Nummer	Organisatie	Module	Pagina	Regel	Commentaar	Reactie werkgroepleden
1	NOG	Overig Commentaar	0	0	Dit is een te lange, te slecht samengevatte aanpassing. Van hoeveel perifere oogartsen verwacht u commentaar?. Ook na bestudering van alle 52 blz weet ik niet wat nu precies de aanpassingen zijn.	Bedankt voor uw reactie. Zoals in het begeleidend schrijven was gesteld stonden alle wijzigingen stonden in geel gemarkeerd. De belangrijkste wijzigingen zitten in de aanbevelingen, maar de nuance rondom de aanbevelingen zijn essentieel om de module te kunnen beoordelen. Daarom hebben we geen samenvatting voorgelegd maar de gehele module met de wijzigingen geel gemarkeerd.
2	NOG	Module BICAT	0	1	Alweer die strikte plek voor vinkjes. Preventie van endophthalmitis moet in Nederland toch inmiddels bekend zijn mey ons registratie systeem. 1/5000? Bicat 1/25.000.000? Waar hebben jullie het eigenlijk over?	In 2023 was de prevalentie van endophthalmitis 1 op 7084. Er zijn in dat jaar 184172 cataractextracties uitgevoerd.
3	NVZA	Module BICAT	16	3	De NVZA heeft eerder bezwaar gemaakt tegen de eis om verschillende batches van medicijnen te gebruiken. NOG en NVZA hebben hier meerdere gesprekken over gevoerd en zijn voor de Nederlandse situatie tot een compromis gekomen. Hier wordt alleen verwezen naar het originele document uit 2009, de uitkomsten van het compromis worden niet benoemd.	Het klopt dat de NVZA en het NOG tot een compromis zijn gekomen. In juni zijn de uitkomsten van deze compromis gelijk opgenomen in de richtlijn: https://www.oogheelkunde.org/nieuwsberichten/update-implementatie-bilaterale-cataract-chirurgie/ . In de huidige update is de alinea waarin dit wordt beschreven: 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' dan ook niet aangepast. Deze aanpassing is te vinden in de paragraaf 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' op pagina 20. Omdat de eerste zin van de overwegingen verwarring kan geven is daar een zin toegevoegd: 'Zie voor een specificatie van deze maatregelen voor de Nederlandse situatie de paragraaf ‘Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie’.'
4	De Oogvereniging	Module BICAT	18	19	Makkelijker druppelschema anders benoemen? Druppelschema wordt niet anders (makkelijker), ik zou het een minder belastend druppelschema noemen, het hoeft niet 2 keer 3 weken, maar 1 keer 3 weken beide ogen druppelen	Dank voor de suggestie. We hebben dit aangepast.
5	NVZA	Module BICAT	19	42	De NVZA heeft eerder bezwaar gemaakt tegen de eis om verschillende batches van medicijnen te gebruiken. NOG en NVZA hebben hier meerdere gesprekken over gevoerd en zijn voor de Nederlandse situatie tot een compromis gekomen. Hier wordt alleen verwezen naar het originele document uit 2009, de uitkomsten van het compromis worden niet benoemd.	Het klopt dat de NVZA en het NOG tot een compromis zijn gekomen. In juni zijn de uitkomsten van deze compromis gelijk opgenomen in de richtlijn: https://www.oogheelkunde.org/nieuwsberichten/update-implementatie-bilaterale-cataract-chirurgie/ . In de huidige update is de alinea waarin dit wordt beschreven: 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' dan ook niet aangepast. Deze aanpassing is te vinden in de paragraaf 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' op pagina 20. Omdat deze zin in de kostenparagraaf verwarring kan geven is daar een zin toegevoegd: ..'en de specificatie hiervan voor de Nederlandse situatie, zie hiervoor ‘Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie‘.

6	NOG	Module BICAT	20	35	Er wordt gesuggereerd dat het duurzamer is als patiënte twee reisbewegingen naar het ziekenhuis minder maakt. Hier wordt uitgegaan dat deze dagen klimaatneutraal worden ingevuld als patiënt niet hoeft te komen. Dit is uiteraard op z'n minst onbekend. Een patiënt in een verpleeghuis naar alle waarschijnlijkheid wel. Een groot deel zal wellicht op deze dagen andere reisbewegingen maken (werk, dagje weg etc). Als dit niet meegenomen wordt lijkt me dit een confounder die de stelling ontkracht.	Het is inderdaad onduidelijk wat de patient gaat doen op de dag dat deze niet extra naar het ziekenhuis hoeft te komen. Puur voor de zorg die geleverd wordt zijn er minder reisbewegingen te maken.
7	NOG	Module BICAT	20	35	Het lijkt me niet verstandig (en al helemaal niet evidence based) om hier al dropless surgery te vermelden. Deze regel moet dus weggelaten worden.	Bedankt voor dit commentaar, het is inderdaad beter om hier niet op vooruit te lopen.
8	NVZA	Module BICAT	20	47	De NVZA heeft eerder bezwaar gemaakt tegen de eis om verschillende batches van medicijnen te gebruiken. NOG en NVZA hebben hier meerdere gesprekken over gevoerd en zijn voor de Nederlandse situatie tot een compromis gekomen. Hier wordt alleen verwezen naar het originele document uit 2009, de uitkomsten van het compromis worden niet benoemd.	Het klopt dat de NVZA en het NOG tot een compromis zijn gekomen. In juni zijn de uitkomsten van deze compromis gelijk opgenomen in de richtlijn: https://www.oogheelkunde.org/nieuwsberichten/update-implementatie-bilaterale-cataract-chirurgie/ . In de huidige update is de alinea waarin dit wordt beschreven: 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' dan ook niet aangepast. Deze aanpassing is te vinden in de paragraaf 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' op pagina 20. Omdat deze zin verwarring kan geven is daar een zin toegevoegd: 'Zie voor een specificatie van deze maatregelen voor de Nederlandse situatie de paragraaf 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie'.'
9	NOG	Module BICAT	20	48	betreffende de kosten: wellicht hier toevoegen: 'van vervoer, tijd en verzorging betreffende de patien" of iets dergelijks, zodat duidelijk is en blijft dat de operatie en ziekenhuiskosten niet relevant lager zijn. Kortom het is niet de bedoeling dat ziekenhuizen of klinieken gekort gaan worden vanwege het invoeren van ISBCS	Dank voor de suggestie. We hebben dit aangepast.
10	NOG	Overig Commentaar	20	49	schrijffoutje: laatste afkorting staat IBSCS ipv ISBCS	Dank voor de suggestie. We hebben dit aangepast.

11	NOG	Module BICAT	21	1	betreft de aanbevelingen bovenaan de pagina: die twee zijn nogal dwingend geformuleerd. Aangezien er collega's zullen zijn die eea nog moeten implementeren, en ook collega's die nog wat koudwatervrees hebben, moet voorkomen worden dat deze straks, m ijns inziens ten onrechte, klachten van patienten kunnen krijgen die geen ISBCS aanbieden. Anders formuleren dus of anders weglaten. Mijns inziens is niet echt bewezen dat ISBCS beter is, alleen dat het (hoogstwaarschijnlijk) wel even veilig is, mits aan de voorwaarden wordt voldaan.	Een van de doelen van de richtlijn is om ongewenste praktijkvariatie te reduceren. Omdat BICAT nog niet overal wordt toegepast, wordt BICAT ook nog niet met iedere daarvoor geschikte patient besproken. Dit leidt er toe dat het voor de patient uitmaakt in welk centrum of bij welke oogarts deze zijn of haar preoperatieve onderzoek ondergaat of BICAT als optie wordt besproken. Patienten hebben aangegeven dat zij de keuze zouden willen hebben om BICAT te ondergaan in een ander centrum als het nog niet voor handen is in het centrum waar zij het preoperatieve onderzoek hebben ondergaan of bij een andere oogarts als de betreffende arts het principieel (nog) niet wil uitvoeren. De sterk geformuleerde aanbevelingen hebben dus niet als doel dat ieder centrum BICAT moet kunnen aanbieden of dat iedere oogarts het moet toepassen maar wel dat iedere oogarts het met iedere patient die ervoor geschikt is te bespreken, zodat de patient de keuze heeft. Bovendien is er een implementatietermijn opgenomen van <3 jaar zodat er voor centra nog voldoende tijd is om het te implementeren.
12	NVZA	Module BICAT	21		In het grijze kader: De NVZA heeft eerder bezwaar gemaakt tegen de eis om verschillende batches van medicijnen te gebruiken. NOG en NVZA hebben hier meerdere gesprekken over gevoerd en zijn voor de Nederlandse situatie tot een compromis gekomen. Hier wordt alleen verwezen naar het originele document uit 2009, de uitkomsten van het compromis worden niet benoemd.	Het klopt dat de NVZA en het NOG tot een compromis zijn gekomen. In juni zijn de uitkomsten van deze compromis gelijk opgenomen in de richtlijn: https://www.oogheelkunde.org/nieuwsberichten/update-implementatie-bilaterale-cataract-chirurgie/ . In de huidige update is de alinea waarin dit wordt beschreven: 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' dan ook niet aangepast. Deze aanpassing is te vinden in de paragraaf 'Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie' op pagina 20. Omdat deze zin verwarring kan geven is daar een zin toegevoegd: 'Zie voor een specificatie van deze maatregelen voor de Nederlandse situatie de paragraaf ‘Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie’.'

Nummer	Organisatie	Overige opmerkingen	Reactie werkgroepleden
1	ZN	Hartelijk dank voor het toesturen van de concept module BICAT (richtlijn Cataract). Zorgverzekeraars Nederland vertrouwt erop dat de opstellers in dit document beschreven hebben wat goede zorg is. Wij willen hen erop wijzen dat de beschrijving van goede zorg, niet betekent dat het ook een verzekerde prestatie betreft. De Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de zorgverzekeringswet. Voordat een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van een bepaalde vorm van zorg, zal de Zorgverzekeraar moeten vaststellen of er sprake is van rechtmatige en doelmatige zorg. Wij adviseren daarom om: 1) Onderstaande disclaimer op te nemen in de Richtlijn Een Richtlijn beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Ook is niet alle in de Richtlijn beschreven zorg, automatisch onderdeel van het verzekerde pakket. 2) Duidelijk in de Richtlijn aan te geven, indien van toepassing, wat het standpunt is van het Zorginstituut. Zorgverzekeraars zijn verplicht, conform deze standpunten, zorg in te kopen. Mocht men in de toekomst deze Richtlijn aanbieden aan de Zorgverzekeraars, om tripartite in te dienen bij het Register van het Zorginstituut, dan zijn onder andere bovengenoemde punten van belang, voordat goedkeuring door de Zorgverzekeraars gegeven zal worden. Wij houden ons zeker aanbevolen en verzoeken u, wanneer in het verdere proces een definitieve Richtlijn klaar is, om die opgestuurd te krijgen.	Hartelijk dank voor uw reactie.
2	IGJ	Stukken zijn niet gelezen/beoordeeld door IGJ	Hartelijk dank voor uw reactie.
3	V&VN	niet uitgezet	Hartelijk dank voor uw reactie.
4	NVZ	NVZ-criteria beoordelen concept professionele standaard. Professionele standaard = kwaliteitsstandaard, leidraad, medische richtlijn of anderszins. Zie definities p.12 Aqua-Leidraad (zorginzicht.nl) en de Richtlijn voor Richtlijnen | Zorginzicht 1. Alle zorginstellingen dienen de professionele standaard organisatorisch, juridisch én financieel te kunnen uitvoeren. Zonder ingrijpende consequenties voor de praktijk voor: o Algemene en topklinische ziekenhuizen, o Categorale instellingen en o Medisch specialistische revalidatie-instellingen. 2. Maak drie overzichten onderdeel van de professionele standaard om consequenties voor de praktijk van zorginstellingen te kunnen beoordelen: a. Samenvatting met als onderdeel organisatie van zorg. b. Implementatieplan met inzicht in financiële, juridische en organisatorische consequenties. • Concretiseer barrières, knelpunten, risico's en oplossingsrichtingen. • Verandering in administratieve lasten, FTE, kosten, productie en IT. • En benoem verantwoordelijke partijen voor oplossingsrichtingen. • Zie goed voorbeeld p. 30 & 31 Kwaliteitsstandaard Organisatie van moleculaire pathologie diagnostiek in de oncologie (zorginzicht.nl) c. Overzicht van het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie. 3. Maak de volgende IZA-afspraken in ieder geval onderdeel van de professionele standaard: o Neem aanbevelingen op die voldoende wetenschappelijk bewezen zijn. o Evalueer huidige zorg. o Integreer duurzaamheid, passende zorg & preventie. o Ontregel de zorg: verminder administratieve lasten en regeldruk; zijn aanbevelingen, radicaal simpel en zinnig? 4. Geef aan in welke categorie van de governance-afspraak 2019 FMS, NFU en NVZ de professionele standaard valt om te beoordelen of deze haalbaar is: o Categorie 1: geen impact op de organisatie van zorg, o Categorie 2: twijfel o Categorie 3: grote impact; eventueel volgt dan een Business Impact Analyse. Bovenstaande criteria helpen zorgen dat zorginstellingen definitieve professionele standaarden, wetten en regels kunnen uitvoeren. En zijn onderdeel van de WKKGZ en extern toezicht. Alle >2.500 definitieve wetten, regels en professionele standaarden voor zorginstellingen zijn te raadplegen op het portaal van de zorginstelling via de Lorenz compliancetool voor risicomanagement | NVZ (nvz-ziekenhuizen.nl) van NVZ, NFU en ZKN.	Bedankt voor de reactie. In de implementatietabel heeft de werkgroep per aanbeveling aangegeven wat de mogelijke effecten zijn op de kosten. In zijn algemeenheid zullen de aaanbev elingen geen substantiële financiële of organisatorische gevolgen hebben voor de ziekenhuizen.
5	NVZA	Er is afgesproken dat in 2025 de gemaakte afspraken worden geëvalueerd en hierin de eventueel gerapporteerde bijwerkingen en een mogelijk verband met gescheiden batches van medicatie mee te nemen met als perspectief de eis voor gescheiden batches voor de toekomst los te kunnen laten.	Het klopt dat de procedures zullen worden geevalueerd.

6	NVZA	- Ik mis het stuk ten aanzien van welke charge in welk oog gaat dat dit onder de verantwoordelijkheid binnen de OK (oogarts) valt. - Visitatie betrekken van de ziekenhuisapotheker of visitatiecommissie waardoor het stuk kwaliteit van de medicatie ook geborgd wordt (misschien zit dat in de toolkit)	Dit is in feite niet verschillend voor de andere maatregelen uit de richtlijn.
7	NOG	Ik heb te geregeld patiënten waar de refractieve uitkomst van het eerste oog een aanpassing van de target refractie van het tweede oog vereist (los van error) om me er erg comfortabel bij te voelen	Uit de literatuur blijkt dat het over de gehele linie de restrefractie tussen ISBCS en DSBCS ongeveer 0.02-0.03 dioptrie betreft. De werkgroep vindt dit verschil niet klinisch relevant om BICAT hiervoor niet te adviseren.
8	NOG	geen verder commentaar. Dank voor het vele werk!	Hartelijk dank voor uw reactie.
9	NOG	Ik zou in herhaling vallen	Hartelijk dank voor uw reactie.
10	NOG-lid	Er zijn zorgen over de toename van het aantal operaties, TASS, endophthalmitis, en expulsieve bloedingen bij BICAT	De richtlijn werkgroep waardeert de genuanceerde uiteenzetting van de zorgen die bilaterale cataract chirurgie oproept. Momenteel wordt er bij DSBCS vaak ook al aan beide ogen geopereerd en de kwestie of BICAT zorgt voor een toename in het aantal operaties wordt ook in de ethische paragraaf besproken. De werkgroep beaamt daarnaast dat TASS een zorg is en is daarom voorzichtig in haar adviezen over voorzorgsmaatregelen. Voor wat betreft expulsieve bloeding, dit is een complicatie die met de huidige operatietechnieken zelden meer voorkomt. Bovendien is dit risico niet groter wanneer aan beide ogen tegelijkertijd wordt geopereerd want indien dit voorkomt bij operatie aan het eerste oog, wordt afgezien van operatie aan het tweede oog.