aanvragen van radiologische diagnostiek relevante informatie vermelden betreffende anamnese, voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek, ander aanvullend onderzoek (bv laboratorium), vergezeld van een vermoedelijke/voorlopige diagnose, een duidelijke indicatie en een gerichte vraag(stelling). Maar al te vaak is de verstrekte informatie een copy-paste van de SOEP.	Ja	Aangepast
NHG	Rg 220	'Klinische gegevens: bevindingen van lichamelijk onderzoek' Hoort hier niet ook eventueel bekend aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld eerder gemaakt relevant beeldvormend onderzoek) bij?	Ja	Aangepast
NVvR	215	1 "Aanvraag" kan bij "klinische gegevens" beter het totaal van al verzamelde informatie worden verstaan. Alleen anamnese en lichamelijk onderzoek dekt de lading niet; ook beschikbaar lab, echo elders, etc. etc. horen hier bij. "Klinische gegevens" moet ook een verplicht veld zijn.	Ja	aangepast

NVvR	233	Verplichte invul-opties bij een aanvraag hebben doorgaans weinig zin. Er kan vaak eenvoudig omheen gewerkt worden (een spatie of punt is al voldoende om aan 'de verplichting' te voldoen.	Ja	Toegevoegd als bespreekpunt voor regionaal overleg.
NVvR	237	Vaak is ook de HA niet duidelijk over het gewenste vervolgtraject ('geen vervolgafspraak gemaakt'). Dus ook dat zou de HA in de aanvraag moeten aangeven.	Ja	Akkoord, staat zo in de tekst
NVvR	247	24/7 beschikbaarheid van radiologische diagnostiek is wenselijk maar niet (altijd) nodig en leidt vaak tot 'niet omdat het moet, maar omdat het kan'. Als de nood zo hoog is (zeker buiten 'kantoortijden'), is directe verwijzing naar de tweede lijn wellicht meer voor de hand liggend.	Ja	Toegevoegd als bespreekpunt voor regionaal overleg.
NVvR	247	In aanvulling op de wens bij aanvragers tot 24/7 beschikbaarheid van radiologische diagnostiek, zou het passend zijn te verwijzen naar de visie vanuit de radiologen op de dienstverlening aan huisartsenposten in de avonden, nachten en weekenden. Hiervoor wordt het bespreken en maken van afspraken op lokaal of regionaal niveau aanbevolen, omdat een landelijke richtlijn geen recht zou kunnen doen aan de verschillende situaties en omstandigheden. Zie https://www.radiologen.nl/praktijk-beroep/cvb-faq .	Ja	Aangepast, verwijzing opgenomen bij regionale afspraken en bij knelpunten.
NVvR	255	Overleg over alternatief onderzoek is wenselijk, echter niet altijd nodig. Bijvoorbeeld: omzetting van echo mamma naar mammografie komt dagelijks voor. Indien hierover overleg moet plaatsvinden zal dit onnodig tot vertraging leiden. De radioloog kan hier beslissend zijn in de keuze van onderzoek, bv X CWK omzetten in een CT CWK.	Ja	aangepast
NVvR	257 ev	Verslaglegging Voor zover ik weet is binnen de NVvR (ook) nooit consensus bereikt over 'de vereisten van goede verslaglegging'. Verstandiger is om te volstaan met '*interpretatie van het onderzoek wordt vastgelegd in een adequaat verslag'* oid. Waar van toepassing kan dit vergezeld gaan van advies etc.	Ja	Aangepast als: aandachtspunt bij verslaglegging. Niet bedoeld als norm.
NVvR	265	"indien van toepassing"	Ja	Aangepast

NVvR	275	Toevoeging 'voor de leeftijd opvallend' is overbodige informatie hier.	Nee	Niet aangepast, is bedoeld als voorbeeld.
NVvR	285	Dit kan de radioloog niet aangezien hij/zij de patiënt niet kent en volledig afhankelijk is van de gegevens die de huisarts aanlevert. Ook de socio-economische toestand van de patiënt is de radioloog niet bekend, welke zeker van invloed kan zijn op de relevantie van de bevindingen.	Ja	Niet aangepast. Werkgroep is van mening dat de radioloog voldoende kan inschatten of een bevinding klinisch relevant is of niet. Inschatting van de sociaal economische status (SES) is niet aan de orde.
NVvR	285	In de conclusie vermeldt de radioloog de (klinisch) relevante bevindingen.	Ja	Aangepast
NVvR	302	Onverwachte bevindingen Wat elders al uitvoering is beschreven hoeft niet nog eens dunnetjes over te worden gedaan. Dit kan bij niet synchroon verlopende updates van beide documenten leiden tot verwarring. Er kan worden volstaan met 'de vigerende NVvR Leidraad onverwachte bevindingen is van toepassing' oid.	Ja	Ter kennisgeving aangenomen. Voor huisartsen informatief en gewenst om in de tekst te vermelden.
NHG	6 regel 225-240	Helpend is als de soep registratie van de huisarts die aanleiding geeft tot de radiologie aanvraag gedeeld wordt met de radioloog. Dit voorkomt dubbele registratie. Fijn is dan ook als de huisarts een samenvatting van de geschiedenis van de klacht in die soep registratie weergeeft. Dit voorkomt veel dubbel schijfwerk en geeft ook een mooie samenvatting in het HIS. Openheid van de P regel en bespreken van de consequenties van de uitslag met de patiënt geeft een mooie basis voor uniforme informatie en communicatie in de samenwerking van professionals met de patiënt.	Ja	Toegevoegd als bespreekpunt voor regionaal overleg en (ICT) als aandachtspunt bij implementatie.
NHG	250	Passend onderzoek: is een gedeelde verantwoordelijkheid waarbij zowel de huisarts als de radioloog zijn volle kennis en kunde inzetten. Dat betekent dat de radioloog verder gaat dan 'u vraagt en ik draai' maar meedenkt over het meest passende (vervolg)onderzoek. Bijvoorbeeld bij hoge verdenking longpathologie en geen afwijkingen op de thorax kan het toch raadzaam zijn een CT/MRI te maken. Nu is dit alleen aan de longarts (of bij andere ingangsklacht andere specialist), om vervolgonderzoek in te zetten. <u>Verruiming van de mogelijkheden tot overleg naar</u> vervolg van passende diagnostiek met de	Ja	Deel van de tekst toegevoegd onder uitgangspunten.

		radioloog en niet direct een vertragend verwijs traject inzetten voor verdergaande diagnostiek (waar soms meerdere verwijzingen voor nodig zijn om tot de passende diagnose te komen) geeft een welkome verruiming van de mogelijkheden van effectieve en efficiënte diagnostiek en zal voor de toekomst erg belangrijk worden (gezien de verdere specialisering van de specialisten en het diagnostisch gat wat daardoor ontstaat tussen de 1e en 2e lijn; ik bedoel na verwijzing 'op mijn steeds kleinere deelgebied geen afwijkingen' probeer de neuroloog nog eens of de ….. en de toegenomen vergrijzing waarbij niet behandeling maar diagnose de enige hulpvraag is en soms noodzakelijk voor de passende begeleiding thuis) Dit is misschien een onderwerp om in een pilot setting met evaluatie te testen.		
NHG	Rg252-257	'Uitgangspunten voor de keuze van een onderzoek zijn dat <u>het zo goed mogelijk</u>, zo veilig mogelijk, zo min mogelijk belastend en zo goedkoop mogelijk is.' Is in het <u>grijs gemarkeerde deel</u> iets weggevallen zoals 'zo goed mogelijk bijdraagt aan diagnostiek en beleid' of iets dergelijks? 2.3	Nee	Aangepast; zin is herschreven onder 2.2.
NHG	H2.4	Een knelpunt bij orthopeden en dergelijke is de afkortingen die gebruikt worden in verslagen waarbij een huisarts via google moet zoeken naar de betekenis. Ik weet niet zeker of dit ook bij radiologen ook zo is. Zo ja, dan is bij gebruik van afkortingen de betekenis vermelden een mooie aanvulling.	Ja	Aangepast in paragraaf 2.3: "*Het is wenselijk in de verslaglegging afkortingen zoveel mogelijk te vermijden en rekening te houden met de context van de aanvrager*"
NHG	H2.5	Ik zou bij de gesprekspunten voor de regio, bij de werkwijze van huisartsen en van radiologen, terugverwijzen naar de punten in de 'aanvraag' (2.1) en in de 'verslaglegging' (2.3).	Ja	aangepast
NHG	H2.5	'***Geadviseerd wordt niet af te wijken van deze aanbevelingen***.' Hoe bedoel je deze zin? Rln zijn zo opgesteld dat verondersteld wordt dat artsen beargumenteerd kunnen afwijken van de aanbevelingen. De eerder genoemde zin zou ik alleen reserveren voor aanbevelingen waarvan nooit afgeweken moet worden. Dat lijkt mij voor de bedoelde aanbevelingen niet aan de orde.	Ja	Aangepast. Zin wordt weggelaten.
NVvR	325	Het hier geponeerde advies is in strijd met regel 122!	Ja	Aangepast. Zin wordt weggelaten.

NHG	270 (273-274)	Zelf de beelden beschikbaar hebben: huisartsen hebben niet de kennis en de ervaring om tot een juiste interpretatie te komen. Dit onderwerp heeft verdere afweging nodig over de voor en de nadelen. Logischer is het delen van de beelden met de patiënt zelf. Of dit tot een verhoging van de belasting van de huisarts leidt is onduidelijk. Misschien iets om in een pilot uit te zoeken.	Ja	Aangepast. Opgenomen als witte vlek in bijlage
NHG	325	De zin "*geadviseerd wordt…aanbevelingen*" →weghalen, wel een link naar de inhoudelijke hoofdstukken maken. Generieke werkwijze; specifiek, zie het betreffende hoofdstuk.	ja	Aangepast
NHG	Rg 330 ev	Gesprekspunten actief formuleren, zoals Bespreek … Bepaal …, stimuleert de implementatie. De regio heeft dan einddoelen om in de RTA te formuleren.	Ja	Aangepast
NHG	Rg 330 ev	'*Werkwijze huisartsen: in welke situaties is informatie …*' Deze vraag is heel breed en niet specifiek, lastig om te beantwoorden regionaal denk ik. Landelijk kan in de LESA gezet worden dat de huisarts aangeeft wat deze verwacht van de radioloog (zoals verslag/conclusie beeldvormende diagnostiek, overname beleid) en bij afwezigheid verwachting huisarts in aanvraag bepaald radioloog of iets van die aard. Zie ook onder werkwijze van radiologen. Het 'wanneer' is lastig te beantwoorden, regionale afspraken maken tussen huisarts en radioloog over direct doorsturen door radioloog is een haalbaardere optie. Hoe de radioloog in bijzondere situaties de huisarts informeert kan ook in een landelijke aanbeveling al worden aangegeven en regionaal zn gespecificeerd. *Dossier inzage*: patiënten die keuze hebben in wat ze willen zien van hun dossier en regionaal of landelijk bepalen wat de consequenties zijn als ze die keuze maken is een oplossing die meer recht doet aan de diversiteit van de patiëntenpopulatie.		Aangepast
NHG	Rg 350 ev	Logistiek: afspraken maken over uiterlijke wachttijden in plaats van 'Hoe lang zijn de wachttijden?' zo ook voor termijn uitslag bij huisarts	Ja	Aangepast

NHG	rg 360 ev	'*Regionale zorgtrajecten: in welke situaties kan de huisarts beter naar een specifieke specialist verwijzen …*' Ik zou landelijke aanbevelingen hierover doen op medische gronden zo mogelijk. Regionaal kan afhankelijk van de logistiek etc dit verder ingevuld worden zo nodig.	ja	Aangepast
NHG	H2	Dit hoofdstuk is minder praktisch, kort en bondig zoals huisartsen Rln meestal zijn. Is hier specifiek voor gekozen?	Nee	ter kennisgeving meenemen bij het herformuleren naar 'actief taalgebruik'
NHG	Pag 6, reg 223	Het ziekenhuis waar wij het meest naar toe verwijzen heeft een radiologieformulier met zeer beperkte ruimte voor klinische gegevens. Dit nodigt niet uit om volledig te zijn.	Ja	Ter kennisgeving aangenomen
NHG	235	Hoe meer informatie aangeleverd moet worden, hoe meer tijd dit kost en hoe sneller huisartsen een weg zullen zoeken dit te vermijden. Beperk de vragen en verplichtingen dus tot het meest essentiële en daar hoort mijns inziens een anamnese en lichamelijk onderzoek alleen bij als daarin afwijkingen zijn bevonden. Huisartsen werken met afwijkende bevindingen, niet met lijsten normale bevindingen, richt de vragen daar dus op?	Ja	Aangepast. Onder paragraaf 2.1 een inleidende zin toegevoegd: '*De aanvraag dient kort en bondig te zijn, waarbij de motivatie voor aanvullend onderzoek duidelijk is.*
NHG	240	Het is in verschillende regio's ook verschillend geregeld hoe met afwijkende uitslagen omgegaan wordt. Houd dus de ruimte om regionale werkafspraken te maken. Het maakt namelijk veel uit of een ziekenhuis met artsen in de buurt is, of het een buitenpoli betreft waar wel diagnostiek maar geen artsen zijn bijvoorbeeld. <u>Ik mis hier de optie dat de radioloog overleg heeft met de huisarts/aanvrager over wat te doen.</u> Gebruik Siilo, email of andere digitale communicatie om dit overleg te doen bijvoorbeeld	Ja	Aangepast.
NHG	255+285	Het komt ook voor dat op advies een specialist door de huisarts diagnostisch onderzoek zoals CT of MRI wordt aangevraagd, met als doel om de patiënt niet naar de 2^{e} lijn te hoeven verwijzen maar wel aanvullende beeldvorming te doen. In dat geval gaat nog wel eens mis dat de beoordeling en tekst gericht zijn op aanvragend specialisten met meer voorkennis. Een voorbeeld: een CT aorta thoracalis bij familaire belasting op advies van de cardioloog kreeg ik in het verslag de diameters van de aorta in milimeters, maar ik beschik niet over de kennis te beoordelen of	Ja	aangepast

		dat normaal is. In het aangepaste verslag heeft de radioloog er bij gezet dat dat binnen de normen was. Advies: radioloog houd in verslaglegging rekening met context aanvrager.		
NHG	270	Als ik mijn niet vergis zijn er eisen aan de beeldschermen waar beelden op beoordeeld worden, indien huisartsen toegang krijgen tot de beelden zou ik die technische eisen er bij vermeld willen hebben.	Nee	ter kennisgeving aangenomen
NHG	325	Hoewel regionale afspraken leidend zijn, is deze lesa natuurlijk geschikt daar de grenzen van aan te geven..	Nee	ter kennisgeving aangenomen
NHG	Hfdst 2.5	Actiever opschrijven, normaliter geven deze punten het template voor de regionale afspraken aan. Verwijs naar 2.1 als je vertelt wat de regio moet gaan doen. (idem voor verslaglegging). Regionaal wordt het gewaardeerd als het specifieker (in welke situaties) opgeschreven wordt. Verwijs naar het betreffende hoofdstuk, nav. de aanbevelingen in het hoofdstuk verder invullen.	Ja	aangepast
NVR	P 9, r 362-3	Bijvoorbeeld bij vermoeden inflammatoire pathologie naar reumatoloog verwijzen zonder voorafgaande beeldvorming. Niet-traumatische schouderpathologie behoort overigens ook tot de deskundigheid van de reumatoloog.	Nee	ter kennisgeving aangenomen: buiten de scope van de LESA.
NVR	P 10, r 406, par 3.2	Hier wordt niet de mogelijkheid besproken dat de HA zelf echografie doet of in 1e lijn setting laat doen door bijvoorbeeld fysiotherapeuten. Hoe hiermee om te gaan, c.q. werkverdeling en kwaliteitsborging is wellicht dringender dan de rudimentaire algemene beschrijving van de fysica/beeldvorming van echografie.	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Onder uitgangspunten staat beschreven "*andere partijen die bijvoorbeeld zelfstandig echografie aanbieden worden buiten beschouwing gelaten.*"

Afzender	H3 Radiologische onderzoeken (P10 – P12)		Aangepast ja/nee	reden
NHG	382	Dergelijke informatie over (on)schadelijkheid van beeldvorming kan de huisarts gebruiken in het gesprek met de patiënt, advies om dergelijke informatie veel meer te communiceren, bijvoorbeeld bij de aanvraagformulieren een hyperlink of zelfs de cijfers erbij zetten (informed consent versterken)		Opmerking meenemen in implementatieplan.
NHG	424	Zijn er specificiteit/sensitiviteit cijfers beschikbaar over echo onderzoek? Vermelden	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Daar waar bekend is het in specifieke hoofdstukken vermeld.
NHG	447	Het wel of niet doen van MRI in de eerste lijn is een discussiepunt. Feit is dat het gebeurt en steeds meer zal gebeuren, advies om in de LESA wel advies op te nemen over wanneer zeker niet en welke beperkingen etc.	nee	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NHG	478	Vermeld ook dat er zgn 'open' scanners staan in Utrecht en Eindhoven, en wellicht ook dat er een maximaal gewicht is aan de patiënt wat in een scanner kan ivm de heffunctie van de tafel..	nee	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NHG	Pag 12	Toch is MRI LWK en MRI knie wel beschikbaar voor de eerste lijn	Nee	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NHG	R 480	zoals meniscusletsel of discushernia aan de knie en lumbaal radiculair syndroom beter is: zoals meniscusletsel aan de knie of een discushernia bij een lumbosacraal radiculair syndroom	Ja	Aangepast
NHG	Rg 386-387	Kan bij de hoeveelheid straling van een CT-scan informatie gegeven worden over de stalingsbelasting van de betere technieken? Of is het verschil te weinig van betekenis?	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Informatie is te specifiek voor dit document.
NVvR	374	Radiologische Onderzoeken Deze uitgebreide beschrijving van de verschillende radiologische onderzoeken hoort mijns inziens niet thuis in een richtlijn, maar in een tekstboek. Kan hoogstens dienen als bijlage.	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Voor huisartsen wel informatief en gewenst om in de tekst te vermelden.
NVvR	377	Toepassing(en) in LESA is wel erg beperkt (mijns inziens ruimer)	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Methode verder toegelicht.

NVvR	480	MRI geen waarde voor eerste lijn. Hoe gaat de huisarts om met de patiënt die steeds dwingender wensen uit tot aanvullende beeldvorming (en dan niet alleen MRI)?		De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NVR	P 12, r 477 e.v.	Mee eens dat in 1e lijn geen noodzaak is tot aanvragen MRI. Uitzondering wellicht in regionaal af te spreken verband dat kader-huisartsen wel MRI kunnen aanvragen.		De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.

Afzender	**H4 Echografie van het abdomen (P13 – P23)**		**Aangepast ja/nee**	**reden**
NVvR	P13	Heel mooi dat de echografie abdomen voor huisartsen wordt gekaderd tot een aantal indicaties. 1. Wat een slecht voorstel is en niet overeenkomt met de dagelijkse praktijk in ons ziekenhuis is dat bij een echo bovenbuik **standaard naar de darmen** zou moeten worden gekeken. "**Darmtumoren en slijmvliesafwijkingen kunnen met echografie soms worden aangetoond**." Deze opmerking is weinig wetenschappelijk en betreft naar ik aan neem een persoonlijke visie van de radiologen in de werkgroep. De effort die er moet worden ingestoken om bij iedere patiënt de darmen te bekijken met een zeer lage sensitiviteit weegt niet op tegen de tijd die dat kost. Tevens geeft het patiënt en huisarts een schijnzekerheid, want de hele buik is met echo nagekeken en er is niets gevonden. Ook gezien de toename van de gemiddelde BMI, is echografie van de darmen vaak een kansloze exercitie. 2. **Ascites** daarentegen is een van de weinige diagnoses die je met echo wel betrouwbaar kan aantonen of uitsluiten, dus ik begrijp niet dat eventueel tussen () staat.		Aangepast
NVOG	P16 kader 1	Er wordt o.a. geschreven over ovariële cysten als mogelijke nevenbevinding bij echo abdomen. T.a.v. beleid wordt dan verwezen naar de NVOG-richtlijn vergroot ovarium. Wij zijn er	Ja	Aangepast. Kader 1 wordt weggelaten en in de tekst wordt toegevoegd:

		geen voorstander van dat huisartsen herhaalechografie gaan uitvoeren bij vergrootte adnexa. Voorstel is om hier weer te geven dat er bij een ovarium groter dan 5 cm verwezen moet worden naar een gynaecoloog. Dus, i.p.v. het weergeven van kader 1 gaat de voorkeur uit naar advies verwijzing gynaecoloog bij cyste groter dan 5 cm voor verder beleid en follow-up. Beoordelen van een vergroot adnex is meer dan alleen het echografisch beeld.		*"Een cyste groter dan 5 cm is een indicatie om te verwijzen naar de gynaecoloog voor verder beleid en follow-up."*
NVOG	P16	Tabel over cystes uit de NVOG richtlijn "het vergroot ovarium" hoort niet thuis in deze LESA. Er is geen afstemming over beschrijving/ beoordeling ovariële cystes tussen radiologen en gynaecologen. Nevenbevinding ovariële cysten; In kader 1 staat type-fout: symptomatische cyste moet asymptomatische cyste zijn; Ik ken geen afstemming of afspraken tussen radiologen en gynaecologen over beoordeling/ beschrijving ovariële cysten; beoordeling ovariële cyste en follow up advies verloopt via gynaecoloog die veel ervaring heeft met beoordeling ovariële cysten. Follow up advies dient niet te worden opgenomen in deze richtlijn.	Ja	Aangepast. Kader 1 wordt weggelaten.
NVOG	P15u	Cysten zijn veel voorkomende nevenbevindingen. Een ongecompliceerde ('simpele cyste', goedaardige cyste) is unilocair, heeft een dunne wand zonder septa, calcificaties of solide componenten. De inhoud heeft de echogeniciteit van water. Het is relevant om de grootte te beschrijven, met name bij ovariële cysten. Ten aanzien van ovariële cysten staan in de richtlijn 'Het vergrote ovarium' van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) aanbevelingen opgesteld ten aanzien van follow-up en beleid.	Ja	Aangepast. Kader 1 wordt weggelaten.

		>> typefout: unilocair = uniloculair; >> dikte wand en omvang cyste zijn onbelangrijke voorspellers voor risico maligniteit; morfologische beschrijving (bij voorkeur volgens consensus based definities, bijvoorbeeld IOTA criteria) is uitermate belangrijk; dit valt buiten bestek van LESA. Interessant om met radiologen te bespreken of er ruimte is om uniforme beschrijving na te streven.		
NVOG	P15	Uterus myomatosus wordt genoemd als veel voorkomende nevenbevinding. Er ontbreekt een advies hoe hiermee om te gaan.	Ja	Aangepast. Link opgenomen.
NHG	Pag 16, Kader 1	Misschien een paar witregels plaatsen? Nu zoeken welk beleid bij welke cyste hoort.	Ja	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	505	Er komen steeds meer mobiele echoapparaten beschikbaar, er zullen dus meer huisartsen zelf echos gaan maken, wellicht ruimte om hier iets over te zeggen? Innovatie!	Ja	Zie uitgangspunten. Andere partijen die bijvoorbeeld zelfstandig echografie aanbieden worden hier buiten beschouwing gelaten.
NHG	564	Echo nieren bij urolithiasis wordt in mijn regio door de uroloog verzorgd? Vermeld ook de mogelijke verwijding door stuwing? Waarom staat dat wel bij 750, maar niet hier? Dubbel??	Ja	Aangepast
NVvR	P14	Hetzelfde bezwaar geldt voor **echo nieren/blaas** waarbij staat dat ook de urinewegen sytematisch onderzocht moeten worden. Ik neem aan dat hier de ureteren mee worden bedoeld. **Ureteren zijn** gezien de diepe para vertebrale ligging **echografisch niet te onderzoeken**, ook hier weer veel effort, geen opbrengst en schijnzekerheid. **Alleen bij een gedilateerde nier kan een kort deel van de proximale ureter gezien worden en de distale ureteren zijn als zichtbaar bij een echo blaas**.	Ja	Aangepast
NVvR	P14	Wat ik mis bij galstenen en nierstenen is dat bij koliekpijn rechts er zowel naar galblaas als rechter nier moet worden gekeken, ongeacht wat de huisarts heeft aangevraagd.	ja	Vanwege de leesbaarheid is besloten zo compact (én zo compleet) mogelijk te zijn. In de praktijk wordt daar wel naar gekeken.

NVvR	P15	Wellicht bij steatosis hepatis toevoegen dat echo geen absolute waarde aan de steatose kan toekennen, alleen ja of nee kan beantwoorden.		Aangepast
NHG	609	Vermeld ook acceptabele (Treek norm?) wachttijden tussen aanvraag en uitvoer van diagnostiek?	Ja	Niet aangepast, treeknormen alleen gebruikt bij CT en MRI onderzoek in de tweedelijn.
NHG	645	Soms is verwijzing MDL voor ERCP te verkiezen boven chirurgie, kan de radioloog geschiktheid hiervoor adviseren op basis van onderzoek?	Ja	Aangepast
NHG	780	Deze tekst zal tot veel meer CT's leiden bij urolithiasis, graag sensitiviteit en specificiteit van de CT dus ook graag vermelden	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de testeigenschappen van CT bij urinesteenlijden bij een eerstelijns patiëntenpopulatie.
NVvR	P21	Heel goed dat de huisarts de mogelijkheid krijgt om een blanco CT voor nierstenen aan te vragen bij persisterende klachten.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	815	Er is een verschil tussen acute en chronische pancreatitis bij chronische pancreatitis kan aanvullende beeldvorming wel degelijk geïndiceerd zijn!!	Nee	Dit valt buiten de scope van deze LESA.
NHG	840	ER wordt bij mijn weten wel degelijk controle van een koper houdend IUD na plaatsing geadviseerd, echter niet bij hormoonhoudend IUD (mirena). Dit is belangrijk om te vermelden, want een onjuist geplaatst koperhoudend IUD is niet effectief....	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Gynaecologische echografie valt buiten de scope van de LESA.
NHG	Pag 15, regel 585	De link leidt naar een site waar je je voor moet inloggen en is in ieder geval voor de huisartsen daarmee niet bereikbaar	Nee	Nieuwe versie van deze NVvR leidraad was ten tijde van commentaarfase niet openbaar, maar nu wel.
NHG	idem	Bij nevenbevindingen is het altijd prettig als de radiother. In her verslan vermeldt wat ermee te doen, of juist niet te doen	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 17, regel 642	...*geeft hij/ zij zn adviezen voor verwijzing* etc..., maar mi ook adviezen indien geen actie nodig is wat betreft nevenbevinding; zie ook regel 689 en 690, en 734 en 735, 793 en 794,	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 21, regel 780	..... superieur <u>IS</u> (dit woordje ontbreekt)	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 22, regel 826	Bij vrouwen die nog maagd zijn kan dit soms problemen geven, deze willen soms geen vaginaal (of rectaal) onderzoek	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit valt buiten de scope van de LESA

NHG	Tabel 4.1	Tabel 4.1 “gelokaliseerde pijn in de bovenbuik of onderbuik” → hier wordt niet op teruggekomen. Wat zet je op je probleem georiënteerd aanvraagformulier.	Ja	Aangepast.
NHG	850	Vermoeden retentieblaas: komt uit de lucht vallen.	Ja	Aangepast.
NVvR	P13 r505	In dit document wordt gerefereerd naar de beleidsnotitie Echografie. Hierin wordt een belangrijk onderscheid gemaakt tussen triage echografie (brede vraagstelling etc.) vs. target echografie (gerichte vraagstelling, echogeleid gereedschap etc.). In desbetreffende beleidsnotitie wordt onderstreept dat de het **echografisch onderzoek met een brede vraagstelling** (triage) een grote technische vaardigheid van de uitvoerder vereist, en een som betreft van uitgebreide achtergrondkennis, ervaring met de beoordeling van de beelden, en kennis van de mogelijkheden en beperkingen van verschillende beeldvormende technieken, en derhalve bij voorkeur door een radioloog kan worden uitgevoerd. **Target echografie**, echografisch onderzoek met een **gerichte, eenduidige vraagstelling**, kan, mits er wordt voldaan de gedefinieerde kwaliteitseisen, uitgevoerd worden door niet-radiologen. Het feit dat in deze LESA er vervolgens onderscheid wordt gemaakt tussen een echografie van de bovenbuik én een echografie van nieren / urinewegen, is niet congruent met bovenstaande uiteenzetting. Immers, ondanks een adequate interpretatie van anamnese, LO en lab blijkt een klinische verdenking op diverticulitis toch met regelmaat te berusten op symptomatisch niersteenlijden en vice versa. Bovendien kan een echografie van nieren / urinewegen geïnterpreteerd worden als een meer gerichte echografie met eenduidige vraagstelling. Oftewel mijn voorstel zou zijn om een dergelijke samenwerkingsafspraak geen onderscheid te maken tussen de twee voorgestelde echografie onderzoeken en deze samen te		In deze LESA heeft de werkgroep 2 vaak gebruikte indicaties beschreven. De aanpak van de werkgroep volgt vanuit het perspectief van de aanvragend huisarts.

		voegen tot *echografie van het abdomen* (zoals naam van hoofdstuk 4). Dit scheelt een hoop onduidelijkheid en verwarring bij de aanvragend arts en niet in de laatste plaats bij de radioloog. Immers, wordt er bij een echografie van de nieren / urinewegen de lever niet beoordeeld? Of moet er in dat geval een tweede onderzoek via de huisarts worden aangevraagd ter beoordeling van de lever en galwegen? Er mag verwacht worden dat bij een echografie van het abdomen *alle* abdominale structuren in de boven – en onderbuik zo goed mogelijk worden beoordeeld door de radioloog. **De paragraaf vanaf regel 532 hoeft in dat geval niet aangepast te worden, omdat daar al wordt gesproken over de bevindingen bij de echografie van het abdomen.**		
NVvR		Waarom is de X-Buikoverzicht niet in dit project meegenomen ? Coprostase is nog steeds een veel ingevulde indicatie voor dit HA onderzoek, die onzinnig is.	Ja	Aangepast. In methode duidelijker beschreven hoe tot de selectie is gekomen.
NVvR	505	Uitgebreide beschrijving van de verschillende radiologische onderzoeken en hun (neven)bevindingen hoort mijns inziens niet thuis in een richtlijn, maar in een tekstboek. Kan hoogstens dienen als bijlage. Wel indicaties, follow up, beleid (onderling regionaal overeengekomen)	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Huisartsen geven juist aan behoefte te hebben aan bundeling van deze informatie.
NVvR	516	De galblaas goed gevuld is en **het** pancreas goed te beoordelen **is.**	Ja	Aangepast
NVvR	635	Wijze van rapportage is aan de radioloog/radiologie en dient hier niet vastgelegd te worden (zie r257 ev).	Nee	Aangepast als: aandachtspunt bij verslaglegging. Niet bedoeld als norm.
NVvR	637	**Kan** de radioloog aangeven.	Ja	Aangepast
NVvR	648	Als de radioloog bij het echo onderzoek **een** verdenking **op** een cholecystitis…	Ja	Aangepast

NVvR	675	herhaling	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Bewuste keuze werkgroep.
NVvR	697	Galwegverbreding. R652 galwegverwijding. R664 galwegverbreding	Ja	Aangepast.
NVvR	801	Geen indicatie Als er dan toch indicaties en geen indicaties worden opgesomd mis ik de verdenking op appendicitis. Net als pancreatitis een reden voor verwijzing naar de tweede lijn. Ook ontbreekt de verdenking op trombosebeen	Ja	Appendicitis toegevoegd. Trombosebeen valt buiten de scope van de LESA.
NVvR	P22	geen indicatie: Wellicht hier appendicitis bij toevoegen. Bij verdenking appendicitis verwijzen naar SEH, niet de radioloog bellen. Tevens stukje chronische pijn in de onderbuik. Kan dit uitgebreid worden met chronische buikpijn/vage buikklachten?	Ja	Aangepast.
NVvH		verwijzing naar richtlijn 'diagnostiek acute buikpijn' ontbreekt in deel waar de echografie wordt besproken		Aangepast.

Afzender	H5 Echografie van weke delen zwelling (P24 – P28)		Aangepast ja/nee	reden
NHG	Pag 25, reg 951	Is dit anders bij vrouwen?	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 27, reg 1015	Femorale liesbreuk kan toch ook bij mannen? Zoals het er nu staat, impliceert dit dat een femorale liesbreuk alleen bij vrouwen voorkomt. Klopt dat?	Ja	Aangepast.
NHG		In de alarmsymptomen ontbreekt hoe de zwelling aanvoelt bij l.o., hard, vrij beweeglijk of niet etc	nee	Ter kennisgeving aangenomen. 'Voelbare consistentie van de zwelling' is geen onderdeel van 'alarmpunten uit de richtlijn weke delen tumor'.
NHG	910	Ik mis de echo van zwelling in de hals DD lymfoom, speekselklier etc.	ja	Aangepast. Echografie van de hals valt buiten de scope van deze LESA.
NHG	910	En ook de echo DVT?	Nee	Trombosebeen valt buiten de scope van deze LESA.
NHG	910	En wanneer moet een lipoom een echo ivm risico op maligniteit, boven 4cm, of boven 6 bijvoorbeeld?	Nee	zie alarmsymptomen: tabel 5.2
NHG	Pag 24, regel 920	Zin loopt niet, moet zijn: ....., zal de radioloog dit advies geven....)	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 29, regel 1081	Textueel: cervicaal (ipv cerivicale)	Nee	Aangepast.
NVvR	920	Zal de radioloog	Ja	Aangepast.
NVvR	935	Hernia uitleg→ niet nodig	Nee	Ter kennisgeving aangenomen.

Afzender	H6 Radiologische diagnostiek van de schouder (P29 – P33)			
NHG	1096	Bij mijn weten is het advies om een X-schouder met de echo altijd samen te doen bij schouderklachten, indien dat onjuist is hier over iets zeggen?	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit staat niet in de NHG-Standaard.
FMCC	31	Algemene opmerking: duidelijk vermelden dat indien een echografie wordt aangevraagd er niet automatisch een x-schouder wordt aangevraagd. Er zijn huisartsen die denken dat dit nodig is maar er zijn ook afdelingen radiologie die dit beleid voeren.	Ja	Aangepast.
FMCC	31; 155	Zoals elders vermeld bestaat de mogelijkheid dat afwijkingen zoals calcificaties asymptomatisch aanwezig zijn; hoewel er nog geen valide eenduidig classificatie systeem voor calcificaties is ontwikkeld, kan het de huisarts wel helpen in de besluitvorming mbt het te voeren beleid als de radioloog aanvullende informatie geeft over de morfologie (bijv tekenen passend bij de resorptiefase: nodulair/onscherp begrensd, positief doppler signaal) en of de calcificatie zorgt voor impingement.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Valt buiten de scope van de LESA.
FMCC	32; 1161	Beleid van de specifieke cuff rupturen staat beschreven in de NHG-standaard schouderklachten; evt naar refereren	nee	Aangepast.
FMCC	32; 1169	Het klopt dat het beleid niet wezenlijk anders gaat worden. Echter, patiënten en huisartsen hebben soms ook behoefte aan perspectief, waarbij meer duidelijkheid over de diagnose of de afwezigheid van een specifieke diagnose kan zorgen voor berusting en geruststelling. Over het algemeen mis ik dat doorheen de hele richtlijn.	Ja	Aangepast.
FMCC	32; 1172	Echografie heeft dezelfde diagnostische waarde voor het vaststellen van rotatorcuff spiervervetting van atrofie als MRI	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit staat niet in de NHG-Standaard.
FMCC	33; 1195	Ik mis de ICPC code L92	Ja	Aangepast.
NHG	Regel 1120	Een reden voor diagnostiek is bij mij in de praktijk vaak diagnostische zekerheid voor de patiënt bij een langdurig traject.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	1171	Als de radioloog kan adviseren bij geschikte patiënten een MRI te doen aanvullend kan 2e lijnszorg voorkomen worden omdat daar toch zelden ander beleid nodig is op hogere leeftijd?	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit staat niet in de NHG-Standaard.
NHG	Pag 31, regel 1137	Er ontbreekt <u>VAN</u> het schoudergewricht	Ja	Aangepast.
NHG	1175	Hoofdstuk echo schouder noemen, kop komt niet overeen met X-schouder… (Is het nu wel een indicatie of geen indicatie??)	Ja	Aangepast.
NHG		Een Ro schouder bij artrose wordt geadviseerd. Dit is in tegenstelling met het afraden van een ro bij artrose van de knie Lijkt me onlogisch, ook al staat dat wel in de standaard.	Ja	Niet aangepast. Doorgestuurd als knelpunt naar de NHG-Standaard Schouderklachten.

NVvR	1065	Tendinopathie → tendinosis calcificans	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit staat zo in de NHG-Standaard.
NVvR	1105	Rontgenfoto. Niks staat er beschreven in combinatie met trauma	Ja	Aangepast.
NVvR	1135	Vaststellen van artrose, **fractuur**, kalk	Ja	Aangepast.
NVvR	1138/1142	Subacromiale calcificaties → tendinosis calcificans	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit staat zo in de NHG-Standaard.
NVvR	1162	chirurg. Rest van de zin 'voor opertieve …. pees' weglaten	Ja	Aangepast
NVvR	1164	Bij persisterende subacromiale pijnklachten met tendinosis calcificans, waarbij onvoldoende	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit staat zo in de NHG-Standaard.
NVR	P 29, r 1055-7	Dit is een erg anatomische indeling. Etiologische indeling (traumatisch, degeneratief en inflammatoir) erbij zou aanvragen kunnen aanscherpen; m.n. dubbelzijdige klachten ook verdenking op inflammatoire pathologie (bijv. polymyalgia rheumatica, PMR) doen ontstaan, met gevolg voor de aanvraag, zelfs soms achterwege laten van aanvraag en z.n. verwijzing zonder voorafgaand beeldvormend onderzoek.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit staat zo in de NHG-Standaard.
NVR	P 30, r 1099-1102	Hier nog opmerking over HA die zelf echografie verrichten of die fysiotherapeuten echografie laten verrichten? Het is voorstelbaar dat hierover regionale afspraken gemaakt worden, met o.a. afspraken over kwaliteitsbeleid. Zie ook eerdere algemene opmerking hierover. Overigens verrichten zowel reumatologen als orthopeden zelf echografie van de schouder, zij het in wisselende mate (per ziekenhuis/regionaal) verschillend; dit gegeven kan bij voorgenomen verwijzing naar de betreffende specialist meegenomen worden en voorafgaand echografie onderzoek door radioloog soms onnodig maken. Ook dit kan in regionale afspraken meegenomen worden.	Ja	Ter kennisgeving aangenomen. Onder uitgangspunten H1 staat: "*Andere partijen die bijvoorbeeld zelfstandig echografie aanbieden worden buiten beschouwing gelaten*"
NVR	P 32, r 1169-70	Dit is te absoluut gesteld. Zoals eerder genoemd kan bijvoorbeeld dubbelzijdige bursitis en/of effusie glenohumeraal de verdenking op PMR opleveren met daaruit volgende aanpak (diagnostisch, verwijzing, behandeling). Ook het gegeven van een duidelijke impingement bij dynamisch echografisch onderzoek kan van belang zijn voor de erop volgende fysiotherapeutische aanpak.	Ja	Ter kennisgeving aangenomen. Commentaar verstuurd als knelpunt naar werkgroep NHG-Std Schouderklachten.

NVR	P 33, r 1175-79	Het is wat verwarrend om onder kopje “Geen indicatie” bij 1. vervolgens WEL een X-schouder te vermelden. “Geen indicatie” slaat waarschijnlijk alleen op echografisch onderzoek. Het is overigens discutabel of echografie van de glenohumerale structuren aangevraagd door de HA altijd gecontra-indiceerd is: bij verdenking artritis (met of zonder degeneratieve afwijkingen; specificiteit en sensitiviteit X-schouder is ws. matig) kan een echografie duidelijkheid geven en tot bepaalde aanpak leiden (bijv. verwijzing).	Ja	Ter kennisgeving aangenomen. Commentaar verstuurd als knelpunt naar werkgroep NHG-Std Schouderklachten.
NVvH	Tabel 6.1 (ev)	Ik mis de indicatie: verdenking/uitsluiten fractuur	Ja	Aangepast.
NVvH	1105	Idem, maar directe (binnen komende 24 uur) diagnostiek bij verdenking #	Ja	Aangepast.
NVvH	1135	X schouder ook voor vaststellen/uitsluiten fractuur	Ja	Aangepast.

Afzender	**H7 Radiologische Diagnostiek van de Thorax (P34 – P44)**		**Aangepast ja/nee**	**Reden**
NHG	Pag 34, Tabel 7.1	Geen indicatie: Longembolie toevoegen?		Aangepast.
NHG	Pag 36, reg 1280	Alternatief voor de 1e zin: **Het diagnosticeren van hartfalen**, onderzoek naar de oorzaak van hartfalen en het opstarten……	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 36, reg 1282	Voor patiënten met verdenking hartfalen, die te kwetsbaar zijn voor diagnostiek of behandeling in de tweede lijn of dit niet willen, kan de huisarts overwegen een X-Thorax aan te vragen **ter uitsluiting van een andere oorzaak voor de klachten (bijvoorbeeld pneumonie of longmaligniteit)**.	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 36, reg 1283-1291	Ik zou de volgorde van deze alinea wijzigen: Een X-Thorax heeft beperkte waarde bij een vermoeden van nieuw ontstaan hartfalen. Op de X-Thorax kan overvulling **als gevolg van hartfalen** soms duidelijk zichtbaar zijn. Pulmonale redistributie (versterkte vaattekening in de bovenvelden) en cardiomegalie (cardiothoracale ratio > 0,50) zijn de beste röntgenologische parameters zijn voor de diagnostiek van hartfalen. Anderzijds kan bij patiënten met vergevorderde stadia van hartfalen soms geen enkele afwijking op de X-Thorax worden gevonden. Röntgenonderzoek kan wel belangrijk zijn om hartfalen te differentiëren van eventuele pulmonale oorzaken.	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 36, reg 1300	Het beleid is mij nu niet duidelijk. Moet bij haemoptoë worden verwezen naar de longarts (reg 1301) of is er een indicatie voor een X-thorax (reg 1303-4)?	ja	Aangepast. “Een X-thorax biedt in de eerstelijn onvoldoende

				zekerheid om een maligniteit uit te sluiten.” toegevoegd.
NHG	Pag 39, reg 1368	Toevoeging ter verduidelijking: Bij geen of onvoldoende snel herstel **na een pneumonie** en restverschijnselen van het infiltraat….	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 40, reg 1409	Ik neem aan dat hier moet staan: in de conclusie of er sprake is van een radiologisch beeld van een **maligniteit**, en zo nodig ……	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 41, reg 1423-1426	Wat zou dan wél een indicatie kunnen zijn voor een ribdetailopname? Ik begrijp uit de tekst hiervoor dat je in principe bij verdenking ribfractuur beeldvormende diagnostiek doet ter uitsluiting van complicaties, en het lijkt mij dat je dan altijd een X-thorax aanvraagt. Of doe je zowel een ribdetailopname als een X-thorax bij verdenking pneumothorax als gevolg van een ribfractuur?	ja	Aangepast. “Een ribdetailopname is niet zinvol om aan te vragen”
NHG	Pag 43, reg 1496-1500	De boodschap moet zijn dat de X-thorax geen plek heeft in de diagnostiek van hartfalen. De waarde van de X-thorax bij verdenking hartfalen is enkel het aantonen of uitsluiten van een andere oorzaak voor de klachten (pulmonale of intrathoracale pathologie zoals pneumonie of longmaligniteit) bij patiënten die niet naar de 2^{e} lijn kunnen of willen voor diagnostiek van hartfalen. Misschien regel 1499 aanpassen? ‘Doel is dan ~~met name~~ het uitsluiten van een andere oorzaak voor de klachten, zoals bijvoorbeeld pneumonie of longmaligniteit.’	Ja	Aangepast.
NHG	1240	Ook iets over X-th / CT bij verdenking COVID zeggen?	Nee	Valt buiten de scope van deze LESA
NHG	1344	Vroeger moest bij de aanvraag de laterale X-thorax expliciet aangevraagd worden, anders werd deze niet gedaan. Als het tegenwoordig overal zo is dat PA en lateraal overal standaard samen wordt gedaan dan graag zo vermelden.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Regionale verschillen.
NHG	1496	Hartfalen is tegenwoordig in handen van de huisarts. Echocardiografie wordt ook als eerstelijnszorg aangeboden. Hoewel het juist is dat er geen X-th gemaakt moet worden, is de tekst niet meer correct.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	Pag 34, regel 1219	Er is geen link gemaakt naar de standaard: acuut hoesten	Nog doen	Wordt aangepast.

NHG	Pag 38/39, regel 1329 en 1370	Staat eerstgenoemde 6w niet in tegenstelling tot in regel 1370 genoemde 2-4weken?	Nee	Aangepast. Betreft andere termijn: bij restverschijnse-len van een infiltraat: dat impliceert dat er al eerder een x-foto is gemaakt. (en zo staat het ook in de standaard). Om e.e.a. te verduidelijken zullen we de tekst aanpassen naar "*restverschijnselen van een pneumonie*"
NHG	Pag 41, regel 1434	Bevinden → bevindingen	Ja	aangepast
NHG	1265	Als patiënten zelf de verslagen lezen is het belangrijk dat de radioloog zijn diagnose COPD niet meer stelt zoals nu vaak heel stellig wordt gedaan. 'kan passen bij' lijkt mij beter, want kost al genoeg uitleg dat patiënt geen copd heeft als de longfunctie goed is- ondanks bevindingen bij radiologie.	Ja	Aangepast. Veranderen in: "*maar zou terughoudend moeten zijn met het vermelden van de term COPD in de verslaglegging*"
NHG	1275	Astma: prima. COPD: ook , alleen de volgende zin zou ik wat herzien op 1275: *Echter, een X-Thorax is niet de gouden standaard om COPD te diagnosticeren, en daarom dient de radioloog terughoudend te zijn met het vermelden van deze term in de conclusie.* Volgens mij wordt bedoeld dat je de diagnose COPD niet op grond van radiologische kenmerken stelt, ook al kunnen er wel wat aanwijzingen zichtbaar zijn. De termen gouden standaard, diagnosticeren en 'dient' zou ik sowieso liever vermijden.	Ja	Aangepast. Zie boven.
NHG	R1265 e.v.	De tekst in de (momenteel in herziening) NHG-Standaard over COPD wordt waarschijnlijk iets als: **Beeldvormend onderzoek** • Een X-thorax is niet nodig bij de diagnostiek van COPD, wel bij sommige differentiaal diagnostische overwegingen (o.a. longkanker, importziekten). • Maak wel een X-thorax bij een discrepantie tussen de klachten of beperkingen en de spirometrische afwijkingen (chronisch hoesten of dyspneu, doch betrekkelijk geringe spirometrische afwijkingen).	ja	Aangepast NHG standaard COPD is nog in revisie: dit laten staan. NHG standaard astma is reeds goedgekeurd.

		In de werkgroep moeten we nog bespreken of de voorbeelden longkanker en importziekten er bij moeten. Longkanker denk ik wel, immers zelfde risicofactor als COPD. Het laatste woord is er alleen nog niet over gezegd.		
NHG	r. 1262	Astma r. 1262 worden = wordt verder staat het in de standaard net even iets anders dan in de lesa, **X-thorax** Een X-thorax is alleen geïndiceerd (op juiste indicatie) als oorzaken voor de benauwdheidsklachten anders dan astma worden overwogen, zoals bij aanwijzingen voor bronchuscarcinoom.	Ja	Aangepast.
NVvR	1230	Achtergrondinformatie nodig??	nee	ja, huisartsen geven aan behoefte te hebben aan deze informatie
NVvR	1235	Fotos nodig in richtlijn?	nee	Ter kennisgeving aangenomen
NVvR	1308	Bleb is niet zichtbaar op een X thorax	Ja	Verwijderd.
NVvR	1311	Een x thorax te worden gemaakt. (staand, AP, evt expiratie → protocol radiologie beslist)	Ja	Aangepast.
NVvR	1360	Relevante nevenbevindingen. Bij relevante nevenbevindingen indien noodzakelijk contact tussen radioloog en huisarts (conform leidraad kritieke bevindingen NVvR). Zie ook eerdere opmerkingen.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen, staat ook zo beschreven in de algemene hoofdstukken (H1-3).
NVvR	1377	Het betreffende specialisme bv longarts vervangen door: de longarts	Ja	Aangepast.
NVvR	1454	Stelt de huisarts **hiervan** op de hoogte	Ja	Aangepast .
NVvH	1305	Hier ook traumatische pneumothorax benoemen (of verwijzen naar volgende alinea)		Aangepast.
NVvH	1320	Er lopen in NL twee klinische trials naar het fixeren van rib#. In het algemeen zijn pijn ondanks adequate pijnstilling, fladderthorax en thoraxdeformiteit nu indicaties voor fixatie (niet in alle ziekenhuizen). De opmerking *'Een ribfractuur hoeft over het algemeen niet geopereerd te worden, adequate pijnstilling is voldoende'* zou ik niet zo opschrijven want het hangt heel erg van de situatie af.	Ja	Aangepast.
NVvH	1423	Ribdetail is nooit zinvol. Of het valt mee en dan is een thoraxfoto ter uitsluiting van pneumo/haematothorax voldoende, of het valt niet mee en dan dient de patiënt	Ja	Aangepast.

		ingestuurd te worden (opname, pijnstilling, verdere analyse door meestal CT thorax, evt operatie). Idem overigens voor laterale sternumfoto.		
NVvH	1455	Belangrijker is kliniek: bij veel pijn dient pt ingestuurd te worden	Ja	Aangepast. Geldt in het algemeen.
NVvH	1485	Graag ook de traumatische pneumothorax vermelden, dan pt insturen naar traumachirurg	Ja	Aangepast.

Afzender	**H8 Radiologische diagnostiek van de Lumbale wervelkolom (P45 – P52)**		**Aangepast ja/nee**	**reden**
NHG	1696	Mogelijk om radioloog advies te laten geven over vervolgonderzoek zoals DEXA?	Nee	Staat in kader.
NHG	1685	Om een patiënt te kunnen doorverwijzen voor spondylolisthesis moet je wel een X maken om dat vast te stellen, dus ernstig oneens met advies dat huisarts geen foto maakt hiervoor... wordt in praktijk juist met die indicatie gedaan?!	Nee	Niet aangepast. Niet conform NHG standaard. Is een indicatie voor de 2e lijn.
NHG	Pag 45, regel 1558	Er is geen link v fractuurpreventie in deze regel	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 46, regel 1611	Laatste woord in de regel ontbreekt .... om...	Ja	Aangepast.
NHG	48	In Kader Fractuur preventie: werkt de link (tabel 1 risicoscore) niet	Ja	Aanpassen bij opmaak
NHG	Pag 50, regel 1720	Link werkt niet; en de zin loopt niet goed: het woord DAT kan eruit gelaten worden	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 52, 1759, 1760 en 1761	Deze links werken niet	Ja	Aangepast.
NHG	R 1550	'waarvoor de patiënt of arts aanvullend beeldvormend onderzoek verwacht of zou willen laten uitvoeren'; dit is lang niet altijd van toepassing, advies: herformuleren, bijv. <u>waarbij patiënt of arts zich soms/regelmatig afvragen of beeldvormende diagnostiek zinvol zou kunnen zijn</u>.	Ja	Aangepast.
NHG	R1554	Toevoegen: ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ketenzorgrichtlijn-aspecifieke-lage-rugklachten.pdf	nee	Richtlijn valt buiten selectie
NHG	Tabel 8.1	Vervangen lumboradiculair syndroom door lumbosacraal radiculair syndroom	Ja	Aangepast
NHG		Vermoeden maligniteit als oorzaak LRS: 'als oorzaak LRS' kan weg; ook bij rugpijn zonder uitstraling kan een maligniteit de oorzaak zijn.	Ja	Aangepast
NHG	R 1563	Er wordt eerst ingegaan op fractuurpreventie na een fractuur, en daarna de gang van zaken/indicaties voor beeldvorming in de acute fase; ik zou deze stukken tekst omwisselen.	Ja	Aangepast.

		Verwarrend is dat wel de indicaties voor de 2e lijn worden beschreven, maar niet voor de huisarts. Suggestie om daarvoor te verwijzen naar de volgende paragraaf.		
NHG	R 1615	De pijn neemt toe bij (langzamer) lopen en staan, vooroverbuigen of zitten verminderen de klachten vaak in enkele minuten. = onduidelijke formulering. Suggestie: Uitstralende pijn, dove gevoelens en/of krachtverlies in 1 of beide benen en/of het rijbroekgebied, die optreden bij staan of lopen en verdwijnen bij zitten of vooroverbuigen.	Ja	Aangepast.
NHG	1622	'tumoraal proces': beter is misschien 'maligniteit'	Ja	Aangepast.
NHG	1648	Puntsgewijs opsomming noteren	Ja	Aangepast.
NHG	1655	Ter overweging: ICPC L02 toevoegen (Lage rugpijn zonder uitstraling)?	Ja	Aangepast.
NHG	1677	Is er informatie te geven wanneer de radioloog de pt naar huis verwijst en wanneer naar de chirurg? En wanneer is een CT scan geïndiceerd?	?	Aangepast. CT-scan valt buiten de scope van deze LESA.
NHG	1724	Zie eerder, beter breder trekken, dus ook maligniteit als oorzaak van rugpijn en/of als oorzaak van LRS.	Ja	Aangepast.
NHG	1760	Ook hier de ketenzorgrichtlijn toevoegen	nee	Richtlijn valt buiten selectie
NHG	1770	De thuisartsteksten over hernia ontbreken hier: Ik heb een hernia in de rug; mijn herniaklachten zijn na 6 a 8 klachten niet minder geworden.	Ja	Toegevoegd
NVvR	1640	Vermoeden fractuur een röntgenfoto aanvragen van (thoracale en) lumbale wervelkolom. In r 1547 staat beschreven dat thoracaal buiten de scope valt van dit hoofdstuk	Ja	Aangepast.
NVvR	1656	Vervolgbeleid bij geen fractuur . Klinisch ; dat regelt de radioloog niet	Ja	Aangepast.
NVvR	1678	Ofwel naar huis, vervangen in: naar de huisarts binnen 1 dag voor uitslag	Ja	Aangepast
NVvR	1731-1738	Paragraaf over Artrose zin in deze context weg te laten: Röntgen- en CT-diagnostiek van de lage rug gaat gepaard met stralenbelasting in het gebied van de geslachtsorganen		Aangepast.
NHG		Naar mijn ervaring voorkomt een MRI knie iom de fysiotherapie regelmatig een verwijzing naar de orthopeed.	nee	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NVR	P 45 tabel 8.1	Inzakking van een wervel is ook een fractuur! Svp verklaren afkorting LRS (ws lumbosacraal radiculair syndroom`)	Ja	Aangepast.

NVR	P 47 Tabel 2, en r 1625-30	Is deze opsomming nodig voor het stuk? Geldt eigenlijk i.h.a. voor de hele notitie: soms verdergaande uitweidingen, soms wel erg basale notities zoals bijvoorbeeld over aspecifieke lage rugpijn (r 1625-30).	Nee	Ter kennisgeving
NVR	P 48, r 1639 e.v. en p 50 e.v.	Het vermoeden op een niet-traumatische wervel**fractuur** ontstaat door rugpijn. Ook de andere genoemde oorzaken van rugpijn geven niet altijd kenmerkende/specifieke symptomen, maar blijft het bij niet nader omschreven rugpijn. De voorliggende tekst gaat m.i. teveel uit dat er een duidelijk vermoeden is op een specifieke oorzaak. Wellicht dat een stroomdiagram/beslisboom met patiëntkenmerken (demografie, voorgeschiedenis, symptomen/bevindingen bij LO) behulpzaam zou kunnen zijn bij bepalen indicatie X-WK.	Ja	Aangepast: 'inzakking' naar 'niet-traumatische wervelfractuur'. NHG standaard wordt gevolgd.
NVR	P 48, r 1669-70	Bij rapportage neem ik aan dat verdenking op niet-osteoporotische fractuur ook vermeld moet worden.	ja	Aangepast.
NVR	P 50, r 1724-29	Maligniteit als oorzaak voor rugpijn geeft niet altijd een LRS, maar zeker ook niet-uitstralende rugpijn.	Ja	Aangepast.
NVvH	1640	Wellicht ook opmerking over manier van vervoer naar ziekenhuis, wanneer bv ambulance (recent trauma, neurologische uitval)	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Dit valt buiten de scope van deze LESA.
NVvR	de tekst op blz 12 en 50	De formuleringen hier gehanteerd zijn veel te restrictief. MRI wordt gehanteerd via de huisarts vaak op verzoek van de tweedelijn om verwijzingen te sturen danwel af te houden.	Nee	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NVvR	de tekst op blz 12 en 50	Meer specifiek kan MRI lwk vervaardigd worden bij persisterende of invaliderende radierende klachten vanuit de lumbale wervelkolom welke mogelijk neurochirurgisch ingrijpen vereisen. Ditzelfde geldt voor neurogene claudicatie. Daarnaast kan instabiliteit in de facetrelaties gesuggereerd worden welke ook een indicatie kan zijn voor fixatie via de neurochirurg. Juist uitvoering via de eerstelijn leidt tot veel minder verwijzingen naar de tweedelijn en daarmee goedkopere zorg.	Nee	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
FMCC	50; 1704	Ook een goed ter zake deskundige huisarts kan de klachten van de patiënten relateren aan het niveau van de evt gevonden afwijkingen. Dit is niet voorbehouden aan de medisch specialist.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Commentaar wordt als knelpunt doorgeven aan de werkgroep van de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom.

Afzender	H9 Radiologische diagnostiek van de Knie (P53 – P66)		Aangepast ja/nee	reden
NHG	Pag 53, regel 1794	geen link gemaakt v genoemde standaarden	Ja	Aangepast.
NHG	Pag 65	regel 2095: link werkt niet	Ja	Aangepast
NHG	Pag 66, regel 2095	De link "niet traumatische knieklachten" werkt niet	Ja	Aangepast
NHG	Pag. 53 en 61.	Ik heb nog nooit een osteochondritis dissecans in de praktijk gezien. Prevalentiecijfers ontbreken maar volgens mij is het erg zeldzaam. Het onderscheid met het patellofemoraal syndroom is lastig als het klinisch beeld alleen wordt omschreven als pijn, stijfheid en soms zwelling. De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten wijt er ook niet meer woorden aan. In die zin is het wel consistent maar moet een dergelijke aandoening wel zoveel aandacht krijgen? Bij de rug zijn er wellicht ook nog wel zeldzame oorzaken van rugpijn die niet genoemd worden. Schrappen valt te overwegen maar dan zou de NHG-Standaard wellicht ook aangepast moeten worden.	Ja	Aangepast. Osteochondritis dissecans is als zeldzame aandoening weggelaten uit de LESA.
NHG	Pag. 61, reg 1960	De röntgenfoto staat onder het kopje osteochondritis dissecans, wat impliceert dat dit zichtbaar is op de tunnelopname. Misschien erbij schrijven dat de foto niet afwijkend is? Of leuker nog zou toevoeging zijn van een foto waarop de afwijking zichtbaar is.	ja	Aangepast. Osteochondritis dissecans is weggelaten.
NVvH	1973	Ik zou dit beleid wel willen laten toetsen door een kinder orthopaed: lijkt mij dat kinderen met osteochondritis dissecans ook verwezen dienen te worden		Aangepast. Osteochondritis dissecans wordt geheel buiten beschouwing gelaten.
NHG	Pag. 54 en 63.	Het gaat hier om een (niet-traumatische) harde zwelling en niet om een weke delen zwelling die elders wordt beschreven. Ook hier geldt dat een bottumor erg zeldzaam is (<1 op 100.000) en bovendien zich niet alleen beperkt tot de knie. Het niet-pluis gevoel is überhaupt een reden voor nader onderzoek of verwijzing, bij welk probleem dan ook, dus vind ik geen sterk argument. Overwogen kan worden om het **te schrappen of** om de **formulering van de indicatie te beperken** tot 'bottumor'.	Ja	Aangepast. '*zwelling en niet-pluis gevoel'* vervangen door 'verdenking bottumor'
NHG	Tabel	In de tabel: "vermoeden van.." let op consistentie	-	Aangepast.
NVvR	1846	Is **een** apofysitis	Ja	Aangepast
NVvR	1866/1868	Letsel kunnen ontstaan/ meniscus letsel ontstaat vaak (herhaling)	Ja	Aangepast

NVvR	1890	Wat te doen bij geen fractuur = retour huisarts. Hoe het er nu staat kan geïnterpreteerd worden alsof wij een verband aan gaan leggen o.i.d..	Ja	Aangepast
NVvR	1891	NB hierover informeert de huisarts de patiënt Dit staat niet beschreven bij de LWK en echo. Het kan korter; vervolgbeleid bij (geen) fractuur.	Ja	Aangepast, verwijderd.
NVvR	1894	Akkoord doorsturen. Is dat nodig dan?	Ja	Aangepast: verwijderd
NVvR	1931	Verwijst door naar de SEH (trauma of ortho)	Ja	Aangepast
NVvR	1934	Bij geen fractuur en aanhoudende klachten	Ja	Aangepast
NVvR	1976	Verwijst de huisarts naar de chirurg→ **orthopeed**	Ja	Aangepast. Vervangen door orthopedisch chirurg
NVvR	2010	Hoezo relevante nevenbevindingen hier niet van toepassing? Artrose?	Ja	Aangepast. Artrose toegevoegd als relevante nevenbevinding
NVvR	2040	Osgood schlatter. Beeldvorming kan de diagnose wel bevestigen	Ja	Aangepast. Osgood schlatter wordt weggelaten
NVvR	2054	Verwijzing naar de (orthopedisch) chirurg	Ja	Aangepast
NVvR	2058	Verwijzing naar de (orthopedisch) chirurg	Ja	Aangepast
NVvR	2063	Wordt. (Staat 2x in de zin)	Ja	Aangepast
NVvR	2068	Fixed flexion / Rosenberg	Ja	Aangepast. ‘Rosenberg’ toegevoegd
NVvH	1975	Verwijzen naar trauma of orthopedisch chirurg	Ja	Aangepast.
NVvH	56; 1894	Patella luxatie staat niet als aparte indicatie vermeld, terwijl het hier wel specifiek genoemd wordt	ja	Aangepast.
NVvH	62; 1975	Bij een necrotische OCD haard wordt doorgaans toch verwezen naar de orthopedisch chirurg; nu staat er alleen het woord “chirurg”	Ja	Aangepast.

Afzender	Bijlagen 1-9 (P67 – P87)		Aangepast ja/nee	Reden
NVvR	2219	Knelpunten Een aantal knelpunten zijn niet of onvoldoende opgelost (bv 24/7 beschikbaarheid). Vele aangereikte 'oplossingen' zijn aan de andere kant te stringent geformuleerd.	nvt	Ter kennisgeving aangenomen.
FMCC	70; 2263	Wordt met 'niet uniforme verslaglegging' ook niet uniforme terminologie bedoeld. Dat laatste is namelijk ook een knelpunt doordat verschillende synoniemen, die de huisarts niet altijd bekend zijn, worden gebruikt.	nvt	Ter kennisgeving aangenomen
FMCC	83	Geruststelling patiënt kan ook een indicatie zijn	ja	Aangepast. Aanvulling onder uitgangspunten over inzet passende aanvullende diagnostiek.
NHG	P74 (en regel 2300)	Inzagerecht is een kans: patiënt hoeft de uitslag alleen nog bij andere bevindingen met de aanvrager te bespreken en kan anders zelf de uitslag gewoon lezen. Uitdaging voor de radiologie om (online bijvoorbeeld met thuisarts.nl) in te richten dat patiënten de interpretatie zelf kunnen doen..	Nee	Ter kennisgeving aangenomen
NHG	Bijlage 7 p85	Is hierover een leverancier als Zorgdomein geconsulteerd? Zie ik niet terug, lijkt me relevant.	Ja	Aangepast. Toegevoegd in het implementatieplan**.**
NHG	Pag 83, regel 2337	Echo bij nefrolithiasis, moet daar ook niet een X BOZ bij ? zie ook regel 754	ja	Aangepast. Formulering uit regel 852-853 overgenomen
NHG	Bijlage 7, pag 85	Bij ieder item nog een hokje "anders", want bv aspecifieke lage rugklachten geven (onder druk vd pat) toch nog wel eens reden om een foto te maken; het beleid wordt nu eenmaal niet alleen volgens de richtlijnen bepaald	ja	Aangepast. In ieder hoofdstuk een hokje 'overig; ….' toevoegen
	Pagina 83 r 2335-2340	Er staat een * achter diagnostische onzekerheid. Dit sterretje wordt niet nader toegelicht	ja	Aangepast, onderaan de bijlage: *zie tabel 5.2 voor alarmpunten (alarmsymptomen) uit tweedelijns richtlijn weke delen tumoren
NVvR	P86	Implementatieplan. Dit is nog een uitdaging. Uiteraard is er een lokale huisartsenorganisatie met wie je prima afspraken kan maken, want de huisartsen die het bestuur vormen zijn welwillend en willen graag de samenwerking met de radiologie	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Wordt meegenomen in implementatiefase.

		optimaliseren. Probleem is de zeer uiteenlopende achterban die allemaal hun eigen mening hebben en houden. Mbt buikechografie is de enige oplossing die ik nu zie om de aanvragen van huisartsen vooraf goed of af te keuren en dan pas in te plannen. Ik ben ervan overtuigd dat een deel van de huisartsen in onze regio dit prima document niet lezen, zich er niks van aan trekken en doorgaan met hun eigen routine. Als jullie nog suggesties hebben, ik hoor het graag.		
NVvR	P72	Met betrekking tot de eerste opmerking op pagina 72. Het is in onze ogen onverstandig om het bestaande systeem van eerste lijn en SEH een zijspoor te creëren waarbij we de radiologen verantwoordelijk maken voor een patiënt die zich op de afdeling radiologie bevindt in de NAW tijden. Hierdoor wordt de dienstbelasting van de radiologen niet alleen aanzienlijk verzwaard. Ook de belasting van de laboranten neemt toe. Kostenbesparing is nog maar de vraag. Diensten verzwaring is eminent. Daarnaast is er een duidelijke lijn in NL. Eerste lijn als het kan, spoed / SEH als het moet. Dus een vraag die met een simpele foto kan worden opgelost kan ook wachten tot de volgende ochtend. Een simpele echo steentje kan ook conservatief. Tenzij er een kliniek/ lab is die spoedeisend is. Dan verwijzen naar de SEH Dus welke probleem lossen we hier mee op. Wij, als radiologen Nij Smellinghe, willen aangeven dat we enkele jaren geleden Friesland breed hebben besloten om juist dit probleem bij de huisarts en SEH te laten en niet de niet-spoedzorg spoed te laten maken omdat dat prettiger is voor de huisarts. Spoedzorg naar de SEH en niet spoed buiten de NAW uren op de radiologie afdeling. Wij zouden dan ook graag de opmerkingen tot 24/7 zorg niet terugzien in het bespreekdocument.	ja	Aangepast. -Toegevoegd als punt voor regionaal overleg. -knelpunt wordt niet verder geadresseerd, is bespreekpunt voor regionaal overleg.

Afzender	Overig commentaar	Aangepast ja/nee	reden
NHG	Ik mis diagnostiek van de heup? En van het bekken bij verdenking # ramus inferior bijvoorbeeld, de schouderluxatie? AC luxatie bij fietsers, spaakverwonding diagnostiek	ja	Aangepast. In methode duidelijker beschreven hoe tot de selectie is gekomen.
NHG	Bij een opvallend aantal delen van de LESA krijg ik het idee dat de 2e lijn heeft meegeschreven om meer verwijzingen te krijgen door huisartsen de toegang tot diagnostiek te beperken...	Nee	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	Misschien nog meer te zeggen over vergoedingen en consequenties voor eigen risico?	Nvt	Ter kennisgeving aangenomen. Buiten de scope van deze LESA
NHG	Het meenemen van beelden naar een nieuw ziekenhuis (bijv na verhuizing) is nog steeds problematisch, hoe werkt, dat, wat is belangrijk?	nvt	Ter kennisgeving aangenomen. Reëel probleem maar buiten de scope van deze LESA
NHG	Ik heb er gedetailleerd naar gekeken en vind het een prachtige LESA. Complimenten voor het overzicht, de helderheid en leesbaarheid, ook steeds met keurige samenvattingen, zowel van indicaties als geen indicaties. Ik denk dat we de huisarts (en radioloog) hier veel plezier meedoen.	Nvt	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	Ik heb het met name met veel plezier gelezen. Een echte aanvulling! Commentaar heb ik zo niet.	Nvt	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	Tabelletjes zijn niet consistent (soms wel indicatie/ geen indicatie). De voorkeur is om 'geen indicaties' WEL mee te nemen bij alle tabellen (en niet slechts bij enkelen)	ja	Aangepast.
NHG	Naamgeving hoofdstukken: voorkeur om in de titel het onderzoek / locatie → Hfdst radiologische diagnostiek, bij schouder ook echo, abdomen ook echo, knie alleen x-foto. Heel duidelijk maken wat wanneer aanvragen; meer uit de titels.	ja	Aangepast.
NHG	Tav het woord alarmsymptomen. In het kader van spoed vind ik dat een lastig woord. Soms gaat het om aanwijzingen voor kanker, soms moet je 112 bellen. Misschien wat eerder in de tekst beschrijven wat ermee wordt bedoeld?	ja	Aangepast naar alarmpunten, conform tweedelijnsrichtlijn weke delen.
NHG	Een mooie samenvoeging van de verschillende aanbevelingen in de richtlijnen. Het geeft een goed houvast en bakent het handelen van de huisarts mooi af, zeker een lesa met meerwaarde.	Nvt	Ter kennisgeving aangenomen.
NHG	Ik mis de inbreng van de patiënt, in de praktijk wordt veel onderzoek gedaan ter uitsluiting van zaken die de patiënt belangrijk vindt. Hieraan wordt geen aandacht besteed. Overwegingen bij deze problematiek de voor en nadelen hiervan als apart generiek onderdeel in plaats van bij ieder lichaamsonderdeel, zouden een welkome aanvulling bieden.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Patientenfederatie is vertegenwoordigd in de werkgroep en betrokken in de commentaarronde.

NHG	algemeen	De onderwerpen zijn ontrafeld in diagnosen en wat daarvoor aan beeldvorming in de 1e lijn afgesproken is, dit is een versimpeling van de werkelijkheid die wat ouderwets lijkt gezien de veroudering en de toegenomen complexiteit. Hier spelen 2 aspecten: Ten eerste: de zorg wordt complexer met meerder aandoeningen en meerdere afwegingen dan alleen het medisch technische zoals het samen beslissen. Ook de behoefte aan diagnostiek maar niet aan behandeling en de wens liever niet naar het ziekenhuis te gaan bij vooral ouderen wordt niet benoemd en de mogelijkheden worden niet verkend. Ten tweede: De beeldvormingsmogelijkheden van de eerste lijn beperken zich in deze lesa vooral tot röntgen onderzoek en echografie. De mogelijkheden en onmogelijkheden van MRI en CT onderzoek in eigen beheer worden niet geëvalueerd. In de praktijk wordt dit wel veel aangevraagd door huisartsen. Meer inzicht in de beweegredenen hiervoor is op zijn plaats evenals de toegevoegde waarde. Samenvattend: het gaat niet alleen meer om de relatief jongere patiënt met een enkele aandoening maar vaak is er een complexiteit van meerdere aandoeningen, het wegen van behandelwensen en het samen beslissen. Deze aspecten zijn niet behandeld in de lesa wat een gemis is.	Ja	Aangepast. - Aanvulling onder uitgangspunten over inzet passende aanvullende diagnostiek - toelichting op selectie onderwerpen in methode - de werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NHG	algemeen	Het uitsluiten van metastasering bij een maligniteit in de voorgeschiedenis komt steeds meer voor door een hogere overleving van ex-kankerpatienten. Specifieke aanbevelingen hiervoor zijn op zijn plaats misschien niet binnen deze lesa maar wel belangrijk. Een directe verwijzing naar de oncoloog bij iedere pijn die optreed bij een ex kankerpatient? Is dat werkbaar voor de huisarts en de oncoloog? Of was de verwijzing beter naar de neuroloog of de chirurg, hmmm orhtopaed? Pff uiteindelijk was het een longmetastase die pijn in de rug gaf, moest het toch de longarts zijn. Had ik dan toch maar eerst die thorax gemaakt. Dat heeft de longarts me trouwens ook nog even fijntjes medegedeeld. Er was echt alleen drukpijn over/naast de wervel verdenking metastase aldaar. De patiënt is wel op veel plekken in het ziekenhuis geweest zo voordat e.e.a. duidelijk werd dat kostte ook tijd. Ze stelde daar vragen over en ik kon haar niet zo goed uitleggen waarom het niet efficiënter kon en zoveel tijd moest kosten.		Ter kennisgeving aangenomen. Past bij aanvulling onder uitgangspunten als inzet passende aanvullende diagnostiek
NVvR		Mijns inziens wordt gepoogd teveel te regelen met deze Landelijke samenwerkingsafspraken, waarbij geadviseerd wordt om daar (regionaal) niet van af te wijken.		Aangepast. Zin "*geadviseerd wordt niet af te wijken van deze aanbevelingen*" is weggelaten.

NVvR		In dit document lijkt voorbij te zijn gegaan dat radiologische onderzoeken vaak ook worden gebruikt om (ernstige) alternatieve diagnosen uit te sluiten. Hierdoor kan je dus niet zeggen dat bij bijvoorbeeld de verdenking diverticulitis een echo niet is geïndiceerd, mogelijk alternatieve diagnose coloncarcinoom zal dan te laat worden ontdekt.		Ter kennisgeving aangenomen. Past bij aanvulling onder uitgangspunten als inzet passende aanvullende diagnostiek
NVvR		Landelijk is er de wens om meer zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn te verplaatsen. Door het uitsluiten van verschillende soorten radiologische diagnostische technieken voor verschillende (mogelijke) diagnosen, wordt de verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn ernstig bemoeilijkt.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Visie/wens opgenomen in bijlage kennishiaten.
NVvR		Het **uitsluiten van MRI** als mogelijk onderdeel van het diagnostisch palet van de huisarts is **niet wetenschappelijk** onderbouwd. Ook staat het in de weg van toekomstige ontwikkelingen in de screening van bijvoorbeeld prostaat en mamma. Uitsluiting zal de zorg duurder maken (de patiënt zal dan enkel voor het aanvragen van dit onderzoek moeten worden verwezen naar de tweede lijn waar een DOT geopend wordt).		De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NVvR		Het nut van het opnemen van (een selectie van indicaties) twijfelachtig, per definitie incompleet; in de NHG en andere richtlijnen laten lijkt me beter. Wie zorgt voor "synchronisatie" van versies / updates?	Ja	Ter kennisgeving aangenomen. Zie ook paragraaf geldigheid.
NVvR		twijfelachtig om hier een soort "verslagrichtlijn" per indicatie te noteren ("te benoemen zaken"); ligt bij de verschillende secties toch? is daarbij behoorlijk beladen en er is vermoedelijk bij nog maar weinig indicaties echte consensus binnen radiologen-land; dat kun je toch niet met zo'n richtlijn gaan platslaan?; riekt naar 'vereist structured reporting'; wat is juridische implicatie als radioloog niet dit soort "kookboeken" volgt?	ja	Aangepast: niet bedoeld als norm maar als aandachtspunt
NVvR		CT en dexa onderzoek wordt hier nergens benoemd. Ook deze heeft zeker een plaats in de huisartspraktijk.	nee	Ter kennisgeving aangenomen. Valt buiten scope van de LESA.
NVvR		Een substantieel deel van de radiologische diagnostiek over laten aan lokale afspraken met zorgverzekeraars zal leiden tot een onwerkbare situatie waarbij de ene zorgverzekeraar een bepaald onderzoek wel toestaat en de andere niet. Dit leidt tot toename in administratieve lasten en is dus onwenselijk.	ja	Ter kennisgeving aangenomen
NVvR		R 2117 en 2131 Nederlandse Vereniging voor Radiologie (niet van)	ja	Aangepast
NVvR		huisarts kan/mag geen X aanvragen bij gonartrose en lage rugpijn/spondylosis. Ik denk dat dit in de algemene huisarts praktijk heel veel discussie en onvrede bij patiënten gaat opleveren.	nvt	Ter kennisgeving aangenomen. Aanbeveling is conform NHG-Standaard
NVvR		langdradig stuk met veel doublures, uitgekauwde uitleg en breed uitgemeten beschrijvingen van al elders vastgelegde procedures, bv. de onverwachte bevindingen.	nvt	Ter kennisgeving aangenomen. Het is de bedoeling om de verschillende hoofdstukken onafhankelijk van elkaar

				te kunnen lezen, en te gebruiken voor lokale afspraken.
NVvR		de ruimte voor MRI op blz 12 vrij zuinigjes (op zich wel feitelijk juist). Is het niet beter om de deur voor lokale mogelijkheden/afspraken voor de MRI iets nadrukkelijker open te houden door expliciet te benoemen dat lokaal/regionaal in strikt overleg tussen huisartsen en radiologen voor beperkte indicaties MRI wel toegankelijk blijft voor de eerste lijn?	Ja	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
NVvR		In de verslagmodule wordt melding gemaakt dat de conclusie voorzien moet worden van een advies – zullen we daar a.u.b. aan toevoegen "als relevant", want anders kost het heel veel open deuren.	Ja	Aangepast
NVvR		Er staat niks beschreven over de omgang met de (uitdrukkelijke) wens van de patiënt om aanvullende beeldvorming te krijgen	Ja	Aangepast. Past bij aanvulling onder uitgangspunten als inzet passende aanvullende diagnostiek
NVvR		Niks beschreven over de X CWK dan wel CT CWK, (door huisarts of direct doorverwijzen naar SEH?).	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. CWK valt buiten selectie onderwerpen. Toegelicht in methode bijlage.
NVvR		Echografie MSK niet beschreven behoudens de echo schouder. Echo heupen dysplasie niet beschreven.	Nee	Ter kennisgeving aangenomen. Onderwerpen vallen buiten selectie. Toegelicht in methode bijlage.
NHG		Het is wel een uitgebreid en weinig kernachtig verhaal; komt er nog een samenvattingskaartje?	Nee	Een samenvatting is te vinden in bijlage 6 en 7.
NHG		Verder is het wel erg streng, Er zijn ook redenen die niet strikt medisch zijn waarbij een verdere echo of röntgen een verwijzing voorkomt.	Nee	Zie aanvulling onder uitgangspunten over inzet passende aanvullende diagnostiek.
NHG		Er staan veel behandeladviezen in, zoals bijvoorbeeld bij regel 951-952. Deze kun je beter schrappen, die staan in de standaarden. Dan graag meer tabellen met specificiteit sensitiviteit.	Nee	Niet aangepast
NVOG		Tabel over cystes uit onze richtlijn "het vergroot ovarium" hoort niet in deze Lesa thuis.	Ja	Aangepast. Tabel uit de LESA gehaald.
NVOG		Verwachting is dat het kader voor veel verwarring zal zorgen. Bovendien gaat de LESA over nevenbevindingen zoals 'simpele cysten' en in de tabel gaat het ook over teratomen en endometriomen. RL is een RL voor de 2e lijn en die is niet automatisch van toepassing voor de 1e lijn.	Ja	Aangepast. Zie ook commentaar op H4.

NVvR		Ondanks het vele werk dat is geleverd met het afleveren van dit 87 tellend stuk heb ik met enige verbazing de concept-teksten gelezen. Het leest meer als een kookboek voor radiologie, een samenvatting van richtlijnen van de NVvR en de NHG standaarden. Ik mis in dit stuk de visie van de rol van de eerstelijnsdiagnostiek met betrekking tot de **als maar uitbreidende diagnostiek**, **nieuwe werkwijzen**, **verbetering en versterking van 1 1/2 lijnszorg**. Veel zorg wordt m.i. nog geleverd in een te duur ziekenhuis met vele soms weinig zinvolle polikliniek bezoeken aan poortspecialisten. In de eerste pagina wordt bijv. geschreven dat een CT-Thorax 5.5 mSv zou zijn, voor veel indicaties zou een low-dose CT kunnen worden aangevraagd met vaak een dosis <1 mSv. Ik mis de rol van radioloog als "triagist" zoals wij bijvoorbeeld al jaren werken op onze Breast Clinic of nu sinds kort de BIRADS 0 verwijzingen van het bevolkingsonderzoek. Dit soort "zorgpaden" zouden ook ontwikkeld kunnen worden voor schildklier aandoeningen, nierstenen, etc. Ik vrees dat dit rapport weinig zal worden gebruikt in de huidige aan dagelijkse praktijk, het is meer een bijna gedateerde procesbeschrijving. Ik mag hopen dat de werkgroep probeert deze visie te verwerken in de definitieve versie. Graag verwijs ik ook naar het visie document van de NVvR.		Terecht punt. Visie valt op zich buiten de scope van de LESA maar behoeft wel een vervolg. Opgenomen als kennishiaat/ witte vlek in bijlage kennishiaten.
NVvR		Tot wanneer en hoe kunnen we commentaar leveren op deze afspraken? Ik vind ze nl weinig vernieuwend en niet echt in lijn met beleidsvisie NVvR waar radiologen een belangrijkere rol in de eerste lijn zouden kunnen gaan spelen (zie ook de veranderde werkwijze tav mammadiagnostiek).	Nee	Ter kennisgeving aangenomen.
NVvR		Bij de diagnostiek van het prostaatcarcinoom wordt steeds meer duidelijk dat de rol van MRI naar de voorgrond verschuift. Om kosten te besparen moet de mogelijkheid bestaan deze in 1e of 1½ lijns setting te laten plaatsvinden. Om geen ruimte te bieden in dit LESA document zal een verplaatsing van zorg naar de 1e of 1½ lijns setting in de weg staan. De "NVVR werkgroep diagnostisch prostaatkanker zorgpad" benadrukt de noodzaak hiervoor ruimte te beiden in het document LESA radiologische diagnostiek.	nee	De werkgroep heeft besloten de toepassing van MRI buiten de LESA te houden. De motivatie is te vinden in de bijlage 'kennishiaten'.
FMCC		De LESA zet nog sterk in op een scheiding tussen eerstelijns versus tweedelijnsdiagnostiek daar waar binnen de regio's steeds meer zogenaamde lijnloze trajecten worden ingezet	ja	Aangepast. Verwerkt in paragraaf regionale afspraken en kennishiaten

		waar deze scheiding minder opportuun is. Wij noemen daarbij zorgpad LRS als voorbeeld naast het mamma care zorgpad.		
FMCC		mi kloppen de uitgangspunten en is het goed dat per verdenking op een aandoening staat weergegeven welke diagnostische tools het beste kunnen worden ingezet , hoe elkaar te informeren te rapporteren en door te verwijzen. Tevens mi goed dat er wederom wordt opgeroepen om de LESA te vertalen naar de regionale/ lokale situatie. Vraag me af of het realistisch is om diagnostische beelden te willen delen: kunnen de (huisartsen) systemen dat aan; zijn huisartsen daarin geïnteresseerd, kunnen huisartsen dat interpreteren. Wat ik niet zo snel gezien heb of er ook mechanismen van reflecterend testen (zoals we dat met lab diagnostiek kennen) inzit; als de huisarts met een diagnostisch probleem zit en hij vraagt beeldvormende diagnostiek A aan en die is niet conclusief voor de klinische vraagstelling, kan/mag de radioloog dan andere /aanvullende technieken B inzetten om het diagnostische probleem op te lossen.	ja	Aangepast. Verwerkt in paragraaf regionale afspraken en kennishiaten

NOV		Geen commentaar	nvt	nvt
NVALT		Geen commentaar	nvt	nvt
NVN		Geen commentaar	nvt	nvt
NVVC		Geen commentaar	nvt	nvt
PatFed		Geen commentaar	nvt	nvt
NVU		Geen commentaar	nvt	nvt
NIV		Geen commentaar	nvt	nvt
NVMDL		Geen commentaar	nvt	nvt
Patiënten Federatie		Geen commentaar en akkoord	nvt	nvt