Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Hart, Vaat & Longen

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

2021008710

Datum 3 augustus 2021
Betreft Eindevaluatie Zinnige Zorg traject Perifeer Arterieel Vaatlijden

Onze referentie
2021008710

Geachte mevrouw Van Ark,

In augustus 2016 bracht Zorginstituut Nederland het Verbetersignalement '[Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) - Claudicatio Intermittens]' uit. Via deze brief informeren wij u over de eindevaluatie hiervan, die onlangs heeft plaatsgevonden. Wij richten ons hierbij op de verbeterafspraken uit het Verbetersignalement en op de initiatieven van partijen in relatie tot deze verbeterafspraken.

Voor het realiseren van de voorgenomen verbeterpunten is een goede afstemming tussen de betrokken partijen noodzakelijk[1]. Zorginstituut Nederland ziet toe op de voortgang van de verbeterafspraken en op de afstemming tussen partijen. Wij hebben veel waardering voor de inzet van alle betrokken partijen en zien dat de initiatieven vanuit het veld, welke in lijn zijn met het Verbetersignalement, hebben geleid tot een significante verbetering van de zorg voor mensen met CI in de dagelijkse praktijk.

Verbetersignalement 'Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) - Claudicatio Intermittens'
Het Verbetersignalement 'Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) - Claudicatio Intermittens' is het resultaat van één van de projecten binnen het meerjarenprogramma Zinnige Zorg van Zorginstituut Nederland. In de screeningsfase van het project zijn door betrokken partijen onderwerpen benoemd waar verbeterpotentieel ligt en derhalve voor nadere verdieping in aanmerking komen. Deze nadere verdieping is uitgevoerd in de zogenaamde verdiepingsfase met als resultaat het Verbetersignalement 'Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) - Claudicatio Intermittens'. Het Verbetersignalement is mede op basis van de inbreng van landelijke relevante partijen (vertegenwoordigers van patiënten, zorgprofessionals, en verzekeraars) in het veld tot stand gekomen
Het Verbetersignalement 'Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) - Claudicatio Intermittens' laat zien dat er ruimte is voor verbetering op de volgende onderdelen:

- Betere organisatie van enkel-armindex

[1] De volgende partijen zijn betrokken bij de implementatie van de verbeterafspraken: Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV), Harteraad, Vereniging voor Non-Invasieve Vaatdiagnostiek (VNIVD), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), HartVaatHAG en Chronisch ZorgNet.

- Betere toepassing van stepped care zorg, en daarmee meer inzet van gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling
- Beschikbaar maken van goede patiënteninformatie/voorlichting
- Beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie voor de patiënt

Evaluatie verbeterafspraken

Betere organisatie van enkel-armindex

Er is, na het uitbrengen van het Verbetersignalement, door partijen de wens geuit om alle vaatlabs toegankelijk te maken voor de huisarts, zodat de diagnostiek in het vaatlab kan worden uitgevoerd. Partijen geven hier de voorkeur aan omdat het vaatlab een kwaliteitskeurmerk heeft, er een loopbandtest en teendrukmeting ingezet kan worden indien nodig en de uitslag door de vaatchirurg wordt geïnterpreteerd.

Om de EAI in het vaatlab te laten plaatsvinden, onder de regie van de huisarts, zijn er verschillende acties ondernomen. We zien we op basis van recent onderzoek in ZorgDomein (2020) een toename in de toegankelijkheid van vaatlabs voor huisartsen in de regio van 5% naar 40%. Volledige toegankelijkheid van het vaatlab is volgens partijen een belangrijke randvoorwaarde om verdere acties te kunnen ondernemen ten aanzien van dit onderwerp. Het is aan partijen om met elkaar concrete afspraken te maken over het volledig toegankelijk maken van de vaatlabs.

Betere toepassing van stepped care zorg, en daarmee meer inzet van gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling

Het uitgangspunt van stepped care is dat alle nieuw gediagnosticeerde patiënten met CI starten met gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling.. Pas wanneer gesuperviseerde looptraining onvoldoende werkt kan een invasieve behandeling worden overwogen. Het streven is om de norm van 95% te bereiken. Per 1 januari 2017 wordt gesuperviseerde looptraining vergoed vanuit het basispakket. Op basis van declaratiedata zien we een toenemende trend van de inzet van gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling en een afname van het aantal invasieve behandelingen. In 2019 is het percentage patiënten dat als primaire behandeling gesuperviseerde looptraining kreeg gestegen naar 86%. Partijen zijn positief over deze ontwikkeling en hebben er vertrouwen in dat deze trend zich zal voortzetten.

Beschikbaar maken van goede patiënteninformatie/voorlichting

Het Zorginstituut heeft websites van relevante partijen geraadpleegd om de patiëntenvoorlichting in kaart te brengen. Partijen geven aan dat ze de beschikbaarheid van de patiënteninformatie voldoende vinden, wij onderschrijven dit. Meerdere partijen zien wel ruimte voor verbetering bij de inhoud van de keuzehulp. Het is aan partijen de inhoud van de keuzehulp aan te passen zodat de keuzehulp voldoet aan de principes van stepped care.

Beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie voor de patiënt

Er is op dit moment geen kwaliteitsinformatie beschikbaar voor de patiënt over uitkomsten van geleverde zorg in het kader van CI door de huisartsen, fysiotherapeuten of medisch specialisten. Ziekenhuizen leveren in het kader van de Transparantiekalender van het Zorginstituut twee indicatoren aan over verslagjaar 2020.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Hart, Vaat & Longen

Datum
3 augustus 2021

Onze referentie
2021008710

Middels een pilot heeft het Zorginstituut, in samenwerking met partijen, onderzocht of het mogelijk is gebruik te maken van bestaande declaratiedata om de procesindicator inzichtelijk te maken. Op basis van deze pilot wordt geconcludeerd dat het op dit ogenblik niet mogelijk is om declaratiedata te gebruiken voor het inzichtelijk maken van de indicator. Het is aan de betrokken partijen om verdere acties op te ondernemen zodat er kwaliteitsinformatie beschikbaar komt voor de patiënt over uitkomsten van geleverde zorg. Het onderwerp is geagendeerd binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg van de Hoofdlijnenakkoord partners. Daarnaast is PAV opgenomen in de top-52 van aandoeningen waarvoor uiterlijk 2022 uitkomstinformatie moet komen met betrekking tot de MSZ[2].

Onze conclusie
Het Zorginstituut ziet dat dit traject heeft geleid tot significante verbetering van de zorg voor mensen met CI.
We concluderen dat er veel stappen zijn gezet met betrekking tot de verbeterafspraken en er is een positieve trend te zien in de data. De toegankelijkheid tot het vaatlab is vergroot waardoor huisartsen daar een EAI kunnen laten uitvoeren en meer patiënten krijgen gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling. Door het implementeren van stepped care door de betrokken partijen is er een substitutie effect behaald van €30.700.000. Dit betekent een impact van jaarlijks €30.700.000 ten opzichte van de situatie in 2011.

Met de behaalde resultaten en de beschreven vervolgstappen maken de betrokken partijen weer een stap in het verlenen van passende zorg aan patiënten met CI. Het Zorginstituut zal de ontwikkelingen in de zorg voor deze patiënten volgen vanuit het perspectief van samensteller van het pakket van goede verzekerde zorg. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat de partijen zelfstandig de implementatie van de verbeterafspraken voortzetten en daarom kan met dit evaluatierapport het Zinnige Zorg traject PAV binnen het Zorginstituut worden afgesloten.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

[2] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/06/28/rapport-meer-patientregie-door-meer-uitkomstinformatie-in-2022

Zorginstituut Nederland

Eindevaluatie
Perifeer Arterieel Vaatlijden

Zinnige Zorg | ICD-10: IX 173 9

DATUM: 27 JULI 2021

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

“Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”, dat is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt.

Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Kern daarbij is dat we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap confronteren met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden.

De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor het verbeteren van de zorg. Het Zorginstituut maakt eventuele verbeterpunten inzichtelijk, bevordert de onderlinge samenwerking en volgt de resultaten. Zo dragen we bij aan goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Meer informatie over de activiteiten van Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl.

Inhoudsopgave

Samenvatting 4

1 Inleiding 7
1.1 Wat is perifeer arterieel vaatlijden? 7
1.2 Waarom is claudicatio intermittens geagendeerd? 7
1.3 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement? 8
1.4 Gewenste situatie 8
1.5 Het evalueren van de verbeterafspraken 9
1.6 Leeswijzer 9

2 Evaluatie verbeterpunt: meer diagnostiek onder regie van de huisarts 10
2.1 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement? 10
2.2 Waar staan we nu? 10
2.3 Acties waar partijen mee verder gaan 15

3 Evaluatie verbeterpunt: meer inzet van gesuperviseerde looptraining 17
3.1 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement? 17
3.2 Waar staan we nu? 17
3.3 Acties waar partijen mee verder gaan 22

4 Evaluatie verbeterpunt: verbeteren patiëntenvoorlichting en Samen beslissen 23
4.1 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement? 23
4.2 Waar staan we nu? 23

5 Evaluatie verbeterpunt: beschikbaar maken kwaliteitsinformatie 25
5.1 Afspraken uit het verbetersignalement 25
5.2 Waar staan we nu? 25

6 Impactanalyse 27

7 Conclusie 28

8 Schematisch overzicht ondernomen en nog te ondernemen acties 29

Bijlagen
Bijlage 1: Achtergrondinformatie verbetersignalement 31
Bijlage 2: Betrokken partijen 33
Bijlage 3: Werkwijze Zinnige Zorg 34
Bijlage 4: Analyse patiënteninformatie 36
Bijlage 5: Achtergrond van kwantitatieve analyses 42
Bijlage 6: Reactie van partijen op conceptrapport 44

Samenvatting

Zorginstituut Nederland is verantwoordelijk voor het samenstellen van het basispakket van goede verzekerde zorg, voor zeventien miljoen Nederlanders. Binnen het programma Zinnige Zorg beoordeelt Zorginstituut Nederland of de diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Binnen het programma Zinnige Zorg worden periodiek alle ICD-10 gebieden op een systematische wijze doorgelicht. Na deze doorlichting werd perifeer arterieel vaatlijden (PAV) gekozen voor nadere verdieping.

Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) is een hart– en vaatziekte. Door slagaderverkalking, kan een vaatvernauwing of afsluiting in de slagaders ontstaan. Slagaderverkalking wordt atherosclerose genoemd. Wanneer dit in de beenslagaders gebeurt, spreekt men van PAV. Eén van de stadia van PAV is claudicatio intermittens (CI). CI betekent letterlijk 'met tussenpozen optredend hinkelen'. Dit komt door pijn, meestal in de kuitspier en komt door onvoldoende doorbloeding. In 2019 is in Nederland bij ongeveer 129.500 mensen zorg voor CI gedeclareerd.

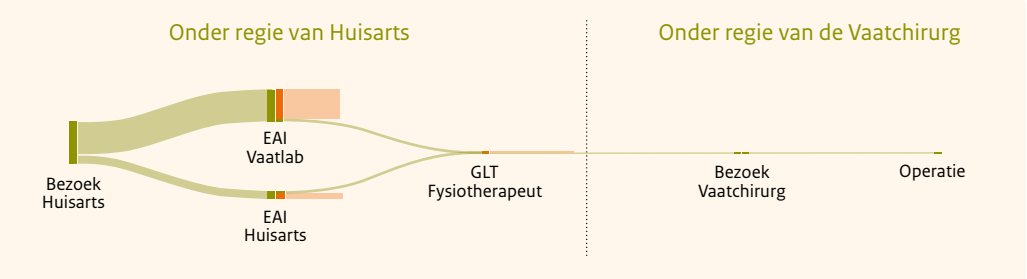
Het Zorginstituut stelde in 2016, in het kader van Zinnige Zorg, samen met partijen vast dat er ruimte is voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met CI. Dat is vastgelegd in het '*Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden*'. De volgende verbeteringen zijn vastgesteld:

- betere organisatie van de enkel-armindex (EAI)[1];
- betere toepassing van *stepped care* zorg en daarmee meer inzet van looptraining onder begeleiding van een fysiotherapeut als primaire behandeling;
- beschikbaar maken van goede informatie en voorlichting voor patiënten;
- beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie voor de patiënt.

Na publicatie van het verbetersignalement zijn alle betrokken partijen aan de slag gegaan met de verbeterafspraken. Ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid. Het doel van deze rapportage is om te evalueren of de verbeterafspraken voldoende zijn opgepakt. Daarnaast wordt bekeken waar nog ruimte is voor verdere verbetering.

Figuur 1 is een weergave van het zorgtraject van patiënten met CI of verdenking op CI als alle verbeterafspraken zijn doorgevoerd. In deze situatie wordt onder regie van de huisarts diagnostiek uitgevoerd, bij voorkeur in het vaatlab. Ook wordt onder regie van de huisarts als eerste behandeling gesuperviseerde looptraining (GLT) ingezet. Dat is oefentherapie onder begeleiding van de fysiotherapeut. Dit gebeurt naast cardiovasculair risicomanagement (CVRM). CVRM is het voorkomen van het ontstaan of verergeren van hart- en vaatziekten. Alleen wanneer blijkt dat GLT niet voldoende effect had, verwijst de huisarts de patiënt door naar de vaatchirurg. De vaatchirurg besluit vervolgens samen met de patiënt of een operatie* nodig is. De patiënt heeft in het hele traject beschikking over goede patiëntenvoorlichting en kwaliteitsinformatie.

Figuur 1 | Gewenst zorgtraject voor patiënten met de diagnose CI of verdenking op CI



Operatie is zowel een bypass als een dotterbehandeling. Dit geldt in het hele rapport.

1 *De enkel-arm-index is een onderzoek naar de doorbloeding van de benen. Daartoe wordt de bloeddruk gemeten aan de bovenarm en net boven de enkel. De verhouding tussen de bloeddruk in de onderbenen en in de armen is de enkel-arm-index (EAI).*

Partijen ondernamen in de afgelopen jaren verschillende acties om de verbeterafspraken door te voeren. We beschrijven hierna waar we staan met de verbeterafspraken.

Meer diagnostiek onder regie van de huisarts

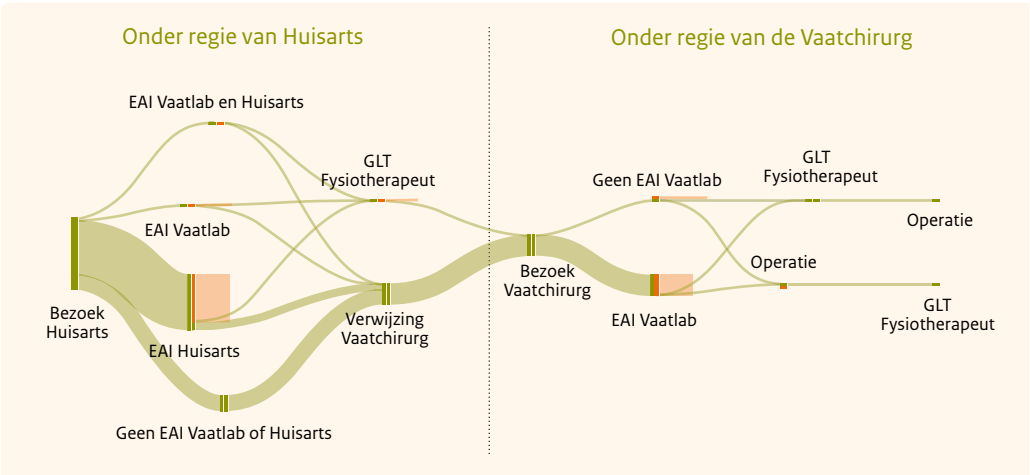
Er zijn verschillende acties ondernomen om de EAI onder de regie van de huisarts te laten plaatsvinden, bij voorkeur in het vaatlab. In de multidisciplinaire richtlijn wordt aanbevolen om de huisartsen toegang te geven tot het vaatlab voor het aanvragen van een EAI. Er is een brief gestuurd naar alle ziekenhuizen over het openstellen van de vaatlabs voor de huisartsen. Daarnaast zijn er twee acties ondernomen om huisartsen en andere praktijkmedewerkers te informeren over deze mogelijkheid. Allereerst is hier aandacht voor in de nascholingscursus voor (kader)huisartsen. Daarnaast is over het mogelijk inzetten van het vaatlab gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap en het Tijdschrift voor Praktijkondersteuners. Een actie die nog moet plaatsvinden is het aanpassen van de NHG-Standaard uit 2014.

We zien op basis van een analyse bij ZorgDomein[2] (2020) een toename in de toegankelijkheid van vaatlabs voor huisartsen in de regio van 5 naar 40 procent. In figuur 2 is op basis van declaratiedata uit 2019 te zien dat de meeste mensen met verdenking op CI de diagnose krijgen onder regie van de huisarts. In 2019 wordt door de huisarts nog weinig gebruikgemaakt van het vaatlab. Volledige toegankelijkheid van het vaatlab is volgens partijen een belangrijke randvoorwaarde om verdere acties te kunnen ondernemen op dit onderwerp. Het is aan partijen om met elkaar concrete afspraken te maken over het volledig toegankelijk maken van het vaatlab.

Meer inzet van gesuperviseerde looptraining

Per 1 januari 2017 wordt GLT vergoed vanuit het basispakket. In het kader van stepped care is het van belang dat alle nieuw gediagnosticeerde patiënten GLT als primaire (eerste) behandeling krijgen. Rekening houdend met uitzonderingen in de spreekkamer, betekent dit dat bij minimaal 95 procent van de patiënten de primaire behandeling GLT zou moeten zijn. De ondernomen acties voor meer inzet van EAI onder regie van de huisarts dragen ook bij aan dit verbeterpunt. Dat komt doordat de huisarts eindverantwoordelijk blijft. Op basis van declaratiedata zien we een toenemende trend van de inzet van GLT als primaire behandeling en een afname van het aantal operatieve behandelingen. In 2019 is het percentage patiënten dat als primaire behandeling GLT kreeg gestegen naar 86 procent. Partijen zijn positief over deze ontwikkeling en hebben er vertrouwen in dat deze trend zich voortzet.

Figuur 2 | Weergave zorgtraject voor patiënten met de diagnose CI of verdenking op CI in 2019



2 *ZorgDomein is een online platform voor zorgverleners en patiënten, onder meer voor digitaal verwijzen, diagnostiek aanvragen, afstemmen met andere zorgverleners, informeren van patiënten en hen betrekken bij hun eigen zorgtraject.*

Verbeteren patiëntenvoorlichting en samen beslissen

Het Zorginstituut heeft websites met relevante partijen geraadpleegd om de patiëntenvoorlichting in kaart te brengen. Hieruit blijkt dat de patiënteninformatie over diagnostiek op de websites van Thuisarts en Chronisch ZorgNet in lijn is met actuele wetenschappelijke inzichten. Ook komen stepped care en GLT als primaire behandeling bij het grootste deel van de websites helder terug. Een keuzehulp is beschikbaar, alleen mist hierin informatie over stepped care en GLT als primaire behandeling. Partijen geven aan dat ze de beschikbaarheid van de patiënteninformatie voldoende vinden en wij onderschrijven dit. Partijen zien wel ruimte voor verbetering bij de inhoud van de keuzehulp. Het is aan partijen de inhoud van de keuzehulp aan te passen zodat hij voldoet aan de principes van stepped care.

Beschikbaar maken kwaliteitsinformatie

Er is voor patiënten op dit moment geen kwaliteitsinformatie beschikbaar over uitkomsten van geleverde zorg rondom CI door de huisartsen, fysiotherapeuten of medisch specialisten. Ziekenhuizen leveren in het kader van de Transparantiekalender van het Zorginstituut twee indicatoren aan over verslagjaar 2020 aan het Zorginstituut. De eerste is de procesindicator 'Percentage patiënten met CI, ten gevolge van PAV, dat looptraining heeft gehad voorafgaand aan een vasculaire interventie/ingreep'. De tweede is de structuurindicator 'De leden vasculair behandelteam worden uitgevraagd om inzicht te verkrijgen hoe CVRM in de ziekenhuizen is geborgd'. Via een pilot heeft het Zorginstituut in samenwerking met partijen onderzocht of het mogelijk is gebruik te maken van bestaande declaratiedata om de procesindicator inzichtelijk te maken. Uit deze pilot leiden het Zorginstituut en de zorgaanbieders samen af dat het inzichtelijk maken van de indicator nu niet mogelijk is op basis van declaratiedata. Het is aan de betrokken partijen om verdere acties op te ondernemen zodat er kwaliteitsinformatie beschikbaar komt voor de patiënt over uitkomsten van geleverde zorg. Partijen kunnen dit onderwerp inbrengen in de jaarlijkse werkgroep voor aanlevering aan de Transparantiekalender. Verder staat het onderwerp op de agenda binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg van de Hoofdlijnenakkoord-partners.

Conclusie

Het Zorginstituut ziet dat dit traject heeft geleid tot significante verbetering van de zorg voor mensen met CI. We concluderen dat er veel stappen zijn gezet met betrekking tot de verbeterafspraken en er is een positieve trend te zien in de data. De toegankelijkheid tot het vaatlab is vergroot waardoor huisartsen daar een EAI kunnen laten uitvoeren en meer patiënten krijgen gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling. Door het implementeren van stepped care door de betrokken partijen is er een substitutie effect behaald van € 30.700.000. Dit betekent een impact van jaarlijks € 30.700.000 ten opzichte van de situatie in 2011.

Met de behaalde resultaten en de beschreven vervolgstappen maken de betrokken partijen weer een stap in het verlenen van passende zorg aan patiënten met CI. Het Zorginstituut zal de ontwikkelingen in de zorg voor deze patiënten volgen vanuit het perspectief van samensteller van het pakket van goede verzekerde zorg. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat de partijen zelfstandig de implementatie van de verbeterafspraken voortzetten en daarom kan met dit evaluatierapport het Zinnige Zorg traject PAV binnen het Zorginstituut worden afgesloten.

1. Inleiding

Zorginstituut Nederland is verantwoordelijk voor het samenstellen van het basispakket van goede verzekerde zorg, voor zeventien miljoen Nederlanders. Binnen het programma Zinnige Zorg beoordeelt Zorginstituut Nederland of de diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet.

Het Zorginstituut heeft in 2016, in het kader van Zinnige Zorg, samen met partijen in het *Verbeter-signalement Perifeer Arterieel Vaatlijden* vastgesteld dat er ruimte is voor verbetering van kwaliteit van zorg voor patiënten met *claudicatio intermittens* (CI). Op basis van het verbetersignalement zijn partijen aan de slag gegaan met de verbeterafspraken. Dit evaluatierapport laat zien waar het goed gaat, waar het nog beter kan en welke acties vanuit het veld nog worden ondernomen.

1.1 Wat is perifeer arterieel vaatlijden?

Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) is een hart– en vaatziekte. Door slagaderverkalking kan een vaat-vernauwing of afsluiting in de slagaders ontstaan. Slagaderverkalking wordt atherosclerose genoemd. Het gaat hierbij om atherosclerose in de slagaders naar de onderste ledematen. De ernst van perifeer arterieel vaatlijden kan op basis van klachten en symptomen worden ingedeeld in de volgende classificatie van Fontaine:

- stadium 1 of PAV1: er is wel een vernauwing, maar er zijn geen klachten;
- stadium 2 of PAV2: claudicatio intermittens, bij inspanning zijn er klachten;
- stadium 3 of PAV3: ischemische rustpijn, ook in rust zijn er klachten;
- stadium 4 of PAV4: ischemische ulcera of gangreen, er ontstaan niet-genezende wonden, necrose of gangreen. In het stadium PAV 3 en 4 is sprake van kritieke ischemie van het been en is er gevaar voor amputatie. Ischemie houdt onvoldoende doorbloeding in.

We spreken van CI als sprake is van pijn bij het lopen in de kuit, dijbeen of bil. De pijn verdwijnt weer na korte tijd rusten, zodat de patiënt weer een stukje verder kan lopen. Daarom wordt CI ook wel ‘etalage-benen’ genoemd: voor een etalage in een winkelstraat kan het stilstaan goed gecamoufleerd worden.

Atherosclerose beperkt zich niet tot de vaten in de benen, maar is vrijwel altijd ook aanwezig in andere bloedvaten. Daarom komen hart- en hersenvaataandoeningen drie tot vier keer vaker voor bij mensen met perifeer arterieel vaatlijden. Ook hebben zij twee tot drie keer zoveel kans om te sterven aan hart- en vaatziekten vergeleken met mensen zonder perifere vaatziekten (NHG-Standaard).

1.2 Waarom is claudicatio intermittens geagendeerd?

Halverwege 2014 is PAV door het Zorginstituut in de screeningsfase van het ICD-gebied Ziekten van het hart- en vaatstelsel (code IX I00-I99) geïdentificeerd als verdiepend onderwerp. CI stond al eerder op het jaarprogramma pakketagenda 2014 van het Zorginstituut op basis van het signaal dat (gesuperviseerde) looptraining als standaard behandeling onvoldoende werd gevolgd. Dit kwam mede door het ontbreken van adequate vergoeding van deze voorliggende zorg. Binnen het onderwerp PAV was er vanuit het veld met name behoefte aan meer inzicht over het meest optimale zorgtraject voor mensen met CI. We hebben daarom gekozen om ons nader te verdiepen in één van de vier stadia van PAV, namelijk CI. Deze keuze werd ondersteund door een eigen uitgevoerde verkennende analyse naar volume en kosten. Daaruit bleek dat binnen de stadia van PAV de zorg voor CI koploper is door de combinatie van volume en kosten. In 2019 is in Nederland bij ongeveer 129.500 mensen zorg voor CI gedeclareerd en de kosten hiervoor bedragen €93.840.000. Deze worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Het Zorginstituut heeft samen met partijen vastgesteld dat er ruimte is voor verbetering van kwaliteit van zorg voor patiënten met CI. Alle input, de geformuleerde knelpunten, de analyses en de consultaties bij betrokken partijen hebben geleid tot het rapport *Zinnige Zorg - Verbetersignalement Perifeer arterieel vaatlijden - Claudicatio Intermittens* (2016).[3]

1.3 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement?

In het verbetersignalement werd vastgesteld dat de zorg bij CI in Nederland van goede kwaliteit is, maar dat binnen het zorgtraject nog ruimte voor verbetering mogelijk is op het gebied van:

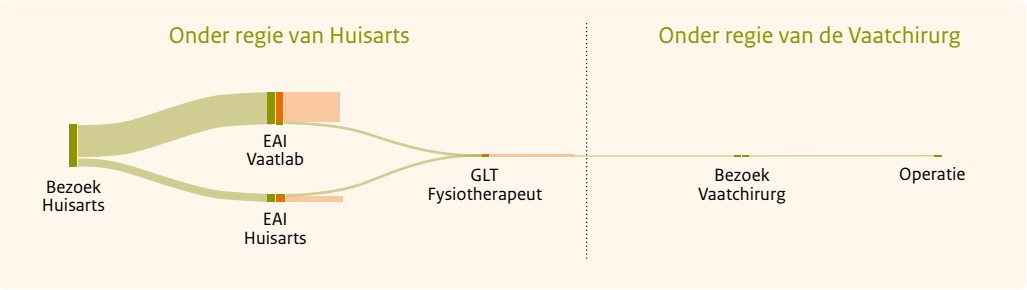
- betere organisatie van enkel-armindex (EAI)[4];
- betere toepassing van stepped care zorg, en daarmee meer inzet van gesuperviseerde looptraining (GLT) als primaire behandeling;
- beschikbaar maken van goede patiënteninformatie en voorlichting;
- beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie voor de patiënt.

Met de partijen zijn acties geformuleerd om deze verbeteringen in de praktijk door te voeren. In bijlage 1 vindt u informatie over de specifieke verbeterafspraken per gebied.

1.4 Gewenste situatie

Figuur 3 is een weergave van het zorgtraject van patiënten met CI of met verdenking op CI wanneer alle verbeterafspraken volledig zijn geïmplementeerd. Het zorgtraject begint met een bezoek aan de huisarts. De huisarts laat bij voorkeur de EAI uitvoeren in het vaatlab. Als de huisarts bekwaam is, kan hij ook zelf de EAI uitvoeren. De oranje onderdelen in de figuur geven de patiënten weer waarbij het zorgtraject op dat punt gestopt is. Bijvoorbeeld als uit de EAI blijkt dat de patiënt geen CI heeft. De primaire behandeling voor mensen met CI is GLT. Na het succesvol afronden van GLT eindigt voor deze groep patiënten het traject. Wanneer de GLT niet succesvol is, dan kan de patiënt worden verwezen naar de vaatchirurg voor verdere behandeling. De vaatchirurg besluit vervolgens in samenspraak met de patiënt of een invasieve behandeling (een operatie) nodig is. In deze situatie is de EAI en de stepped care behandeling optimaal ingericht en heeft de patiënt beschikking over goede voorlichting en kwaliteitsinformatie.

Figuur 3 | Gewenst zorgtraject voor patiënten met de diagnose CI of verdenking op CI



We gaan er in de kwantitatieve analyses vanuit dat personen met een behandeling voor CI een diagnose hebben gekregen. Een persoon met CI-gerelateerde zorg wordt als nieuwe patiënt aangeduid, als deze in de voorgaande 36 maanden geen CI-gerelateerde zorg heeft gehad. Personen die binnen 36 maanden een tweede interventie ontvangen worden niet als nieuwe patiënt gezien in de analyses. In bijlage 5 staat een uitgebreide beschrijving.

3 *Zorginstituut Nederland (2016): Verbetersignalement Zinnige zorg voor patiënten met Perifeer arterieel vaatlijden. Te raadplegen via: https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2016/08/16/zinnige-zorg-verbetersignalement-perifeer-arterieel-vaatlijden---claudicatio-intermittens.*

4 *De enkel-arm-index is een onderzoek naar de doorbloeding van de benen. Daartoe wordt de bloeddruk gemeten aan de bovenarm en net boven de enkel. De verhouding tussen de bloeddruk in de onderbenen en in de armen is de enkel-arm-index (EAI).*

1.5 Het evalueren van de verbeterafspraken

Door middel van kwantitatieve en kwalitatieve methoden wordt inzichtelijk gemaakt in hoeverre de verbeterafspraken uit het verbetersignalement zijn geïmplementeerd. Met betrekking tot de kwantitatieve methoden zijn er analyses uitgevoerd op basis van declaratiedata. Data van 2015 tot 2019 zijn hiervoor geïncludeerd. Met betrekking tot de kwalitatieve methode zijn de partijen geïnterviewd die nauw betrokken zijn bij de implementatie. In het interview is gereflecteerd op de kwantitatieve analyses, is besproken welke acties zijn ondernomen, of er volgens partijen nog vervolgacties nodig zijn en zo ja, welke.

1.6 Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 tot en met 5 staan de verbeterafspraken beschreven. Hoofdstuk 2 gaat in op de evaluatie van het uitvoeren van meer enkel-armindex diagnostiek in de eerste lijn. In hoofdstuk 3 evalueren we de inzet van GLT als primaire behandeling. Hoofdstuk 4 beschrijft wat er op het gebied van het verbeteren van patiëntenvoorlichting en Samen beslissen is gebeurd. In hoofdstuk 5 evalueren we de verbetering van de kwaliteitsinformatie. In deze hoofdstukken beschrijven we elke keer eerst waar we naartoe willen en vervolgens waar we nu staan. Daarna geven we waar van toepassing de kwantitatieve analyses weer. Vervolgens gaan we in op de acties die zijn ondernomen en zo nodig op de vervolgacties (kwalitatieve analyses). De impactanalyse van GLT is in hoofdstuk 6 beschreven. In hoofdstuk 7 staat de conclusie. Hoofdstuk 8 bevat een schematische weergave van de ondernomen en nog te ondernemen acties, per verbeteronderwerp.

2. Evaluatie verbeterpunt: meer diagnostiek onder regie van de huisarts

2.1 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement?

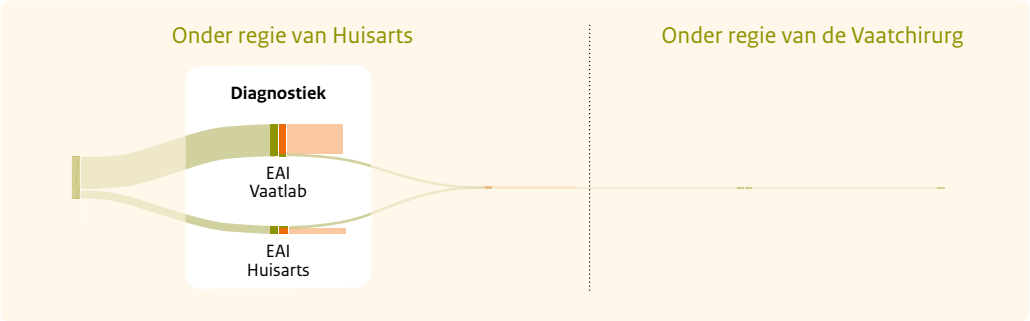
Uit het *Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden* uit 2016 blijkt dat professionals het erover eens zijn dat CI-zorg in eerste instantie moet plaatsvinden in de eerste lijn. De diagnostiek moet worden ingezet onder regie van de huisarts. De huisarts laat de diagnostiek bij voorkeur in het vaatlab uitvoeren. Als de huisarts bekwaam is, kan hij de EAI ook zelf uitvoeren. In het verbetersignalement zijn daarom de onderstaande verbeterafspraken geformuleerd:

- De organisatie van de EAI in de eerste lijn wordt verbeterd. Er worden kwaliteitseisen opgesteld voor de uitvoering van de EAI en er wordt gewerkt aan deskundigheidsbevordering. Er komt voorlichting aan eerstelijnsprofessionals over de mogelijkheden om deze diagnostiek uit te laten voeren in eerstelijns diagnostische centra of in een vaatlab.
- Er komen heldere afspraken tussen de eerste en tweede lijn over adviezen voor diagnostiek en behandeling.

Bovenstaande afspraken betreffen de organisatie van de zorg, om zo de kwaliteit van de diagnostiek en daarmee de zorg voor de patiënt te verbeteren. Na het uitbrengen van het verbetersignalement uitten partijen de wens om alle vaatlabs toegankelijk te maken voor de huisarts. Zo kan de diagnostiek in het vaatlab uitgevoerd worden. Partijen geven hieraan de voorkeur. Dit komt doordat een vaatlab een kwaliteitskeurmerk heeft, een loopbandtest en teendrukmeting waar nodig ingezet kunnen worden en de uitslag door de vaatchirurg wordt geïnterpreteerd. Hierdoor is de focus van de eerste verbeterafspraak verschoven naar het inzetten op toegankelijkheid en het gebruikmaken van het vaatlab in plaats van het opstellen van kwaliteitseisen.

Figuur 4 is een weergave van het diagnostische deel van het zorgtraject van patiënten met CI of verdenking op CI, wanneer de verbeterafspraken volledig zijn doorgevoerd.

Figuur 4 | Weergave van de gewenste situatie binnen het zorgtraject: diagnostiek wordt onder verantwoordelijkheid van de huisarts uitgevoerd



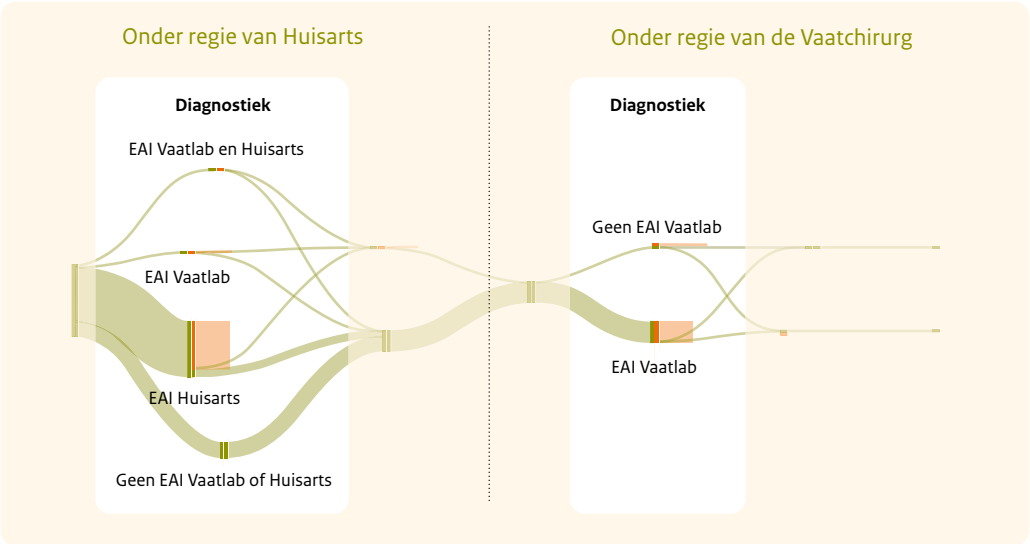
2.2 Waar staan we nu?

Naar aanleiding van het verbetersignalement hebben diverse ontwikkelingen plaatsgevonden die bijdragen aan dit verbeterpunt. In de multidisciplinaire richtlijn 'PAV', aangepast in 2016, staat nu beschreven dat de EAI bij voorkeur wordt uitgevoerd in het vaatlab. De uitslag van de EAI wordt onder toezicht van de vaatchirurg teruggekoppeld aan de huisarts. De huisarts is verantwoordelijk voor het inzetten van het vervolgtraject. Uit de interviews met de partijen blijkt ook dat er de afgelopen tijd verschillende acties zijn ingezet, zoals de ontwikkeling van een nascholingscursus voor (kader)huisartsen en een gezamenlijke publicatie in *Huisarts en Wetenschap*. Op basis van declaratiedata kunnen we nog niet concluderen of deze acties tot verbetering hebben geleid, omdat de data beschikbaar zijn tot eind 2019. Om te zorgen dat huisartsen het vaatlab meer inzetten is het volgens partijen nodig om de NHG-richtlijn aan te passen en continue aandacht te generen voor dit onderwerp, zoals het promoten van de scholing voor (kader)huisartsen.

Om het vaatlab toegankelijk te maken voor huisartsen in de regio stuurde het Zorginstituut in 2019 namens de partijen een brief naar alle ziekenhuizen met het verzoek om dit mogelijk te maken. Op basis van recent onderzoek op ZorgDomein zien we een toename in het aantal zorgaanbieders dat het vaatlab toegankelijk heeft gemaakt, van 4 naar 40 procent . Toch zijn er volgens partijen nog stappen nodig om de toegankelijkheid van het vaatlab volledig te maken. We zien een duidelijke verbetering, maar aandacht voor dit onderwerp is ook na deze evaluatie noodzakelijk. Op dit moment liggen er geen concrete gezamenlijke vervolgacties om de toegankelijkheid verder te verbeteren. Het is aan partijen om hier met elkaar afspraken over te maken, eventueel op bestuurlijk niveau.

In figuur 5 is weergegeven hoe de diagnostiek in 2019 is geregeld binnen het zorgtraject voor patiënten met verdenking op CI. Zoals eerder benoemd kunnen we op basis van deze data nog niet concluderen of er veranderingen zijn door de ondernomen acties. In de figuur is te zien dat de huisarts bij het merendeel van de patiënten de EAI uitvoert. De huisarts verwijst nog weinig direct door naar het vaatlab voor een EAI.

Figuur 5 | Weergave zorgtraject bij diagnostiek voor patiënten met verdenking op CI in 2019



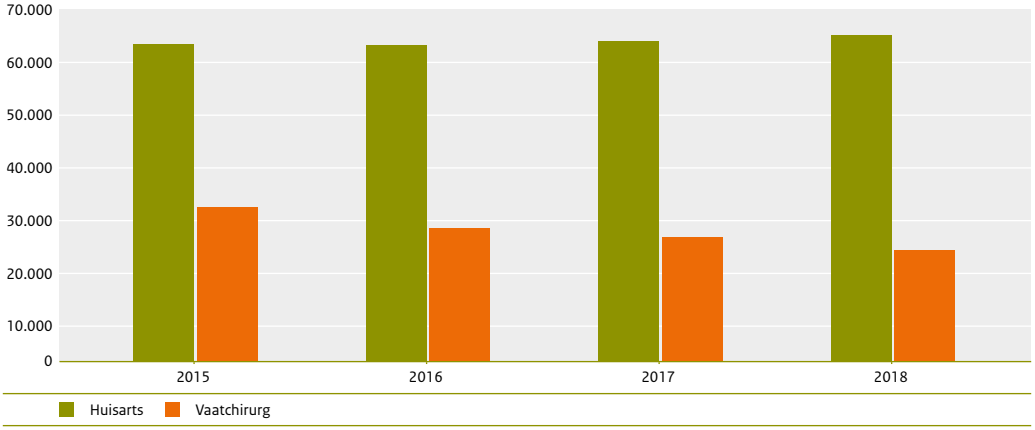
2.2.1 *Kwantitatieve analyse naar zorggebruik diagnostiek bij CI en toegankelijkheid vaatlab*

Uit onze kwantitatieve analyse komen de volgende bevindingen naar voren.

Afnemende trend van EAI CI uitgevoerd in de tweede lijn

In figuur 6 is het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten weergegeven, waarvoor de EAI is gedeclareerd in het kader van verdenking op CI, over de jaren 2015 tot en met 2019. De ene balk staat voor de EAI uitgevoerd bij de huisarts. Hieronder vallen zowel de Modernisering & Innovatie Verrichtingen (M&I) als het Overig Zorg Product (OZP) (via Eerstelijns Diagnostisch Centrum (EDC) of vaatlab). De diagnostiek bij de huisarts is nagenoeg gelijk gebleven over de jaren, net als het aantal M&I's en OZP's. De andere balk staat voor de EAI uitgevoerd bij de vaatchirurg. In de diagnostiek bij de vaatchirurg is een afname te zien, namelijk een vermindering van 30 procent over de jaren.

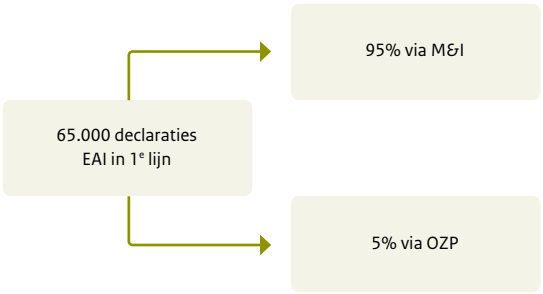
Figuur 6 | Diagnostiek CI eerste en tweede lijn over de jaren 2015-2019



Diagnostiek onder regie van de huisarts meestal via M&I verrichting

In figuur 7 is te zien dat de meeste EAI in de eerste lijn wordt gedeclareerd via een M&I-verrichting. In slechts 5 procent van de gevallen wordt de EAI gedeclareerd via een OZP. In de eerste lijn wordt dus nog weinig gebruikgemaakt van het vaatlab.

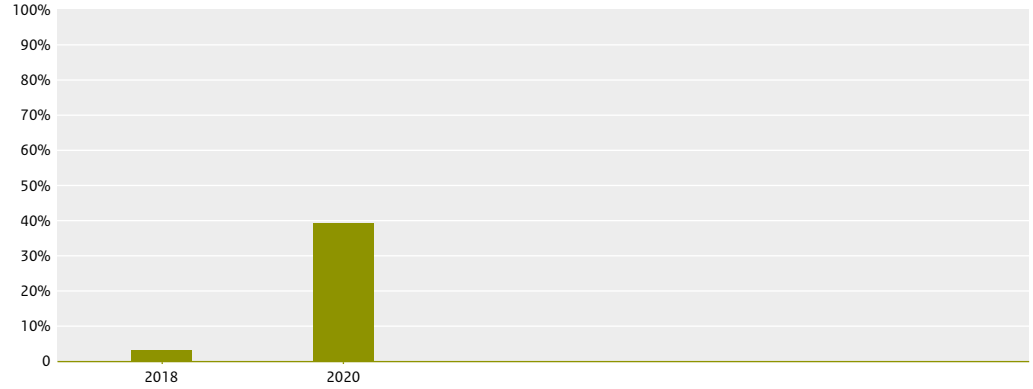
Figuur 7 | Overzicht declaraties onder regie van de huisarts in 2019



Toenemende trend in toegankelijkheid vaatlab via ZorgDomein

In samenwerking met de (kader)huisartsen is op ZorgDomein gekeken bij hoeveel zorgaanbieders (een zorgaanbieder kan meerdere locaties hebben) direct een EAI in het vaatlab kan worden aangevraagd, zonder consult in de tweede lijn. De analyse is uitgevoerd in september 2020 en laat zien dat bij 39,5 procent (32 van de 81) van de zorgaanbieders via ZorgDomein direct een EAI in het vaatlab kan worden aangevraagd door huisartsen in de regio (figuur 8). Dit is een toename ten opzichte van twee jaar geleden. Toen kon er bij 4,9 procent (4 van de 82) van de zorgaanbieders direct een EAI in het vaatlab worden aangevraagd.

Figuur 8 | Ontwikkeling van toegankelijkheid vaatlabs op zorgdomein



Uit de interviews blijkt dat de helft van de partijen te spreken is over de toename van de toegankelijkheid van vaatlabs. De andere helft vindt juist dat het resultaat tot nu toe tegenvalt. Alle partijen zijn het er wel over eens dat er nog vervolgstappen nodig zijn om de toegankelijkheid te waarborgen.

Tijdens het onderzoek op ZorgDomein bleek dat er geen uniforme titel en beschrijving beschikbaar zijn van de direct aan te vragen EAI. Zo werd er bij sommige zorgaanbieders een beschrijving van in- en exclusiecriteria weergegeven en bij andere niet. Gebrek aan uniformiteit en eenduidigheid kan de vindbaarheid van deze diagnostiek nadelig beïnvloeden. Daarnaast bleek dat bij de zorgaanbieders waarbij direct een EAI in het vaatlab kan worden aangevraagd, veel verschil zit in de afspraken over de diagnostiek. Voorbeelden van deze verschillen staan in onderstaand kader.

Voorbeelden van verschillen in afspraken over diagnostiek op ZorgDomein

- De indicatiestelling is niet uniform. In- en exclusiecriteria variëren per instelling. Bij 33 procent van de zorgaanbieders worden inclusiecriteria benoemd (Fontaine 2, Fontaine 2A/2B, verdenking PAV, Fontaine 2-3-4, milde klachten PAV, of uitgebreid). Bij 16 procent van de zorgaanbieders worden exclusiecriteria benoemd (Fontaine 3-4 of diabetes mellitus met wonden aan de voet, acute of ernstige vaatstoornissen).
- Of en door wie de uitslag van de EAI wordt geïnterpreteerd. Bij vijf instellingen staat vermeld dat de vaatchirurg de uitslag beoordeelt (2 keer wel advies, 3 keer onbekend of er advies bij zit), bij twee instellingen beoordeelt de physician assistent of vaatspecialist (geen advies) de uitslag en bij een instelling de vaatlaborant.
- Wie het vervolgbeleid bepaalt. Dit wordt soms expliciet aangegeven, maar vaak ook niet.
- Wie de indicatie stelt voor het al dan niet laten doen van een EAI met inspanningstest. Meestal wordt dit tijdens het onderzoek op het vaatlab bepaald, maar soms moet een huisarts dit zelf bepalen.

2.2.2 *Acties tot nu toe*

De partijen hebben verschillende acties ondernomen om de diagnostiek in de eerste lijn te regelen.

Multidisciplinaire richtlijn is in lijn met het verbetersignalement

Er staat een duidelijke aanbeveling over het uitvoeren van een EAI via het vaatlab in de multidisciplinaire richtlijn van 2016.[5] Argumenten voor het uitvoeren van een EAI via het vaatlab zijn:

- in het vaatlab worden de testen veelvuldig uitgevoerd;
- er wordt gestandaardiseerd gewerkt;
- wanneer nodig kan gebruikgemaakt worden van de loopband of een teendrukmeting.

Scholing (kader)huisartsen bevordert implementatie diagnostiek en stepped care PAV

Het project 'Stepped care voor perifeer arterieel vaatlijden in de eerste lijn – substitutie van zorg' had als doel om verwijzing naar de fysiotherapeut vanuit de huisarts te optimaliseren. In het kader van dit project zijn scholing en een toolkit ontwikkeld voor zorgprofessionals en patiënten met informatie over het ziektebeeld, de diagnostiek en de behandeling.

Dit project liep van 2018 tot maart 2020. Deze cursus is ontwikkeld door Chronisch ZorgNet en de HartVaatHAG en is landelijk verspreid onder meer dan 750 eerstelijns zorgverwijzers. Dat is twee keer zo veel als in eerste instantie beoogd was. Het doel is dat nog meer huisartsen deze scholing volgen. Dit is mogelijk, omdat al het materiaal van de scholing voor zorggroepen na afronding van het project toegankelijk blijft. Hier wordt ook bekendheid aan gegeven, zodat de continuïteit van deze scholing en kennis is geregeld. Uit de enquête die Chronisch ZorgNet onder de deelnemers heeft afgenomen komt naar voren dat het merendeel voornemens is de richtlijn in de toekomst te gaan volgen (als dit nog niet het geval was). Op dit moment is de scholing nog in beheer van Chronisch ZorgNet en daarom gratis beschikbaar voor zorggroepen. Vanaf kwartaal drie 2021 wordt dit beheer hoogstwaarschijnlijk overgedragen aan de HartVaatHAG. De scholing blijft dan toegankelijk, maar hoogstwaarschijnlijk niet gratis.

Publicatie artikel en podcast genereert aandacht voor diagnostiek in eerste lijn en stepped care

In oktober 2020 is het artikel *Claudicatio intermittens, goede zorg bij de huisarts*[6] in Huisarts en Wetenschap (H&W) gepubliceerd. In dit artikel worden de verbeterafspraken onder de aandacht gebracht. Aanvullend op het artikel is ook een podcast van twintig minuten beschikbaar gemaakt, waarin het artikel wordt toegelicht. De samenvatting uit het artikel staat in onderstaand kader.

Artikel Claudicatio intermittens, goede zorg bij de huisarts

"CI is in de eerste lijn goed te diagnosticeren en te behandelen. Een enkel-armindex om de diagnose te bevestigen kan op steeds meer plaatsen worden bepaald in een vaatlab zonder verwijzing naar de tweede lijn. De huisarts zet na het vaststellen van de diagnose behandeling in met gesuperviseerde looptherapie bij de fysiotherapeut en cardiovasculair risicomanagement. Verwijzing naar de tweede lijn voor vasculaire interventie is alleen geïndiceerd wanneer de klachten niet verdwijnen of erger worden (rustpijn, nachtelijke pijn of weefselverlies), of bij acute ischemie (pijnlijk, bleek en koud been)."

Daarnaast is een artikel geschreven voor het *Tijdschrift voor praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen* met daarin dezelfde boodschap als het artikel gepubliceerd in H&W.

Brief aan ziekenhuizen om het vaatlab voor huisartsen toegankelijk te maken

Eind 2019 is namens alle betrokken partijen een brief vanuit het Zorginstituut gestuurd naar ziekenhuizen (besturen) over het technisch openstellen van het vaatlab voor de huisartsen in de regio. De brief had een groot bereik en het Zorginstituut kreeg veel vragen van ziekenhuizen die ermee aan de slag gingen. Ook Chronisch ZorgNet gebruikt de brief in de scholingsmodule voor (kader)huisartsen in zorggroepen.

5 *Diagnostiek en behandeling van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit 2016. Te raadplegen via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/perifeer_arterieel_vaatlijden_pav/pav_-_startpagina.html.*

6 *Bartelink ME, Rubens M, Teijink JA. Claudicatio intermittens, goede zorg bij de huisarts. Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020- 0846-8.*

ZN heeft de brief van het Zorginstituut aan ziekenhuizen nogmaals onder de aandacht gebracht
Eind 2020 is de brief om het vaatlab voor huisartsen toegankelijk te maken nogmaals onder de aandacht gebracht bij andere zorgverzekeraars, bij het kenniscentrum MSZ en bij het kenniscentrum huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg. Op de geplaatste oproep is geen reactie gekomen. Volgens ZN zou een voorzichtige conclusie kunnen zijn dat dit onderwerp geen aandacht heeft bij meerdere zorgverzekeraars.

Harteraad en Hartstichting besteden aandacht aan voorkeur van de EAI in het vaatlab
Harteraad heeft, samen met de Hartstichting, in de brochure van de Hartstichting aangegeven dat het de voorkeur heeft om de EAI uit te laten voeren in het vaatlab.[7] Als patiënten contact opnemen met Harteraad wordt deze boodschap ook telefonisch gebracht.

2.3 Acties waar partijen mee verder gaan

Tijdens de interviews werden door partijen de volgende acties genoemd die de komende periode nog nodig zijn.

Verbeteren toegankelijkheid vaatlab
Alle partijen zijn het erover eens dat de toegankelijkheid van de vaatlabs een van de verbeterpunten is waar nog winst valt te behalen. De vraag is alleen wie verantwoordelijk is voor het toegankelijk maken van het vaatlab. Meerdere partijen noemen het ziekenhuis als verantwoordelijke. Daarbij wordt de capaciteit van het vaatlab als belangrijke kanttekening benoemd. Het openstellen van de vaatlabs is één stap, maar als het vaatlab onvoldoende capaciteit heeft door een tekort aan vaatlaboranten, kan er in de praktijk niets veranderen. Daarnaast zijn er voorbeelden van vaatlaboratoria die tijdframes voor EAI bepalingen voor huisartsen onbenut zien, ondanks openstelling.

Uniformiteit beschrijving op ZorgDomein
De diversiteit in de titel en beschrijving bij het aanvragen van een EAI op ZorgDomein en in de afspraken over diagnostiek op ZorgDomein wordt benoemd als verbeterpunt. Meerdere partijen geven aan dat het van belang is om hier uniformiteit in aan te brengen. De Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV) heeft uitgesproken dat zij zich hiervoor willen inzetten.

Meer gebruik van vaatlab door huisartsen
Als de toegang tot het vaatlab is verzekerd, dan is het belangrijk dat huisartsen daar gebruik van maken. Uit de interviews kwam naar voren dat constant aandacht gegenereerd moet worden om de bekendheid voor het aanvragen van een EAI in het vaatlab te vergroten.

De NVvV onderhoudt contact met de eerste lijn en ze sturen brieven naar de huisarts met informatie over de gewenste route (EAI via het vaatlab). Daarnaast geeft de NVvV aan dat er geen heldere afspraken zijn over de uitslag van EAI en de interpretatie hiervan in de correspondentie naar de huisarts. Ook een gewenst advies over het te voeren beleid kan nog beter worden uitgewerkt.

Aanpassen NHG-Standaard
Wanneer de toegankelijkheid van het vaatlab is geregeld, past het Nederlands Huisartsen genootschap (NHG) de NHG-Standaard 'PAV'[8] aan. Daarin wordt opgenomen dat de diagnostiek bij voorkeur in het vaatlab wordt uitgevoerd.

Actualiseren scholing (kader)huisartsen en blijven aanbieden aan zorggroepen
In de ontwikkelde scholing wordt, naast het inzetten van GLT als primaire behandeling, ook ingegaan op het gebruik van het vaatlab voor de diagnostiek. HartVaatHAG neemt de scholing voor (kader)huisartsen in beheer. Dat houdt in dat zij de scholing gaan uitdragen. Wanneer zorggroepen bij hen komen met vragen over PAV, dan bieden ze deze scholing aan. Tot slot houden ze de scholing up-to-date. Dit gaat in overleg met Chronisch ZorgNet.

7 *Hartstichting. Verder met etalagebenen. 2018. Link: https://www.hartstichting.nl/getmedia/029308l4-9932-4910-bef3-0f3f0e586cb7/brochure-hartstichting-etalagebenen-pz69-augustus-2018.pdf.*
8 *https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/perifeer-arterieel-vaatlijden.*

Het NHG propageert samen met de HartVaatHAG de scholing die in samenwerking met Chronisch ZorgNet is opgezet. De scholing wordt door HartVaatHAG ook onder de aandacht gebracht tijdens het jaarlijkse congres. Daarnaast is het goed om zorggroepen te attenderen op de scholing, zodat ze het op hun eigen scholingsagenda kunnen zetten.

Chronisch ZorgNet plaats een nieuwsbericht op Ineen over de scholing voor (kader)huisartsen. In dit nieuwsbericht wordt benoemd dat het ontwikkelde scholingsmateriaal beschikbaar wordt gesteld voor alle zorggroepen, met daarbij het verzoek om deze scholing op te nemen op de scholingsagenda.

Scholing (kader)huisartsen
Om de implementatie van stepped care nog verder te brengen is het van belang dat huisartsen hiervan op de hoogte zijn. De scholing aan (kader)huisartsen kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren. De scholing is voor iedereen toegankelijk via Chronisch ZorgNet.

Meer informatie is te vinden via deze link of mail naar Maik.Sliepen@catharinaziekenhuis.nl.

3. Evaluatie verbeterpunt: meer inzet van gesuperviseerde looptraining

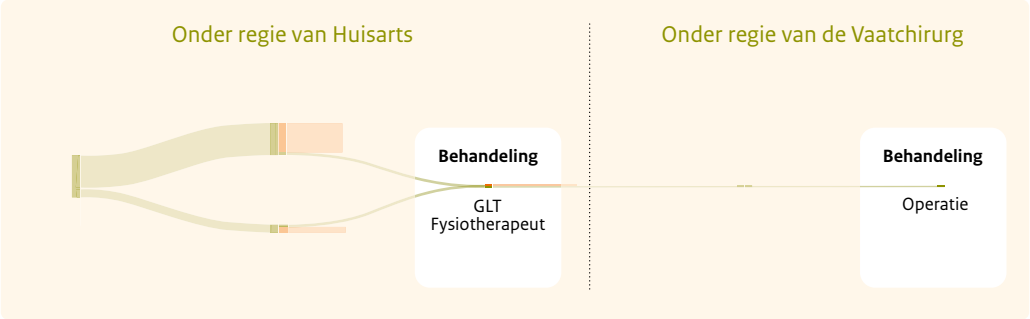
3.1 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement?

Uit het *Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden* (2016) blijkt dat professionals het eens zijn dat CI-zorg in eerste instantie plaatsvindt in de eerste lijn. Dat geldt niet alleen voor de diagnostiek. Ook na het stellen van een diagnose kan de huisarts vervolgens de primaire behandeling GLT inzetten. Een consultatie van de tweede lijn (vaatchirurg) is hierbij niet nodig. Pas wanneer een GLT-traject onvoldoende resultaat oplevert kan de huisarts doorverwijzen naar de vaatchirurg. In het verbetersignalement zijn daarom onderstaande verbeterafspraken geformuleerd:

- Er komen heldere afspraken tussen de eerste en tweede lijn over adviezen voor diagnostiek en behandeling.
- Er ligt een verantwoordelijkheid bij de professionals in de eerste en tweede lijn. Hierbij moet aandacht zijn voor stepped care zorg, dus goede uitleg waarom een invasieve behandeling in eerste instantie niet aangewezen is.
- Professionals gaan het principe van stepped care consequenter toepassen.
- Monitoring van de effecten van gesuperviseerde looptraining.

Vanuit het principe van stepped care is het uitgangspunt dat alle nieuw gediagnosticeerde CI patiënten starten met GLT als primaire behandeling. Dit is ook zo opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn 'PAV'. Pas als GLT onvoldoende werkt kan een invasieve behandeling worden overwogen. Uitzonderingen in de spreekkamer moeten altijd mogelijk blijven, want er kunnen redenen zijn waarom stepped care niet kan worden toegepast. Daarom gaan we er vanuit dat 95 procent van de patiënten met CI behandeld wordt met GLT, met ruimte voor 5 procent uitzonderingen. Het streven is om de norm van 95 procent te bereiken. Figuur 9 is een weergave van de behandeling binnen het zorgtraject voor patiënten met CI wanneer de verbeterafspraken volledig zijn geïmplementeerd.

Figuur 9 | Weergave gewenste situatie van behandeling binnen het zorgtraject: GLT wordt ingezet onder de verantwoordelijkheid van de huisarts



3.2 Waar staan we nu?

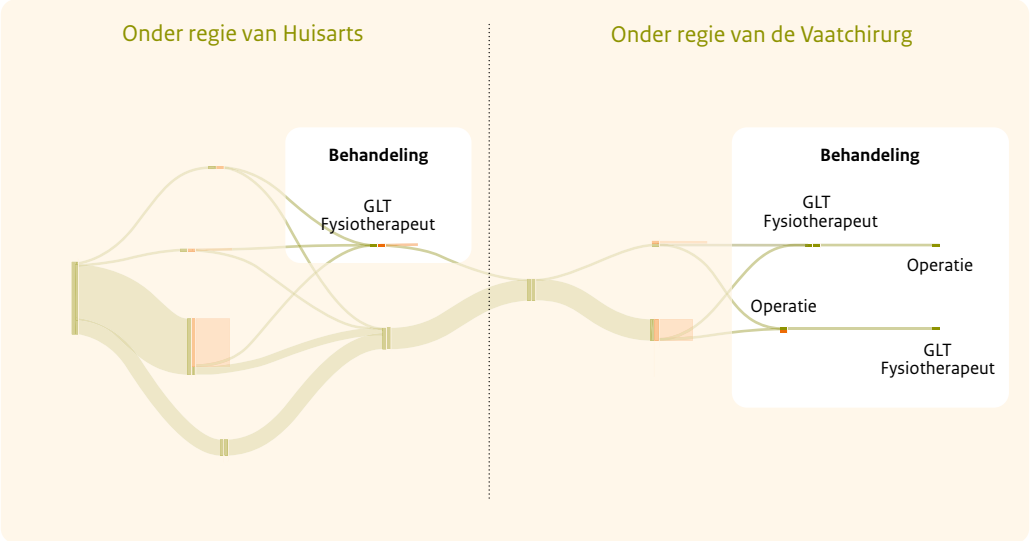
Er hebben meerdere ontwikkelingen plaatsgevonden die bijdragen aan dit verbeterpunt. Per 1 januari 2017 wordt GLT vergoed vanuit het basispakket, waardoor patiënten met PAV direct doorgestuurd kunnen worden voor GLT. Er wordt vanuit gegaan dat 95 procent van de patiënten GLT als primaire behandeling krijgt.

De acties genoemd in paragraaf 2.2.2 voor de inzet van EAI onder regie van de huisarts dragen ook bij aan dit verbeterpunt. Daarnaast zal het project 'Samen beslissen ter bevordering van de inzet van GLT', ook leiden tot een beter geïnformeerde patiënt met een passende GLT.

Het effect van de ondernomen acties is terug te zien in de declaratiedata. In de kwantitatieve analyses is een toenemende trend te zien van de inzet van GLT als primaire behandeling en een afnemende trend van het aantal invasieve behandelingen. In 2019 is het percentage patiënten dat als primaire behandeling GLT kreeg gestegen naar 86 procent. Partijen zijn positief over deze ontwikkelingen, ondanks dat de norm van 95 procent nog niet gehaald is. Om deze trend voort te zetten zijn vervolgacties beschreven. Partijen verwachten dat wanneer de toegankelijkheid van het vaatlab goed is geregeld en hiervan gebruikgemaakt wordt, dit ook bijdraagt aan de inzet van GLT in de eerste lijn. Verder is het blijven genereren van aandacht voor scholing voor dit onderwerp van belang. Ook de uitbreiding van de samenwerkingen tussen huisartsen en fysiotherapeuten zal hieraan bijdragen. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat partijen met de beschreven vervolgacties de norm gaan halen.

In figuur 10 is weergegeven hoe de behandeling van patiënten met CI in 2019 verloopt. De figuur laat zien dat GLT wordt gestart zowel na verwijzing door de huisarts als na verwijzing van de vaatchirurg. Verder is te zien dat een minimaal aantal patiënten na GLT uiteindelijk een invasieve behandeling nodig heeft. Een enkele patiënt wordt na de invasieve behandeling alsnog behandeld met GLT.

Figuur 10 | Weergave zorgtraject bij het onderdeel behandeling voor patiënten met CI in 2019



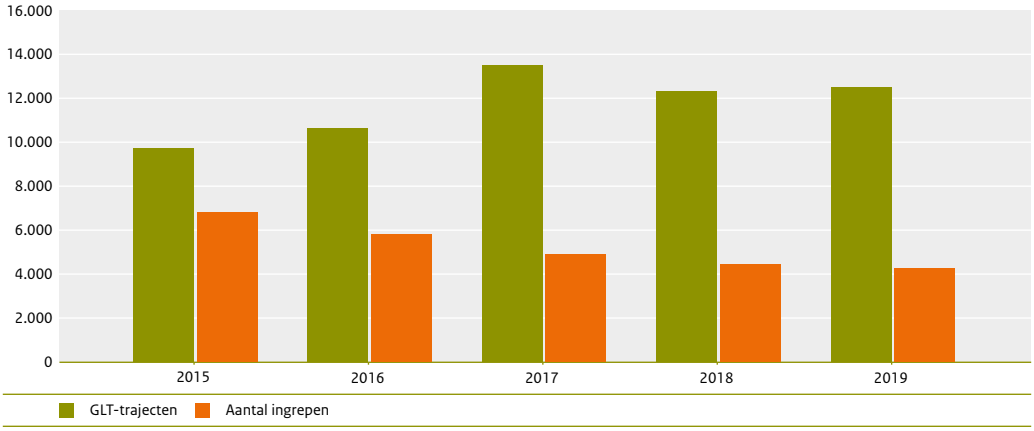
3.2.1 *Kwantitatieve analyses*

Uit onze kwantitatieve analyse komen de volgende bevindingen naar voren.

Aantal invasieve behandelingen neemt af, GLT-trajecten nemen toe

In figuur 11 is het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten te zien met gedeclareerde GLT-trajecten en invasieve behandelingen in het kader van CI over de jaren 2015 tot 2019. De ene balk staat voor het aantal gedeclareerde GLT-trajecten. Er is een toenemende trend te zien in het aantal gedeclareerde GLT-trajecten. Over alle jaren is een positieve verschuiving waar te nemen. In 2017 is een piek te zien, die verklaard kan worden door het pakketadvies. Hierin werd GLT per 1 januari 2017 verzekerde zorg voor patiënten met een CI-diagnose. De andere balk staat voor het aantal (eerste) invasieve behandelingen bij de vaatchirurg. De invasieve behandelingen omvatten zowel dotterprocedures als bypassoperaties. Er is een afnemende trend te zien in het aantal gedeclareerde invasieve behandelingen. Deze afname geldt voor zowel het aantal gedeclareerde dotterprocedures als voor het aantal bypassoperaties.

Figuur 11 | Aantal GLT-trajecten en invasieve behandelingen (ingrepen) over de jaren 2015-2019

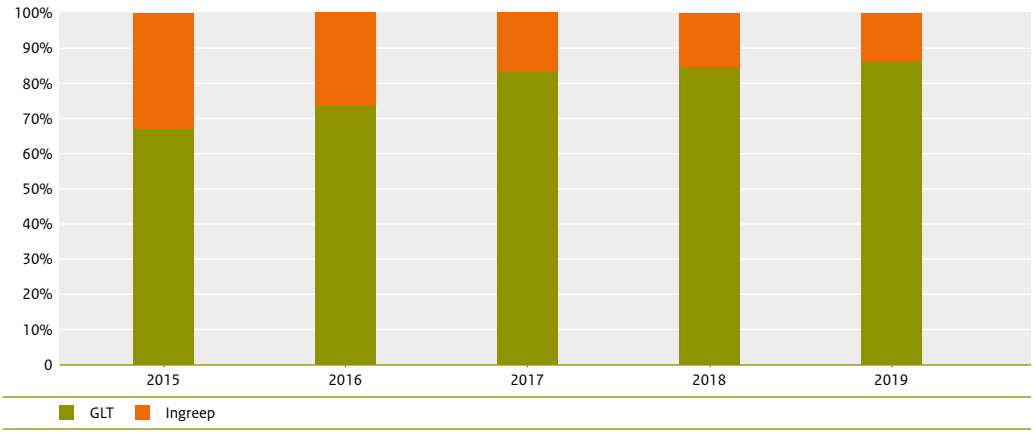


Toenemende trend van inzet van GLT

Voor deze analyse is zowel prospectief als retrospectief gekeken hoeveel patiënten met een operatieve ingreep voorafgaand GLT kregen. De retrospectieve analyse omvat dezelfde informatie als de indicator. Ziekenhuizen leveren deze ook vrijwillig aan in de Openbare Database (ODB).

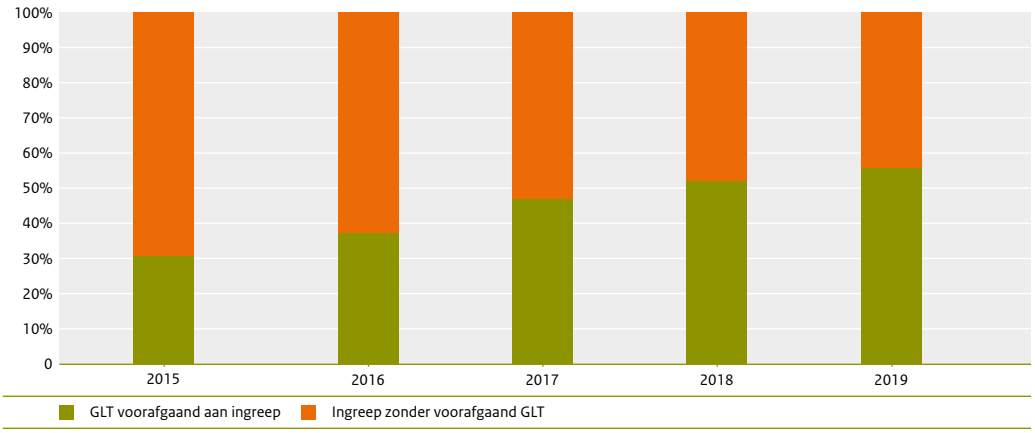
In figuur 12 is de verhouding af te lezen van het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met CI die als primaire behandeling GLT kregen ten opzichte van een invasieve behandeling. Er is een positieve trend te zien in het percentage gediagnosticeerde patiënten die als primaire behandeling GLT kregen. In 2019 is dit gestegen naar 86 procent.

Figuur 12 | Percentage inzet GLT ten opzichte van een ingreep over de jaren 2015-2019 (prospectief)



In figuur 13 is de verhouding af te lezen van patiënten die wel of geen GLT hebben gehad voorafgaand aan een invasieve behandeling. Er is een positieve trend te zien bij het percentage invasieve behandelingen waaraan voorafgaand GLT is ingezet.

Figuur 13 | Verhouding percentage inzet GLT voor een ingreep over de jaren 2015-2019 (retrospectief)



De meerderheid van de personen met een GLT krijgen deze behandeling na een contact met de vaatchirurg in de tweede lijn. Er is wel een afnemende trend te zien van de inzet van GLT vanuit de tweede lijn en een toenemende trend van de inzet van GLT in de eerste lijn.

Alle partijen geven in de interviews aan dat ze positief zijn over de ontwikkeling van de inzet van GLT als primaire behandeling. “Er worden goede stappen gezet in de verbeterafspraken.”

3.2.2 *Acties tot nu toe*

Partijen hebben verschillende acties ondernomen om GLT meer als primaire behandeling in te zetten. De acties komen deels overeen met de acties beschreven in hoofdstuk 2. Acties die eerder zijn besproken worden hier niet uitgebreid toegelicht.

Multidisciplinaire richtlijn ‘PAV’ is in lijn met het verbetersignalement

In de nieuwe multidisciplinaire richtlijn ‘PAV’ staat heel duidelijk beschreven dat GLT de primaire behandeling is voor CI patiënten, ongeacht het niveau van de beschadiging. De supervisie wordt verricht conform de KNGF-richtlijn ‘Perifeer Arterieel Vaatlijden’ door een hiervoor voldoende geschoolde fysio- of oefentherapeut.

Advies voor opname GLT in het basispakket per 1 januari 2017

Per 1 januari 2017 wordt GLT voor mensen met CI vergoed vanuit het basispakket. Hierdoor kunnen huisartsen en vaatspecialisten patiënten met CI direct doorsturen naar een fysio- of oefentherapeut voor GLT. Er is destijds besloten om maximaal 37 behandelingen te vergoeden. Het is van belang om op termijn te evalueren of dit aantal toereikend is.

Scholing (kader)huisartsen bevorderd implementatie stepped care

De scholing, die in paragraaf 2.3.2 is beschreven, heeft ook een grote positieve invloed gehad op het aanbieden van GLT als primaire behandeling.

Project Samen beslissen ter bevordering van de inzet van GLT

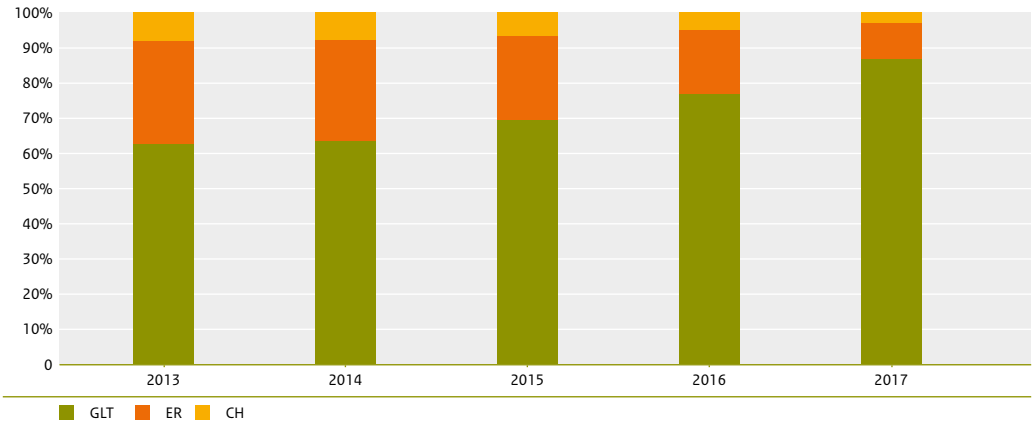
In het kader van de subsidieregeling ‘Transparantie over de kwaliteit van zorg’, is Chronisch ZorgNet op 1 oktober 2018 gestart met het project ‘Individuele prognostische profielen voor gezamenlijke besluitvorming voor patiënten met PAV’. Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met onder andere Harteraad. Op dit moment kent GLT een afgebakend behandeltraject met beperkte mogelijkheden voor gezamenlijke besluitvorming. Met dit project wordt de tool ‘KomPas’ ontwikkeld en geïmplementeerd voor fysiotherapeuten om de GLT nog passender in te zetten. De tool maakt gebruik van individuele prognostische patiëntprofielen (IPP). Dit geeft patiënten inzicht in welke winst zij mogen verwachten van

GLT en van leefstijlaanpassingen (zoals stoppen met roken of afvallen) op concrete uitkomstmaten. Op basis van deze informatie kunnen de patiënt en therapeut gezamenlijk de optimale behandelingsstrategie kiezen. Het project liep tot april 2021.

Publicatie artikel laat afname zien van aantal invasieve behandelingen na inzet van GLT als primaire behandeling voor CI

In september 2020 is het artikel van Jansen SCP et al. (2020)[9] gepubliceerd. Voor dit artikel is met behulp van declaratiedata (2013-2017) onderzocht in hoeverre GLT wordt ingezet als primaire behandeling en of dit leidt tot een afname van invasieve behandelingen. Uit dit onderzoek blijkt dat er een toename is van de inzet van GLT als primaire behandeling (figuur 14) en toont dat bij 83 procent van deze patiënten geen invasieve behandeling plaatsvindt binnen vijf jaar (figuur 15).

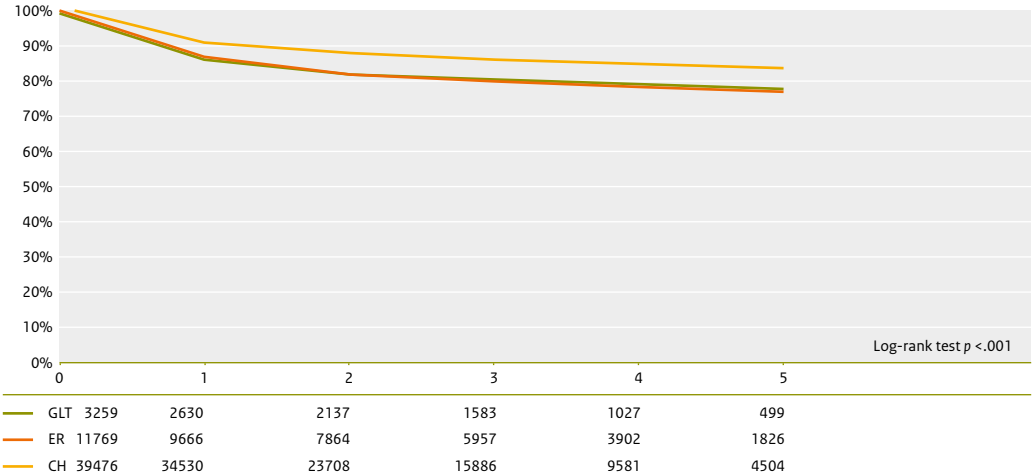
Figuur 14 | Procentuele inzet GLT als primaire behandeling bij een diagnose CI



Verdeling van primaire behandeling; gesuperviseerde looptraining (GLT), endovasculaire revascularisatie (ER) en chirurgie (CH), voor patiënten met CI tijdens 2013 -2017 in Nederland.

Bron: Jansen SCP et al, 2020

Figuur 15 | Inzet tweede interventie binnen 5 jaar na GLT



Cumulatieve Kaplan-Meier schatting van patiënten zonder secundaire interventie op basis van primaire behandeling; gesuperviseerde looptraining (GLT), endovasculaire revascularisatie (ER) en chirurgie (CH), voor patiënten met CI tijdens 2013 -2017 in Nederland. De grafiek geeft de eerste revascularisatie weer na GLT en de tweede revascularisatie voor de ER- en CH-groepen.

Bron: Jansen SCP et al, 2020

9 *Jansen SCP et al, 2020. Successful Implementation of the Exercise First Approach for Intermittent Claudication in the Netherlands is Associated with Few Lower Limb Revascularisations. Eur J Vasc Endovasc Surg. Accepted for publication.*

Artikel Jansen et al. (2020)
Het artikel laat een positieve ontwikkeling zien over de inzet van GLT als primaire behandeling en toont dat bij 83 procent van deze patiënten geen ingreep plaatsvindt binnen vijf jaar.

Landelijk dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten
De verdere ontwikkeling en aanwezigheid van een landelijk dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten (Chronisch ZorgNet) heeft bijgedragen aan de inzet van GLT als primaire behandeling.

3.3 Acties waar partijen mee verder gaan

Alle partijen zijn tevreden over de ontwikkelingen in het primair inzetten van GLT. De ontwikkelingen zijn alleen niet zo snel gegaan als de meeste partijen gehoopt hadden. Er zijn volgens partijen nog vervolgacties nodig om de huidige ontwikkelingen voort te zetten. Tijdens de interviews kwamen de volgende acties naar voren.

Toegankelijk maken vaatlab draagt bij aan stepped care
Meerdere partijen verwachten dat de inzet van GLT als primaire behandeling zal toenemen, wanneer de toegang tot de vaatlab is gewaarborgd en hiervan gebruikgemaakt wordt. Doordat de huisarts tijdens de diagnostiek de regie behoudt, zal vaker direct worden doorverwezen naar de fysiotherapeut voor GLT. Daardoor zullen de doorverwijzingen naar de tweede lijn afnemen.

Wanneer de patiënt toch in het ziekenhuis komt voor diagnostiek, dan is de NVvV van mening dat het netter is om de patiënt terug te sturen naar de huisarts én te verwijzen naar een fysiotherapeut voor GLT. In de rapportage naar de huisarts kan dan duidelijk worden vermeld wat de gewenste route is.

Scholing voor (kader)huisartsen blijven aanbieden
Chronisch ZorgNet heeft gemerkt dat er nog huisartsen zijn die niet weten dat GLT de primaire behandeling is voor CI. Het is belangrijk om huisartsen te informeren over het bestaan van Chronisch ZorgNet en de beschikbare scholing te blijven aanbieden. Andere partijen beamen dat het goed is om de scholing te blijven geven (zie paragraaf 2.4.3 voor meer informatie over de scholing).

Uitbreiden van samenwerking huisarts en fysiotherapeut
Door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Chronisch ZorgNet wordt benoemd dat verdere uitbreiding van de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten gewenst is. De fysiotherapeuten moeten gestimuleerd worden om de huisarts actief te benaderen. Volgens het KNGF stimuleert Chronisch ZorgNet dit proces enorm door deelnemende fysiotherapeuten te informeren via webinars, bijeenkomsten, Powerpointpresentaties en animatievideo's. Deze zijn in dit Zinnige Zorg-traject ontwikkeld of geactualiseerd.

4. Evaluatie verbeterpunt: verbeteren patiëntenvoorlichting en Samen beslissen

4.1 Wat is er afgesproken in het verbetersignalement?

Uit het *Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden* (2016) blijkt dat de voorlichting voor patiënten met CI beter kan, waarbij aandacht is voor stepped care zorg en gedeelde besluitvorming. In het verbetersignalement zijn daarom onderstaande verbeterafspraken geformuleerd:

- Patiëntenvoorlichting kan beter. Dit kan door het aanbieden van betrouwbare patiënteninformatie op één centrale plek. Er ligt ook een verantwoordelijkheid bij de professionals in de eerste en tweede lijn. Hierbij moet aandacht zijn voor stepped care zorg, dus goede uitleg waarom een operatie in eerste instantie niet aangewezen is.
- Er wordt meer werk gemaakt van gedeelde besluitvorming. Ter ondersteuning wordt de keuzehulp (inclusief consultkaart) verder ontwikkeld voor gebruik in de eerste en tweede lijn.

Deze afspraken omvatten het voorzien van de patiënten van goede voorlichting en gedeelde besluitvorming. Het Zorginstituut gaat na of de keuzehulp is ontwikkeld en evalueert of de kwaliteit van de patiënteninformatie voldoende is. Dit doen we door te onderzoeken of de informatie in lijn is met de laatste wetenschappelijke inzichten.

4.2 Waar staan we nu?

Om inzicht te krijgen in de implementatie van dit verbeterpunt is een analyse uitgevoerd naar de beschikbaarheid en de inhoud van de patiënteninformatie op relevante websites. Uit de analyse (bijlage 4) blijkt dat de juiste patiënteninformatie over diagnostiek wordt aangeboden op Thuisarts en Chronisch ZorgNet. Het onderdeel stepped care en GLT als primaire behandeling komt op het merendeel van de websites duidelijk terug.

Door de partijen wordt aangegeven dat de beschikbaarheid van patiënteninformatie voldoende is. Desondanks ervaart een aantal partijen dat patiënten niet altijd goed geïnformeerd zijn. Over de keuzehulp die is ontwikkeld, gericht op de tweede lijn, zijn de meeste partijen niet tevreden. Er wordt gezegd dat in de keuzehulp stepped care niet voldoende naar voren komt. Ook wordt de vraag gesteld of de naam 'keuzehulp' passend is, omdat GLT de primaire behandeling is, en er dus geen keuze is.

De verbeterafspraken om patiënteninformatie beschikbaar te maken en een keuzehulp te ontwikkelen ter ondersteuning van de gedeelde besluitvorm zijn geïmplementeerd. Partijen zien wel ruimte voor verbetering van de inhoud van de keuzehulp. Het is aan partijen om de inhoud aan te passen.

4.2.1 *Resultaten analyse patiëntinformatie*

Het Zorginstituut heeft in juni 2020 de websites geraadpleegd van relevante wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties om te onderzoeken wat er beschikbaar is aan patiënteninformatie. De uitkomsten van de analyses staan uitgebreid gerapporteerd in bijlage 4. Ook de beschikbare keuzehulp voor CI is hierin meegenomen. In bijlage 3 kunt u de hele analyse teruglezen.

Diagnostiek

Op Thuisarts wordt specifiek benoemd dat de huisarts de diagnostiek kan uitvoeren en anders kan doorverwijzen naar een huisartsenlab of een vaatlab. Ook op de website van Chronisch ZorgNet staat deze boodschap. In de brochure van de Hartstichting staat aangegeven dat het doppleronderzoek bij voorkeur wordt uitgevoerd in een vaatlab. De keuzehulp vermeldt niks over diagnostiek bij de huisarts, omdat deze gericht is op de tweede lijn.

Stepped care en GLT als primaire behandeling komt in bijna alle patiëntinformatie terug
In de bestudeerde informatie staat beschreven dat GLT de primaire behandeling voor CI, behalve in de keuzehulp. Daarnaast staat vaak beschreven dat in eerste instantie alleen contact met de huisarts en de fysiotherapeut nodig is. Verder wordt in bijna alle patiënteninformatie vermeld dat het GLT-traject minimaal drie tot zes maanden moet worden doorlopen. Pas als daarna blijkt dat het traject niet effectief is, staat beschreven dat men in overleg met de huisarts kan kijken of een operatie nodig is. Alleen in de keuzehulp komen stepped care en GLT als primaire behandeling niet aan bod.

De beroepsverenigingen NVvV, NVvH en VNIVD hebben geen patiënteninformatie op hun website beschikbaar gemaakt, maar verwijzen alleen naar hun eigen richtlijnen.

De meeste partijen geven aan dat er voldoende patiënteninformatie beschikbaar is en ook op de juiste plek (websites) staat.

Over de keuzehulp zijn partijen minder te spreken. Stepped care komt niet voldoende naar voren en de term ‘keuzehulp’ vinden sommigen niet passend, omdat er eigenlijk geen keuze is: GLT is de primaire behandeling.

5. Evaluatie verbeterpunt: beschikbaar maken kwaliteitsinformatie

5.1 Afspraken uit het verbetersignalement

Uit het *Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden* (2016) blijkt dat er landelijk nog geen transparante informatie beschikbaar is over de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. In het verbetersignalement is daarom onderstaande verbeterafspraak geformuleerd:

- Er komt landelijk informatie beschikbaar over geleverde kwaliteit van zorg in de eerste en tweede lijn vanuit het perspectief van de patiënt met CI. Deze informatie wordt transparant gemaakt.

Deze afspraken omvatten het voorzien in kwaliteitsinformatie voor een goed geïnformeerde patiënt. Het Zorginstituut streeft vanuit zijn kwaliteitstaken naar goede en transparante uitkomstinformatie over zorg voor de patiënt. Het Zorginstituut heeft geen invloed op de inhoud van de indicatoren. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de indicatorwerkgroep, net als het beschikbaar maken van de informatie. PAV is opgenomen in de top-52 van aandoeningen waarvoor uiterlijk in 2022 uitkomstinformatie moet komen over de medisch-specialistische zorg (MSZ)[10].

5.2 Waar staan we nu?

Op dit moment is voor patiënten geen kwaliteitsinformatie beschikbaar over de uitkomsten van geleverde CI-zorg bij huisartsen, fysiotherapeuten of medisch specialisten. Ziekenhuizen leveren in het kader van de Transparantiekalender van het Zorginstituut twee indicatoren aan over verslagjaar 2020. De eerste is de procesindicator 'Percentage patiënten met CI, ten gevolge van PAV, dat looptraining heeft gehad voorafgaand aan een vasculaire interventie/ingreep'. De tweede is de structuurindicator 'De leden van het vasculair behandelteam worden uitgevraagd om inzicht te verkrijgen hoe CVRM in de ziekenhuizen is geborgd. Via een pilot onderzocht het Zorginstituut als handreiking aan partijen of het mogelijk is gebruik te maken van bestaande registraties om de procesindicator inzichtelijk te maken. Uit deze pilot wordt gezamenlijk door het Zorginstituut en de zorgaanbieders geconcludeerd dat het inzichtelijk maken van de indicator nu niet mogelijk is op basis van declaratiedata. De data zijn namelijk niet volledig controleerbaar door de instellingen, omdat zij niet beschikken over de gegevens van de fysiotherapeuten. Daarnaast blijkt sprake van interpretatieruimte in de definitie van GLT. Het vervolg om de MSZ-kwaliteitsinformatie beschikbaar te maken is belegd bij de indicatorwerkgroep. Het is aan de betrokken partijen om hier verdere acties op te ondernemen. Zo komt er voor patiënten op den duur kwaliteitsinformatie beschikbaar over de uitkomsten van geleverde zorg. Partijen komen dit jaar weer bijeen onder voorzitterschap van het Zorginstituut voor de doorontwikkeling van de indicatoren op de Transparantiekalender. Verder staat het onderwerp op de agenda binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg van de Hoofdlijnenakkoord-partners.

5.2.1 *Beschikbare kwaliteitsinformatie*

Uit onze analyse van beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie komen de volgende bevindingen naar voren.

Kwaliteitsinformatie PAV staat op de Transparantiekalender

Op de Transparantiekalender staat per aandoening beschreven welke kwaliteitsinformatie aangeleverd moet worden. De kwaliteitsinformatie wordt aangeleverd met een structuur-, proces- of uitkomstindicator. Deze informatie wordt onder andere gebruikt als keuze-informatie voor cliënten.

10 https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/06/28/rapport-meer-patientregie-door-meer-uitkomstinformatie-in-2022.

Voor de MSZ staan er voor 2021 twee indicatoren op de Transparantiekalender[11], namelijk:
- Vrijwillige procesindicator: het percentage patiënten met CI, ten gevolge van perifeer arterieel vaatlijden, dat looptraining[12] heeft gehad voorafgaand aan een vasculaire interventie/ingreep[13].
- Structuurindicator: de leden van het vasculair behandelteam worden bevraagd om inzicht te krijgen hoe CVRM in de ziekenhuizen is gewaarborgd. Eventueel kan door Harteraad worden nagevraagd op welke wijze het CVRM en de scholing hierin op locatie is belegd.

De procesindicator wordt vrijwillig aangeleverd. Dit betekent dat het voor een ziekenhuis niet verplicht is om deze gegevens aan te leveren, waardoor de kwaliteitsinformatie niet volledig landelijk beschikbaar is.

Meerdere partijen geven aan dat de procesindicator en PROMs* de belangrijkste indicatoren zijn. De NVvV heeft veel tijd gestoken in het uitvragen van PROMs via een DAPA**-registratie. Helaas kon deze niet als indicator worden gebruikt vanwege een heel lage respons van patiënten.

* *PROM's - Patient Reported Outcome Measures - zijn vragenlijsten waarin wordt gevraagd hoe de patiënt zich voelt en hoe het met hem of haar gaat.*
** *DAPA staat voor Dutch Audit for Peripheral Artery Disease. DAPA is een landelijk kwaliteitsregister voor perifeer vaatlijden, waarbij de indicatiestelling en de aangeboden behandelingen worden geregistreerd samen met case-mix factoren en patientfeedback.*

Over de eerste lijn zijn geen indicatoren landelijk beschikbaar voor patiënten. Er is wel een database gemaakt waarin zorgverleners inzicht kunnen krijgen in de landelijke gegevens, maar deze is nog niet toegankelijk voor patiënten. Zie het kader hieronder.

Het KNGF en Chronisch ZorgNet zijn samen eigenaar van de kwaliteitsinformatie die beschikbaar is via de landelijke database fysiotherapie. De verzamelde informatie helpt fysiotherapeuten om van elkaar te leren, onder andere door de mogelijkheid om eigen resultaten te vergelijken met regionale en landelijke gemiddelden. Deze gegevens worden ook gebruikt voor kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg. Zoals beschreven onder 3.2.2 is het 'KomPas' ontwikkeld. Dit is een tool waarmee gepersonaliseerde voorspellingen voor de patiënt kunnen worden gemaakt, gebaseerd op de verzamelde behandelgegevens. Transparantie van deze gegevens kan in een later stadium op landelijk en regionaal niveau. Eerst zijn nog stappen nodig voor inzicht in de kwaliteit en het zorgen voor volledigheid van de database.

5.2.2 *Acties tot nu toe*

Het Zorginstituut heeft samen met ZN, Vektis, Harteraad en ziekenhuizen een pilotstudie uitgevoerd. Het doel van de studie was om te onderzoeken of het mogelijk is gebruik te maken van declaratiedata om relevante kwaliteitsinformatie inzichtelijk te maken. Uit de pilot blijkt dat de technische aanlevering van data van Vektis naar DHD geslaagd is. Via een beschikbaar format en een tool kan de aanlevering naar DHD op een veilige en betrouwbare wijze worden uitgevoerd. Zorgaanbieders zijn enthousiast over dit initiatief, met name over de route van de declaratiedata en de inzet voor kwaliteitsdoeleinden. Zij willen graag meewerken aan pilots met als doel om de registratielast te verminderen. Uit deze pilot blijkt dat het technisch mogelijk is om dit te realiseren, maar bij een eerste verificatie bleek helaas onvoldoende overeenkomst tussen de VEKTIS-data en het ZIS (Ziekenhuisinformatiesysteem). Ook bleken de resultaten niet controleerbaar door de instellingen, omdat zij niet beschikken over de gegevens van de fysiotherapeuten. Daarnaast bleek sprake van interpretatieruimte in de definitie van GLT. De gezamenlijke conclusie van het Zorginstituut en de zorgaanbieders is dat het inzichtelijk maken van de indicator nu niet mogelijk is op basis van declaratiedata.

11 https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/perifeer-arterieel-vaatlijden-pav.
12 *Looptraining: gesuperviseerde looptraining gedurende ten minste drie maanden.*
13 *Vasculaire interventie/ingreep: percutaan (wel of niet met stent) en/of chirurgisch (endarterectomie of bypass).*

6. Impactanalyse

Voor het berekenen van het substitutie-effect van het inzetten van stepped care (GLT), hebben wij de analyse zoals die is gepresenteerd in het verbetersignalement als uitgangpunt genomen. Hierbij staan aan de ene kant de vergoeding van stepped care zorg en aan de andere kant de opbrengsten in de vorm van minder uitgevoerde invasieve behandelingen.

In 2019 waren er 11.756 nieuwe patiënten die GLT als primaire behandeling aangeboden hebben gekregen. De vergoeding ten laste van het basispakket voor de inzet van GLT als primaire behandeling was in 2019 ongeveer € 7.800.000.

Om te bepalen wat de verwachte afname in het aantal invasieve ingrepen is, baseren wij ons op het 5 jaar incidence free survival percentage van 83 procent [14]. Dit betekent dat er door de inzet van stepped care 9757 (11.756 * 83 procent) minder invasieve behandelingen zijn. De vergoeding van een invasieve behandeling minus de diagnostiek was in 2019 gemiddeld € 8760 (€ 9200 - € 440). De vergoeding voor deze 9757 interventies zou ongeveerd € 85.500.000 zijn geweest.

Bij het berekenen van de impact van de inzet van stepped care vergelijken we de situatie in 2019 met de situatie van 2011. Dit is in lijn met de berekeningen in het verbetersignalement. In 2011 waren er 3338 personen die stepped care kregen. Dit betekent dat er door de inzet van stepped care ongeveer 2770 (3338 * 83 procent) minder invasieve behandelingen zijn uitgevoerd. De vergoeding voor deze 2770 interventies, gebaseerd op de vergoeding in 2019, is ongeveer € 25.500.000.

In 2016 is er door het Zorginstituut een pakketadvies uitgebracht rond de vergoeding van GLT uit het basispakket voor patiënten met CI[15]. Bij de evaluatie van dit pakketadvies, door de Algemene Rekenkamer, is de impact van de vergoeding van GLT uit het basispakket berekend op € 21.500.000[16]. We volgen de lijn van deze evaluatie, om de impact van het pakketadvies niet toe te kennen aan het verbetersignalement PAV.

Op grond van de hierboven geschetste uitgangspunten en aannames berekenen wij het substitutie-effect van het inzetten van stepped care van € 30.700.000 (€ 85.500.000 situatie 2019 - € 7.800.000 kosten GLT - € 25.500.000 situatie 2011 – € 21.500.000 impact pakketadvies). Dit betekent een impact van jaarlijks € 30.700.000 ten opzichte van de situatie in 2011.

14 *Jansen SCP et al, 2020. Successful Implementation of the Exercise First Approach for Intermittent Claudication in the Netherlands is Associated with Few Lower Limb Revascularisations. Eur J Vasc Endovasc Surg. Accepted for publication.*

15 https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/03/01/pakketadvies-gesuperviseerde-oefentherapie-bij-claudicatio-intermittens

16 https://www.rekenkamer.nl/actueel/nieuws/2020/10/13/sturen-op-zinnige-zorg-in-basispakket-bracht-geen-verandering

7. Conclusie

Het Zorginstituut ziet dat dit traject heeft geleid tot significante verbetering van de zorg voor mensen met CI. We concluderen dat er veel stappen zijn gezet met betrekking tot de verbeterafspraken en er is een positieve trend te zien in de data. De toegankelijkheid tot het vaatlab is vergroot waardoor huisartsen daar een EAI kunnen laten uitvoeren en meer patiënten krijgen gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling. Door het implementeren van stepped care door de betrokken partijen is er een substitutie effect behaald van €30.700.000. Dit betekent een impact van jaarlijks €30.700.000 ten opzichte van de situatie in 2011.

Met de behaalde resultaten en de beschreven vervolgstappen maken de betrokken partijen weer een stap in het verlenen van passende zorg aan patiënten met CI. Het Zorginstituut zal de ontwikkelingen in de zorg voor deze patiënten volgen vanuit het perspectief van samensteller van het pakket van goede verzekerde zorg. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat de partijen zelfstandig de implementatie van de verbeterafspraken voortzetten en daarom kan met dit evaluatierapport het Zinnige Zorg traject PAV binnen het Zorginstituut worden afgesloten.

8. Schematisch overzicht ondernomen en nog te ondernemen acties

Verbeteronderwerp	Ondernomen acties	Acties waar partijen mee verder gaan
Meer enkel-armindex diagnostiek in de eerste lijn		
Afspraken uit verbetersignalement: 1. De organisatie van enkel-armindex diagnostiek in de eerste lijn wordt verbeterd. Er worden kwaliteitseisen opgesteld voor de uitvoering en er wordt gewerkt aan deskundigheids-bevordering. Er komt voorlichting aan eerstelijns professionals over de mogelijkheden om deze diagnostiek uit te laten voeren in eerstelijns diagnostische centra en vaatlabs. Ook wordt de toegankelijkheid hiervan verbeterd. 2. Er komen heldere afspraken tussen de eerste en tweede lijn over adviezen omtrent **diagnostiek** en behandeling.	1. MD-richtlijn is in lijn met verbetersignalement 2. Scholing (kader)huisartsen bevorderd implementatie diagnostiek en stepped care PAV 3. Publicatie artikel H&W en podcast genereert aandacht voor diagnostiek in eerste lijn en stepped care 4. Brief aan ziekenhuizen om toegankelijkheid vaatlab voor huisartsen mogelijk te maken 5. ZN heeft de brief van het Zorginstituut aan ziekenhuizen nogmaals onder de aandacht gebracht 6. Harteraad besteedt aandacht aan voorkeur van EAI in het vaatlab	1. Verbeteren toegankelijkheid vaatlab 2. Meer gebruik van vaatlab door huisartsen 3. Uniforme beschrijving op ZorgDomein 4. Aanpassen NHG-Standaard 5. Actualiseren scholing (kader)huisartsen en blijven aanbieden aan zorggroepen

Verbeteronderwerp	Ondernomen acties	Acties waar partijen mee verder gaan
Meer inzet van gesuperviseerde looptraining		
Afspraken uit verbetersignalement: 1. Er komen heldere afspraken tussen de eerste en tweede lijn over adviezen omtrent diagnostiek en behandeling. 2. Professionals gaan het principe van stepped care consequenter toepassen. 3. Monitoring effecten gesuperviseerde looptraining.	1. MD-richtlijn is in lijn met verbetersignalement 2. Advies voor opname GLT in basispakket per 1 jan 2017 3. Scholing (kader)huisartsen bevordert implementatie stepped care 4. Project Samen Beslissen ter bevordering van de inzet van GLT 5. Publicatie artikel laat succes van GLT als primaire behandeling voor CI zien 6. Landelijkf dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten	1. Toegankelijk maken vaatlab draagt bij aan stepped care 4. Scholing voor (kader)huisartsen blijven aanbieden 3. Uitbreiden van samenwerking huisarts en fysiotherapeut

Verbeteronderwerp	Ondernomen acties	Acties waar partijen mee verder gaan
Verbeteren patiënteninformatie		
Afspraken uit verbetersignalement 1. Patiëntenvoorlichting kan beter. Dit kan door het aanbieden van betrouwbare patiënteninformatie op één centrale plek. Er ligt ook een verantwoordelijkheid bij de professionals in de eerste en tweede lijn. Hierbij moet aandacht zijn voor stepped care zorg, dus goede uitleg waarom een operatie in eerste instantie niet aangewezen is. 2. Er wordt meer werk gemaakt van gedeelde besluitvorming. Ter ondersteuning wordt de keuzehulp (incl. consultkaart) verder doorontwikkeld voor gebruik in de eerste en tweede lijn.	Er is een analyse uitgevoerd om te onderzoeken of partijen patiënteninformatie beschikbaar hebben en of deze conform de afspraken uit het verbetersignalement zijn. Uit de analyse blijkt dat over diagnostiek op Thuisarts en Chronisch ZorgNet de juiste patiënteninformatie wordt gegeven. Het onderdeel stepped care en GLT als primaire behandeling komen bij het merendeel van de websites duidelijk terug. Alleen in de ontwikkelde keuzehulp ontbreekt informatie over stepped care en GLT als primaire behandeling.	Partijen hebben al veel patiënteninformatie beschikbaar gesteld. Er zijn voor dit verbeteronderwerp geen specifieke acties benoemd, maar er is wel behoefte om de keuzehulp inhoudelijk aan te passen.

Verbeteronderwerp	Ondernomen acties	Acties waar partijen mee verder gaan
Beschikbaar maken kwaliteitsinformatie		
Afspraak uit verbetersignalement 1. Er komt landelijk informatie beschikbaar over de geleverde kwaliteit van zorg in de eerste en tweede lijn vanuit het perspectief van de patiënt met claudicatio intermittens. Deze informatie wordt transparant gemaakt. Het Zorginstituut plaatst dit punt op de Meerjarenagenda.	1. Pilot Vektis: gebruik van declaratiedata als kwaliteitsinformatie	

Bijlage 1 Achtergrondinformatie verbetersignalement

Verbetersignalement PAV

Wanneer de organisatie van de zorg rondom claudicatio intermittens verbetert in lijn met de verbeterafspraken in het verbetersignalement, verwacht het Zorginstituut dat de volgende veranderingen zullen plaatsvinden:

- De enkel-armindex (EAI) wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de huisarts. De huisarts kan hierbij gebruikmaken van het vaatlab in het ziekenhuis, zonder dat er een fysiek consult van de vaatspecialist aan te pas komt. Voor diagnostiek wordt niet meer doorverwezen naar de vaatspecialist.
- Stepped care wordt beter toegepast. Nieuw gediagnosticeerde patiënten met claudicatio intermittens starten, naast cardiovasculair risicomanagement, met gesuperviseerde looptraining. Een endovasculaire interventie of operatie wordt pas ingezet als de gesuperviseerde looptraining niet effectief is gebleken.
- Duplexonderzoek wordt ingezet volgens de aanbeveling in de multidisciplinaire richtlijn. Dit gebeurt dus pas nadat een gesuperviseerd looptraject is doorlopen en niet effectief is gebleken, en de patiënt in de tweede lijn komt voor het bepalen van het verdere beleid.
- Er komt patiëntenvoorlichting die aansluit bij de multidisciplinaire richtlijn 'PAV' en de gemaakte verbeterafspraken in dit verbetertraject.
- Er komt uitkomstinformatie beschikbaar voor de patiënt.
- Deze veranderingen moeten vervolgens leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg en vermijden van onnodige zorgkosten.

In de onderstaande tabel[17] staat een overzicht uit het verbetersignalement van de gezamenlijk vastgestelde verbeterpunten en welke partijen als eerste zijn aangewezen om de verbeteractie op te pakken.

Verbeterpunten	Wie?
De organisatie van enkel armindex diagnostiek in de eerste lijn wordt verbeterd. Er worden kwaliteitseisen opgesteld voor de uitvoering en er wordt gewerkt aan deskundigheidsbevordering. Er komt voorlichting aan eerstelijns professionals over de mogelijkheden om deze diagnostiek uit te laten voeren in eerstelijns diagnostische centra en vaatlabs. Ook wordt de toegankelijkheid hiervan verbeterd.	NHG, NVvH, samen met ZN
Er komen heldere afspraken tussen de eerste en tweede lijn over adviezen omtrent diagnostiek en behandeling. *ZIN plaatst dit punt mogelijk op de Meerjarenagenda*	NHG, NVvH, samen met andere relevante partijen
Patiëntenvoorlichting kan beter. Dit kan door het aanbieden van betrouwbare patiëntenvoorlichting op één centrale plek.	De Hart&Vaatgroep, NHG, NVvH
Er ligt ook een verantwoordelijkheid bij de professionals in de eerste en tweede lijn. Hierbij moet aandacht zijn voor stepped care zorg, dus goede uitleg waarom een operatie in eerste instantie niet aangewezen is.	Dit geldt voor alle professionals
Er wordt meer werk gemaakt van gedeelde besluitvorming. Ter ondersteuning wordt de keuzehulp (incl. option grid) verder doorontwikkeld voor gebruik in de eerste en tweede lijn. *ZIN plaatst dit punt op de Meerjarenagenda*	De Hart&Vaatgroep, samen met andere relevante partijen
Professionals gaan het principe van stepped care consequenter toepassen.	Dit geldt voor alle professionals
Monitoring effecten gesuperviseerde oefentherapie.	ClaudicatioNet, ZN
Duplexonderzoek wordt ingezet conform richtlijnen.	NVvH
Er komt aandacht voor de gevonden praktijkvariatie in het plaatsen van stents in Nederland. Er wordt nagedacht over acties die kunnen leiden tot verbetering.	NVvH, NVR, NVvV
Er komt landelijk beschikbare informatie over geleverde kwaliteit van zorg in de eerste en tweede lijn vanuit het perspectief van de patiënt met claudicatio intermittens. Deze informatie wordt transparant gemaakt. *ZIN plaatst dit punt op de Meerjarenagenda*	De Hart&Vaatgroep en Patiëntenfederatie Nederland, samen met andere relevante partijen

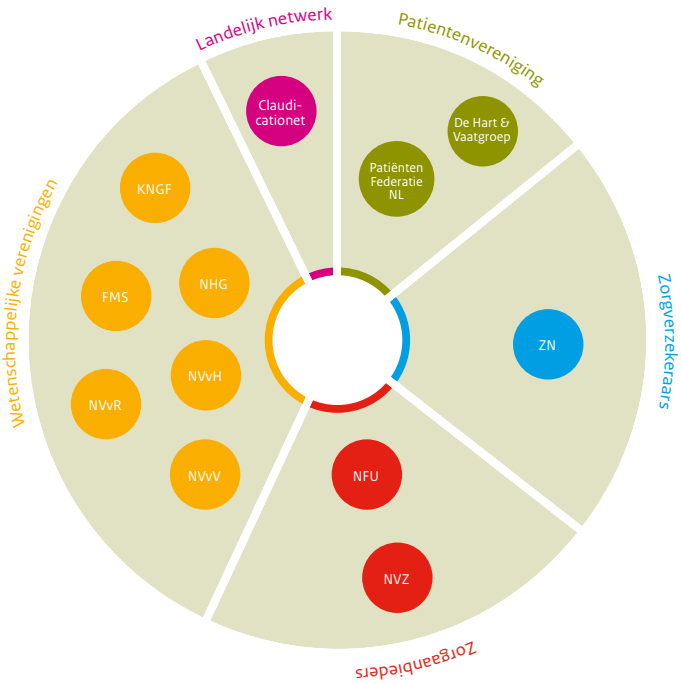
17 *De naam Hart&Vaatgroep in het overzicht is na publicatie van het verbetersignalement veranderd in Harteraad.*

Niet alle verbeterafspraken komen terug in deze tussentijdse rapportage. De volgende twee verbeterafspraken worden niet genoemd: ‘Duplexonderzoek wordt ingezet conform richtlijnen’ en ‘Er komt aandacht voor de gevonden praktijkvariatie in het plaatsen van stents in Nederland. Er wordt nagedacht over acties die kunnen leiden tot verbetering’. Deze zijn niet meegenomen, omdat hier tijdens de implementatiefase niet actief op is ingezet en wel op de andere acht verbeterafspraken. Deze verbeterafspraken bleken in de praktijk het meest urgent en van belang om door de partijen op te pakken.

Het volledige verbetersignalement is te vinden op www.zorginstituutnederland.nl.[18]

18 *https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/08/16/zinnige-zorg-verbetersignalement-perifeer-arterieel-vaatlijden---claudicatio-intermittens*.

Bijlage 2 Betrokken partijen



Sinds 2017 is ook de Nederlandse Vereniging voor non-invasieve vaatdiagnostiek (VNIVD) actief betrokken om zo de implementatie van de verbeterafspraken te bevorderen. Sinds 2018 zijn ook de kaderhuisartsen HartVaat actief betrokken om zo de implementatie in de regio's verder te bevorderen.

Bijlage 3 Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt vergroten en onnodige kosten vermijden. Om deze doelen te bereiken, licht het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Hoe we dat doen, lichten we in deze bijlage toe.

Uitgangspunten

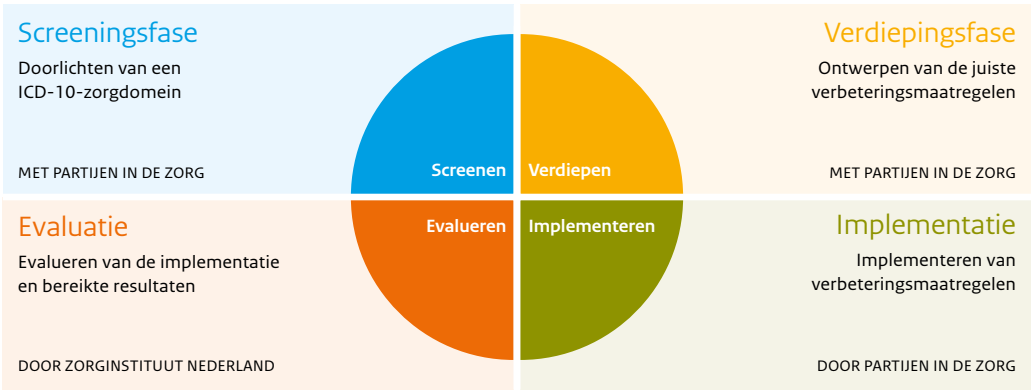
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve of onnodige zorg, en het identificeren en realiseren van daar waar de nodige zorg (nog) niet wordt geleverd. Zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntperspectief*: we kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het gehele zorgtraject. Samen Beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt primair op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.
- *Goede zorg in de praktijk*: we gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf, zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*: in alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen: patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een PDCA-cyclus zoals geïllustreerd in figuur A.1. Deze cirkel bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie.

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is om één (of meer) zorgtraject(en) voor patiënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratie- of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast in een screeningsrapport 'Systematische analyse'. Het definitieve rapport sturen we naar partijen in de zorg en naar de minister voor Medische Zorg en Sport.

Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is om voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes. Op basis van dit onderzoek maakt het Zorginstituut met de betrokken partijen afspraken over verbeteracties. Het onderzoek en de verbeterafspraken (inclusief impactanalyse) leggen we vast in een 'verbetersignalement'. Het definitieve rapport wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de verbeterafspraken. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase een ondersteunende en faciliterende rol hebben, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, het verstrekken van data en spiegelinformatie en het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Het Zorginstituut rapporteert periodiek over de voortgang aan de verantwoordelijke partijen en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de verbeterafspraken gerealiseerd zijn en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van de evaluatie worden vastgelegd in een rapport dat wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruik maken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder:

- analyse van nationale richtlijnen;
- analyse van internationale richtlijnen;
- systematische reviews naar (kosten)effectiviteit;
- analyse van declaratiedata.

We gebruiken declaratiedata (uit het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP)) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Toch zijn deze data wel een belangrijke - en soms zelfs de enige - informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen.

Het Zorginstituut geeft in het programma Zinnige Zorg geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

Bijlage 4 Analyse patiënteninformatie

Het Zorginstituut heeft in juni 2020 de websites geraadpleegd van de relevante wetenschappelijke verenigingen en de patiëntenorganisaties. Er is geanalyseerd of de afspraken die gemaakt zijn overeen komen met de informatie die wordt gegeven op de websites. De uitkomsten van de analyses staan hieronder beschreven.

Kop 1 geeft een algemeen overzicht per organisatie of bron. Bij kop 2 staat beschreven welke afspraken en onderwerpen over patiënteninformatie geanalyseerd zijn. De afspraken zijn op basis van de verbeterafspraken uit het verbetersignalement. Deze analyse is per organisatie of bron terug te lezen, waarbij gekeken is of deze voldoet aan de beschreven afspraken. Vervolgens worden bij 3 de resultaten gegeven van de geanalyseerde patiëntinformatie.

1. Algemeen overzicht

Organisatie	Plek en onderwerp	Laatst herzien	Verwijzing naar andere bronnen
1. Thuisarts	1. Ik heb claudicatio intermittens 2. Ik heb etalagebenen en overweeg ingreep in het ziekenhuis	13 jun 2016	**Webpagina's** de Nederlandse Hartstichting, Harteraad.nl, de Infolijn Hart en Vaten van de Hartstichting, Chronisch ZorgNet, persoonlijkegezondheidscheck.nl **En richtlijnen** de NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden en op de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit (2016).
2. Harteraad	1. Etalagebenen/claudicatio intermittens 2. Brochure Harteraad 'Etalagebenen? Lopen!'	Brochure: 12 juli 2018	**Verwijzing naar website/keuzehulp/brochures** Infolijn Hart en Vaten. Hartstichting Thuisarts Kies Beter Keuzehulp etalagebenen Keuzekaartje etalagebenen Brochure hartstichting Chronisch ZorgNet
3. Hartstichting	'Behandeling vernauwde beenslagader' Brochure	Brochure: okt. 2019	-
4. Chronisch ZorgNet	Fysiotherapie bij etalagebenen	Onbekend	-
5. KNGF	FACT sheet Claudicatio Intermittens Patiëntenwebsite van KNGF	Onbekend	-
6 NVVH	https://heelkunde.nl/search/inhoud/perifeer%20arterieel%20vaatlijden	Onbekend	-
7 NVVV	https://nvvv-vaatchirurgie.nl/search/inhoud/perifeer%20arterieel%20vaatlijden	-	-
8 VNIVD	https://www.vnivd.nl/		
9 Keuzehulp	https://sdmstaging.medify.eu/surgery/index_keuzehulp-claudicatie_nl.html Apart toegevoegd onderaan, vanwege kopie van plaatjes i.p.v. teksten.	april 2017	-

2. Analyse patiënteninformatie per website/bron

Diagnostiek

De huisarts kan de diagnostiek zelf doen mits voldoende bekwaam of kan de diagnostiek laten uitvoeren in een EDC of vaatlab. De patiënt hoeft voor diagnostiek dus niet per se te worden doorverwezen naar de vaatspecialist.

Stepped care

De huisarts heeft een belangrijke rol in dit stepped care verhaal.

- De diagnostiek kan onder verantwoordelijkheid van de huisarts plaatsvinden.
- De inzet van de eerste behandeling kan gebeuren onder verantwoordelijkheid van de huisarts (inzet GLT en CVRM).
- De vaatspecialist komt in principe pas in beeld nadat een GLT-traject is doorlopen.

Primaire behandeling

Bij alle nieuwe patiënten met een diagnose CI wordt gesuperviseerde oefentherapie als primaire behandeling ingezet (uitzonderingen daargelaten). Pas als dit traject niet effectief is gebleken na drie tot zes maanden, wordt een operatie overwogen.

Legenda kolom 'vermeld conform richtlijn/afspraken':

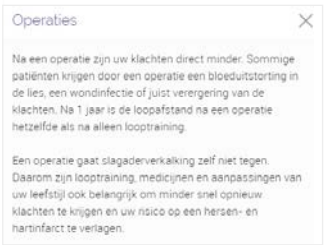
+ vermeld conform richtlijn/afspraken
○ grotendeels vermeld conform richtlijn/afspraken
- niet conform richtlijn/afspraken

Bron	Vermeld conform richtlijn/afspraken	Tekst
1. Thuisarts	+	Hoe wordt een vernauwing van een beenslagader gemeten? (Diagnostiek): De huisarts kan (laten) onderzoeken of de bloedvaten in uw benen vernauwd zijn. Dat doet hij door de bloeddruk aan uw armen te vergelijken met de bloeddruk aan uw enkels. ... ...De verhouding tussen enkelbloeddruk en armbloeddruk noemen we de enkel-armindex. De bloeddruk in uw arm is meestal iets hoger (10-20 procent) dan de bloeddruk bij uw enkel. Bij een bloedvatvernauwing in het been is het verschil groter: de bloeddruk in uw enkel is duidelijk lager dan in uw arm. Als uw huisarts dit onderzoek niet zelf doet, kan hij u doorverwijzen naar een huisartsenlaboratorium of een vaatlab in een ziekenhuis. **Behandeling van etalagebenen: looptraining** Bij etalagebenen is het belangrijk om zoveel mogelijk te gaan lopen en wandelen. Wat nog beter werkt dan zelfstandig veel gaan wandelen, is looptraining onder leiding van een fysio- of een oefentherapeut. Bij de fysiotherapeut krijgt u eerst een looptest. Zo wordt duidelijk wat uw maximale loopafstand is en hoe uw conditie is. U krijgt een persoonlijk trainingsschema om 2 à 3 keer per week te trainen. De therapeut zal u een goede looptechniek aanleren. Daardoor verminderen de pijnklachten en kunt u steeds verder lopen. Daarnaast krijgt u allerlei oefeningen om uw conditie te verbeteren. Ook is het belangrijk om thuis meer te bewegen en gezonder te leven. Na 3 maanden zult u het resultaat goed voelen: de afstand die u pijnvrij kunt lopen is fors toegenomen. Bij Chronisch ZorgNet vindt u therapeuten die gespecialiseerd zijn in looptraining voor patiënten met etalagebenen. **Hoe gaat het verder met etalagebenen?** Het hele traject van looptraining kan tot 1 jaar duren. Bij de meeste mensen die looptraining doen, is een dotterbehandeling of operatie niet meer nodig. Een dotterbehandeling heeft namelijk ook nadelen. Bovendien is de oorzaak van de vernauwingen van uw slagaderen niet weg na een dotterbehandeling. Geef daarom niet te snel op, maar houd vol. Om uw resultaat van de looptraining te houden is het belangrijk om: dagelijks te blijven wandelen en gezond te blijven leven. Misschien is meedoen aan een leefstijlprogramma iets voor u als u te zwaar bent. U krijgt dan hulp van een leefstijlcoach, diëtiste, fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Uw arts kan u verwijzen. Het kan zijn dat de looptraining na 3 tot 6 maanden geen resultaat heeft. Overleg dan met uw huisarts wat verdere mogelijkheden zijn. **Behandelingen van etalagebenen** Bij etalagebenen gaat u meestal eerst looptraining doen met begeleiding van een fysiotherapeut. Ook werkt u aan een gezonde leefstijl en krijgt u medicijnen tegen te hoge bloeddruk, cholesterolverlagers en bloedverdunners. Geeft de looptraining na 6 maanden onvoldoende resultaat? Of verergeren de klachten tijdens de looptraining? Dan overlegt de huisarts met u of u naar een vaatspecialist in het ziekenhuis wilt. Daar krijgt u verdere onderzoeken. De arts overlegt met u welke behandeling voor u het beste is.
2 Harteraad	+	Etalagebenen (claudicatio intermittens, PAV Perifeer Arterieel Vaatlijden) **Praktisch** Als vaatpatiënt wil je de beste zorg en behandeling. De eerste behandeling gebeurt bij de huisarts en de fysiotherapeut: aanpassing van je leefstijl en looptherapie. Een goede fysiotherapeut voor begeleiding bij de looptherapie en aanpassing van je leefstijl vind je via ClaudicatioNet. De looptherapie heeft het meest succes onder begeleiding van een gespecialiseerde fysiotherapeut. Samen stel je een persoonlijk loopschema vast voor minimaal drie maanden. Tussendoor bespreek je jouw ervaringen. Indien nodig wordt het schema bijgesteld. Je krijgt aanwijzingen om je looptechniek te verbeteren en je spieren beter te gebruiken. Meer lezen over looptherapie? Lees onze brochure Etalagebenen? Lopen! **In brochure** Sinds 2017 worden 37 behandelingen voor looptherapie (voor mensen met etalagebenen) uit de basisverzekering vergoed. Je hebt daarvoor wel een verwijzing van je huisarts of specialist nodig. Wanneer je serieus aan intensieve looptherapie doet in combinatie met een gezonde leefstijl, kan in zeven van de tien gevallen een dotterbehandeling of operatieve ingreep bespaard blijven. Geef daarom niet te snel op!

Bron	Vermeld conform richtlijn/afspraken	Tekst
3. Hartstichting	+	**Op website** Oude versie (juni 2020): Bij vernauwingen in de beenslagaders zijn verschillende behandelingen mogelijk. Er is een speciale looptherapie. Andere behandelingen zijn dotteren of opereren. Bij vernauwingen in de beenslagaders krijgen de spieren in de benen te weinig zuurstof. Daardoor verzuren en verkrampen de spieren. Lopen gaat dan bijna niet meer door de pijn in de spieren van de kuit, het bovenbeen of de bil. De arts adviseert welke behandeling nodig is: looptherapie, een dotter- en stentbehandeling, bypassoperatie of slagaderoperatie. Nieuwe versie (september 2020): Bij vernauwingen in de beenslagaders krijg je altijd eerst een speciale looptherapie. Pas als deze niet werkt, kan een andere ingreep nodig zijn, zoals dotteren of een bypassoperatie. Vaak is looptherapie effectief. Door intensieve looptraining neemt de bloedtoevoer naar de kleinste vaten in de benen toe. Hierdoor nemen de pijnklachten af. Soms zijn medicijnen nodig voor hoge bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte of diabetes. Daarnaast worden antistollingsmedicijnen voorgeschreven om afsluiting van een bloedvat te voorkomen. Alleen in ernstige gevallen is een operatie nodig. **In brochure** Doppleronderzoek Het Doppleronderzoek gebeurt bij voorkeur in een vaatlab in het ziekenhuis. In een vaatlab is veel ervaring met dit onderzoek en zo nodig kunnen aanvullende testen gedaan worden, zoals een looptest. Met het Doppleronderzoek meet de vaatlaborant hoe snel het bloed door de slagaders stroomt. Hij meet hierbij het verschil tussen de bloeddruk in de arm en in de enkel. Dit gebeurt met een zogenoemd Doppler-flowapparaat. Uit het onderzoek komt een waarde: Is de EAI kleiner dan 0,9? Dan is er een vernauwing in een van de slagaders naar of in het been. **Behandeling** Etalagebenen worden altijd eerst behandeld met looptherapie in combinatie met een gezonde leefstijl. Daarnaast krijg je medicijnen. Soms is dat niet voldoende en krijg je een andere behandeling. Hierover lees je meer op de volgende pagina's. Bij de meeste mensen die intensieve looptherapie doen, is een dotterbehandeling of operatie niet meer nodig. Geef daarom niet te snel op, maar houd vol. Als de looptherapie na 3 tot 6 maanden geen resultaat heeft, overleg dan met de huisarts wat verdere mogelijkheden zijn. Deze behandeling door een fysiotherapeut wordt sinds januari 2017 vergoed vanuit de basisverzekering. Wil je weten of de behandeling in jouw geval vergoed wordt? Vraag dit na bij je verzekeraar. Misschien moet je voor een behandeling naar het ziekenhuis. Meestal stuurt de huisarts je door naar een vaatspecialist als je ook tijdens rust pijn in je been of voet voelt (stadium 3). Of als je wonden aan je voet hebt (stadium 4). Afhankelijk van je klachten beslist de specialist samen met jou welke behandeling voor jou het meest geschikt is. Op de volgende pagina's lees je welke behandelingen in het ziekenhuis mogelijk zijn als looptherapie niet helpt.
4. Chronisch ZorgNet	+	**Diagnostiek** Wanneer de arts, aan de hand van het lichamelijk onderzoek, etalagebenen vermoedt, zal vervolgens een eenvoudig onderzoek worden uitgevoerd: het meten van de enkel-arm index. Dit onderzoek kan ofwel door de huisarts zelf worden uitgevoerd, als ook door een vaatlaborant in het vaatlab van een ziekenhuis. De huisarts zal in beide gevallen de resultaten ontvangen en aan de hand hiervan de vervolgstappen bespreken met de patiënt. **Gesuperviseerde looptherapie en leefstijlbegeleiding** De eerste keus behandeling bij etalagebenen is gesuperviseerde looptherapie en leefstijlbegeleiding. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat gesuperviseerde looptherapie leidt tot een verbetering in loopafstand, die vergelijkbaar is met de verbetering die behaald wordt middels een invasieve behandeling ('dotter' of een bypass operatie). Daarnaast verbetert de kwaliteit van leven en de algemene conditie van patiënten door de actievere leefstijl. Ook zijn er minder risico's, zoals een infectie, verbonden aan gesuperviseerde looptherapie t.o.v. een invasieve behandeling. Tachtig procent van de patiënten met etalagebenen zijn dan ook tevreden met deze fysiotherapeutische behandeling en hoeven vervolgens geen invasieve behandeling meer te ondergaan. + een filmpje op de website; - over het behandeltraject, waarin dezelfde punten als bovenstaand aan bod komen. - Hierin wordt ook vermeld dat het GLT traject minimaal 3 maanden moet worden doorlopen om effect te kunnen zien.

5. KNGF	+	**Op KNGF-website** De conservatieve behandeling van CI bestaat uit twee pijlers: cardiovasculair risicomanagement (CVRM, door de huisarts) en symptomatische behandeling (door een (gespecialiseerde) fysiotherapeut). De symptomatische behandeling bestaat uit gesuperviseerde looptherapie (GLT) en is gericht op het verminderen van pijnklachten en beperkingen in loopafstand, het verbeteren van uithoudingsvermogen en spierkracht en het stimuleren van een verantwoorde leefstijl. In alle huidige (inter)nationale richtlijnen wordt een 'stepped-care' (stapsgewijze) benadering aanbevolen in de behandeling van patiënten met CI.8 De eerste stap is een conservatief traject. Pas wanneer dit tot onvoldoende resultaat heeft geleid na enkele maanden kan een invasieve behandeling (dotter met eventuele stentplaatsing of chirurgische bypass operatie) overwogen worden. **Op patiëntenwebsite van KNGF** Behandeling van etalagebenen De huisarts kan (laten) onderzoeken of de bloedvaten in je benen vernauwd zijn. Dit gebeurt door het vergelijken van de bloeddruk in armen en enkels. Met etalagebenen word je meestal doorverwezen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut. (Hart-, vaat-, en long)fysiotherapeuten zijn specifiek geschoold in het geven van training bij etalagebenen. Dankzij deze behandeling is een operatie meestal niet nodig. Een enkele keer is een ingreep (dotteren of een bypass) in het ziekenhuis toch noodzakelijk.
6. NVVH	Geen informatie	Geen patiënteninformatie. Verwijzing naar richtlijn 'PAV' uit 05-08-2016 via website FMS.
7. NVVV	Geen informatie	Geen patiënten informatie.
8. VNIVD	Geen informatie	Geen patiënten informatie. Alleen verwijzing naar richtlijn EAI in rust en EAI met looptest

9. Keuzehulp: Ontwikkeld door artsen AMC en bedoeld voor de tweede lijn.
Aan meegewerkt door: Medify, Harteraad, NVvV
Voldoet aan richtlijn/verbeterafspraak? : -



Veel gestelde vragen	Looptraining	Dotteringreep (met of zonder stent)	Operatie (Endarteriëctomie of bypass)
Wat zijn de voordelen van deze behandeling?	U krijgt een betere algemene conditie door de looptraining. Er is geen risico op complicaties.	Na de Dotteringreep zijn uw klachten direct minder.	Na de operatie zijn uw klachten direct minder.
Wat is het effect van deze behandeling?	Na 6 maanden looptraining lopen patiënten zoals u ruim twee keer zo ver als vóór de looptraining.	Na 1 jaar is de loopafstand na de Dotteringreep hetzelfde als na alleen looptraining.	Na 1 jaar is de loopafstand na de operatie hetzelfde als na alleen looptraining.

3. Resultaat

Het Zorginstituut heeft in juni 2020 de websites geraadpleegd van relevante wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties om te onderzoeken wat er beschikbaar is aan patiënteninformatie. De uitkomsten van de analyses staan uitgebreid gerapporteerd in hoofdstuk 2.

Diagnostiek

Bij Thuisarts wordt specifiek benoemd dat de huisarts de diagnostiek kan uitvoeren en anders kan doorverwijzen naar een huisartsenlaboratorium of een vaatlab. Ook op de website van Chronisch ZorgNet staat deze boodschap. In de brochure van de Hartstichting staat aangegeven dat het Dopplerondersoek bij voorkeur wordt uitgevoerd in een vaatlab. De keuzehulp vermeldt niks over diagnostiek bij de huisarts, omdat deze gericht is op de tweede lijn.

Stepped care en GLT als primaire behandeling komt in alle patiëntinformatie terug

Overal wordt beschreven dat de eerste behandeling bij PAV gesuperviseerde looptraining is, behalve in de keuzehulp. Daarnaast wordt vaak beschreven dat in eerste instantie alleen contact met de huisarts en fysiotherapie nodig is. Dus in deze informatie staat ook dat de verantwoordelijkheid van de eerste behandeling onder de huisarts valt. Er wordt verder in bijna alle patiënteninformatie vermeld dat het GLT traject minimaal drie maanden (tot zes maanden) moet worden doorlopen. Pas als daarna blijkt dat het traject niet effectief is staat er dat men in overleg met de huisarts kan kijken of een operatie nodig is. Alleen in de keuzehulp komt stepped care en GLT als primaire behandeling niet aan bod.

De beroepsverenigingen NVvV, NVvVH en VNIVD geven geen voorlichting op hun website, maar verwijzen alleen naar hun eigen richtlijnen.

Bijlage 5 Achtergrond van kwantitatieve analyses

In deze bijlage wordt de data op hoofdlijnen beschreven. We rapporteren vanaf 2015, omdat het Zinnige Zorg-traject eind 2014 is gestart.

In – en exclusiecriteria patiënten

We wijken af van de patiëntselectie beschreven in het verbetersignalement. We hebben tegenwoordig meer data tot onze beschikking en kunnen met de nieuwe, bredere definitie ook de trends inzichtelijk maken.

Oude definitie: inclusie 442 (PAV2) en 418 (PAV2); exclusie personen die ook zorg voor 419 (PAV3) en 420 (PAV4) ontvingen. Nieuwe definitie: Inclusie 442 (PAV2) en 418 (PAV2). Geen exclusie personen die ook zorg voor 419 en 420 ontvangen, want deze personen hebben nog steeds ook zorg voor 442 of 418 ontvangen in het kader van CI.

We gaan er in de analyse vanuit dat personen met een behandeling voor CI een diagnose hebben gekregen. Een persoon met CI-gerelateerde zorg wordt als nieuwe persoon aangeduid als deze in de voorgaande 36 maanden geen CI-gerelateerde zorg heeft gehad. Personen die binnen 36 maanden een tweede interventie ontvangen worden hiermee niet als nieuw persoon gezien in de analyses.

Diagnostiek

In de analyses zijn we bij de eerste declaratie altijd uitgegaan van een Modernisering & Innovatie (M&I) verrichting bij de huisartsenpraktijk, een Overig Zorg Product (OZP) bij een Eerstelijns Diagnostisch Centrum (EDC) of vaatlab, of een diagnose-bBehandel-cCombinatie (dbc) bij de vaatspecialist.

M&I verrichtingen bij de huisarts, uitgevoerd na het eerste onderzoek bij de vaatchirurg, zijn niet meegenomen in de analyses. Personen waarbij we geen enkel-armindex (EAI) diagnostiek terugvinden, maar wel een duplexonderzoek in de tweede lijn, zijn in de analyses meegenomen als personen met primaire diagnostiek bij de vaatchirurg. We gaan er dus vanuit dat het duplexonderzoek in deze specifieke gevallen is ingezet voor het bepalen van de diagnose.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de zorg die geleverd wordt door de vaatchirurg ook onderdeel is van het zorgtraject en de daarbij behorende sub-trajecten (met dbc-structuur). In de tweedelijnszorg wordt een declaratie van een sub-traject toegekend aan het jaar waarin het sub-traject is geopend. Hierdoor kan het declaratie jaar afwijken van het jaar waarin de zorg daadwerkelijk is geleverd. Voorbeeld: een sub-traject voor CI is geopend in december 2018 en de dotterprocedure is uitgevoerd in januari 2019. Wij kennen deze dotterprocedure in onze analyses toe aan 2019. Zouden we rapporteren naar jaar van declaratie, dan zou dezelfde dotterprocedure worden toegekend aan het jaar 2018 (jaar van openen van het sub-traject). Bovenstaande geldt niet voor eerstelijnszorg. Daar is het declaratiejaar gelijk aan het jaar van de geleverde zorg.

Behandeling

Om ook hier zo dicht mogelijk bij de zorgpraktijk te blijven is ervoor gekozen om, net als bij de diagnostiek, het moment waarop de zorg daadwerkelijk geleverd is als uitgangspunt te nemen in de analyses voor het bepalen van het jaar waarin de zorg is geleverd.

We kijken binnen deze analyses naar het eerste GLT-traject en de eerste invasieve behandeling van een persoon. Dit betekent dat herhalingen van dezelfde behandelingen niet dubbel worden meegenomen. Als personen meerdere GLT-trajecten krijgen, wordt alleen het eerste GLT-traject meegenomen. Als personen meerdere invasieve behandelingen krijgen, wordt alleen de eerste meegenomen.

Aangezien een GLT-traject kan bestaan uit meerdere verrichtingen (sessies) hebben we vooraf gedefinieerd wat we zien als één GLT-traject. Een GLT-traject stopt als een persoon 365 dagen geen fysio- of oefentherapie heeft gehad in het kader van CI. Na dat jaar wordt nieuwe fysio– en oefentherapie in het kader van CI weer geteld als nieuw GLT-traject.

We kijken binnen dit Zinnige Zorg-traject naar de inzet van stepped care. Waarbij wij van mening zijn dat het niet succesvol afronden van GLT-traject wel voldoet aan het inzetten van stepped care. Ook trajecten waarbij bij de intake blijkt dat een patiënt niet geschikt is voor een GLT-traject vinden wij hieronder vallen (oordeel door fysiotherapeut). Daarom hebben we niet gekeken naar de specifieke opbouw van de GLT-interventie.

Bijlage 6 Reactie van partijen op conceptrapport

Het concept rapport was geconsulteerd op 25 februari 2021. In deze bijlage zijn de inhoudelijke vragen/opmerkingen weergegeven die partijen hadden naar aanleiding van het concept rapport. Ook de reactie van het Zorginstituut op de vragen/opmerkingen wordt weergegeven. Tekstuele aanpassingen hebben we waar mogelijk meegenomen in het definitieve rapport, maar deze zullen hier niet apart besproken worden.

Het conceptrapport was geconsulteerd bij de volgende partijen:
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Chronisch ZorgNet
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV)
- Harteraad
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- HartVaatHAG
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlands/Belgische Vereniging voor Non-Invasieve Vaatdiagnostiek (VNVID)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- (NVvH)
- Patiëntenfederatie

Partij: CZN	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
Samenvatting: In 2019 is in Nederland bij ongeveer 129.500 mensen zorg voor Claudicatio Intermittens (CI) gedeclareerd. ->Dit aantal verbaast me, aangezien het een stuk hoger ligt dan de standaard gerapporteerde incidentie van ~25.000 pten per jaar?	Voor 129.500 mensen was er tijdens 2019 zorg voor Claudicatio Intermittens gedeclareerd. Dit omvat ook de declaratiecodes voor de diagnostiek. Het aantal patiënten waarvoor diagnostiek gedeclareerd is ligt hoger dan het aantal patiënten die wordt gediagnosticeerd met CI.
Samenvatting 'Meer inzet van gesuperviseerde looptraining': De ondernomen acties voor meer inzet van EAI onder regie van de huisarts, dragen ook bij aan dit verbeterpunt omdat de huisarts eindverantwoordelijke blijft. -> De doorontwikkeling en aanwezigheid van een landelijk dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten (Chronisch ZorgNet) heeft ook bijgedragen aan dit verbeterpunt.	We hebben dit toegevoegd aan de ondernomen acties beschreven in hoofdstuk 3: *'Landelijke dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten De verdere ontwikkeling en aanwezigheid van een landelijk dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten (Chronisch ZorgNet) heeft bijgedragen aan de inzet van GLT als primaire behandeling.'*
Samenvatting 'Beschikbaar maken kwaliteitsinformatie': Er is op dit moment geen kwaliteitsinformatie beschikbaar voor de patiënt over uitkomsten van geleverde zorg in het kader van CI door de huisartsen, fysiotherapeuten of medisch specialisten. -> Er is op dit moment geen kwaliteitsinformatie beschikbaar voor de patiënt. Echter is er wel kwaliteitsinformatie beschikbaar over de geleverde beweegtherapie door fysiotherapeuten. Deze kwaliteitsinformatie wordt inzichtelijk gemaakt voor Chronisch ZorgNet therapeuten. Hierdoor kunnen zij o.a. leren van elkaar + individuele voorspellingen maken.	We hebben dit toegevoegd aan de tekst van hoofdstuk 5. In de tekstbox staat nu: *'Het KNGF en Chronisch ZorgNet zijn samen eigenaar van de kwaliteitsinformatie die beschikbaar is via de landelijke database fysiotherapie. De verzamelde informatie helpt fysiotherapeuten om van elkaar te leren, onder andere door de mogelijkheid om eigen resultaten te vergelijken met regionale en landelijke gemiddelden. Deze gegevens worden ook gebruikt voor kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg. Zoals beschreven onder 3.2.2 is het 'KomPas' ontwikkeld. Dit is een tool waarmee gepersonaliseerde voorspellingen voor de patiënt kunnen worden gemaakt, gebaseerd op de verzamelde behandelgegevens. Transparantie van deze gegevens kan in een later stadium op landelijk en regionaal niveau. Eerst zijn nog stappen nodig voor inzicht in de kwaliteit en het zorgen voor volledigheid van de database.'*
2.1 Wat is er afgesproken in het Verbetersignalement? Bovenstaande afspraken betreffen de organisatie van de zorg, om zo de kwaliteit van de diagnostiek en daarmee de zorg voor de patiënt te verbeteren. -> Een door Chronisch ZorgNet uitgevoerde wetenschappelijke studie (Hageman et al., 2018 – Limited adherence to peripheral arterial guidelines and suboptimal ankle brachial index reliability in dutch primary care) heeft aangetoond dat de kwaliteit van de in de 1e lijn uitgevoerde EAI in de helft van de gevallen suboptimaal is.	We hebben besloten deze referentie niet op te nemen in het rapport, maar geven wel aan dat, om meerdere redenen, de voorkeur van partijen uitgaat naar het uitvoeren van de EAI in het vaatlab. Dit staat beschreven in paragraaf 2.1
2.2 Waar staan we nu? Uit de interviews met de partijen blijkt ook dat er de afgelopen tijd verschillende acties zijn ingezet, zoals de ontwikkeling van een nascholingscursus voor (kader)huisartsen en een gezamenlijke publicatie in Huisarts en Wetenschap. -> Deze door Chronisch ZorgNet en de HartVaatHAG ontwikkelde cursus is landelijk verspreid onder > 750 eerstelijns zorgverwijzers.	We hebben dit toegevoegd aan de tekst van 2.2.2 Acties tot nu toe: *'Deze cursus is ontwikkeld door Chronisch ZorgNet en de HartVaatHAG en is landelijk verspreid onder meer dan 750 eerstelijns zorgverwijzers.'*
2.2.2 Acties tot nu toe Dit is mogelijk omdat al het materiaal van de scholing voor zorggroepen na afronding van het project via Chronisch ZorgNet en de HartVaatHAG gratis toegankelijk blijft. -> Op dit moment is de scholing nog in beheer van Chronisch ZorgNet en is deze daarom gratis beschikbaar voor zorggroepen. Vanaf Q3 2021 wordt dit beheer hoogstwaarschijnlijk overgedragen aan de HartVaatHAG. De scholing blijft dan toegankelijk, maar hoogstwaarschijnlijk niet gratis.	We hebben dit toegevoegd aan de tekst van 2.2.2 Acties tot nu toe: *'Op dit moment is de scholing nog in beheer van Chronisch ZorgNet en daarom gratis beschikbaar voor zorggroepen. Vanaf kwartaal drie 2021 wordt dit beheer hoogstwaarschijnlijk overgedragen aan de HartVaatHAG. De scholing blijft dan toegankelijk, maar hoogstwaarschijnlijk niet gratis.'*

Partij: CZN	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
3.2 Waar staan we nu? Er hebben meerdere ontwikkelingen plaatsgevonden die bijdragen aan dit verbeterpunt. -> Zo ook de verdere ontwikkeling van een landelijk dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten (Chronisch ZorgNet)	We hebben dit toegevoegd aan paragraaf 3.2.2 acties tot nu toe beschreven in hoofdstuk 3: *'Landelijke dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten De verdere ontwikkeling en aanwezigheid van een landelijk dekkend kwaliteitsnetwerk van gespecialiseerde therapeuten (Chronisch ZorgNet) heeft bijgedragen aan de inzet van GLT als primaire behandeling."*
3.2 Waar staan we nu? Ook de uitbreiding van de samenwerkingen tussen huisartsen en fysiotherapeuten zal hieraan bijdragen. -> Chronisch ZorgNet verstrekt hierover informatie aan haar deelnemende fysiotherapeuten middels webinars, bijeenkomsten, Powerpoint presentaties en animatie-video's. Deze zijn i.h.k.v. dit zinnige zorg traject ontwikkeld of geactualiseerd.	We hebben dit toegevoegd aan paragraaf 3.2. acties tot nu toe: *'Uitbreiden van samenwerking huisarts en fysiotherapeut* *Door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Chronisch ZorgNet wordt benoemd dat verdere uitbreiding van de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten gewenst is. De fysiotherapeuten moeten gestimuleerd worden om de huisarts actief te benaderen. Volgens het KNGF stimuleert Chronisch ZorgNet dit proces enorm door deelnemende fysiotherapeuten te informeren via webinars, bijeenkomsten, Powerpointpresentaties en animatievideo's. Deze zijn in dit Zinnige Zorg-traject ontwikkeld of geactualiseerd.'*
4.2 Waar staan we nu? De verbeterafspraken om patiënteninformatie beschikbaar te maken en een keuzehulp te ontwikkelen ter ondersteuning van de gedeelde besluitvorm zijn geïmplementeerd. Partijen hebben daarmee voldaan aan de opgestelde verbeterafspraken. -> Naar onze mening dient de keuzehulp nog steeds aangepast te worden (zeker gezien het feit dat meeste partijen ontevreden zijn over de keuzehulp).	Dit komt ook terug in de tekst: 'Over de keuzehulp die is ontwikkeld, gericht op de tweede lijn, zijn de meeste partijen niet tevreden. Er wordt gezegd dat in de keuzehulp stepped care niet voldoende naar voren komt. Ook wordt de vraag gesteld of de naam 'keuzehulp' passend is, omdat GLT de primaire behandeling is, en er dus geen keuze is.' We hebben een zin toegevoegd aan paragraaf 4.2: 'Partijen zien wel ruimte voor verbetering van de inhoud van de keuzehulp. Het is aan partijen om de inhoud aan te passen.'

Partij: ZN	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
-> De conclusie m.b.t. 'verbeterafspraken zijn voldoende geïmplementeerd' is wat mij betreft niet juist; slechts 40% vd vaatlabs is toegankelijk, slechts 5% van diagnostiek uit de 1e lijn komt via OVP, een keuzehulp die onvolledig is en het ontbreken van kwaliteitsinformatie.	De conclusie is inderdaad wat stellig geformuleerd. We hebben dit aangepast in het gehele rapport.
-> Is het aantal M&I's gedaald over de jaren?	Uit de declaratiedata blijkt dat het aantal M&I's t/m 2019 gelijk is gebleven. Dit is terug te zien in figuur 6. *We hebben dit ook opgenomen in de tekst: 'De diagnostiek bij de huisarts is nagenoeg gelijk gebleven over de jaren, net als het aantal M&I's en OZP's.'*
-> Welk deel van GLT komt uit de 1e en welk deel uit de 2e lijn?	We hebben dit toegevoegd aan paragraaf 3.2.1: *'De meerderheid van de personen met een GLT krijgen deze behandeling na een contact met de vaatchirurg in de tweede lijn. Er is wel een afnemende trend te zien van de inzet van GLT vanuit de tweede lijn en een toenemende trend van de inzet van GLT in de eerste lijn.'*
-> Hoever is teruggekeken in de tijd als je het hebt over GLT voorafgaand aan een interventie. Hoe lang en hoe vaak is GLT gevolgd? Dit is essentiële informatie om goede conclusies te kunnen trekken. Extreem voorbeeld. 2,5 jaar geleden 3x looptraining voor een interventie valt wat mij betreft niet onder 'GLT voorafgaand aan een interventie'.	We hebben dit toegevoegd in bijlage 5: *'We kijken binnen dit Zinnige Zorg-traject naar de inzet van stepped care. Waarbij wij van mening zijn dat het niet succesvol afronden van GLT-traject wel voldoet aan het inzetten van stepped care. Ook trajecten waarbij bij de intake blijkt dat een patiënt niet geschikt is voor een GLT-traject vinden wij hieronder vallen (oordeel door fysiotherapeut). Daarom hebben we niet gekeken naar de specifieke opbouw van de GLT-interventie.'*
-> Het feit dat de keuzehulp onvolledig is, vind ik verontrustend. Deze zou aangepast moeten worden. Gaat dit via Patient+? Anders gaat deze nooit goed ingezet worden.	Dit komt ook terug in de tekst: *'Over de keuzehulp die is ontwikkeld, gericht op de tweede lijn, zijn de meeste partijen niet tevreden. Er wordt gezegd dat in de keuzehulp stepped care niet voldoende naar voren komt. Ook wordt de vraag gesteld of de naam 'keuzehulp' passend is, omdat GLT de primaire behandeling is, en er dus geen keuze is.'* *We hebben een zin toegevoegd aan paragraaf 4.2: 'Partijen zien wel ruimte voor verbetering van de inhoud van de keuzehulp. Het is aan partijen om de inhoud aan te passen.'*

Partij: ZN	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
-> De conclusie uit eerdere overleggen in Diemen was dat de huisarts in principe niet meer zelf de EAI meting moest doen maar bij voorkeur naar een vaatlab moest verwijzen. Dit kan pas als de vaatlabs maximaal open zijn zodat huisartsen goed gebruik kunnen maken van deze route. Actievere verwijzing vanuit huisartsen naar dit vaatlab is nog steeds gewenst en onvoldoende van de grond gekomen.	We zijn het eens met uw opmerking. In dit verslag staat nu duidelijk beschreven dat het de voorkeur heeft om de EAI uit te laten voeren in een vaatlab. De NHG gaat dit aanpassen in de richtlijn wanneer de toegankelijkheid van de vaatlabs geborgd is.
-> Het blijft dan ook verwarrend dat thuisarts en chronisch zorgnet beschrijven dat de huisarts dit kan doen en dat er zelfs scholing is gegeven in het meten van een EAI. Dit bevordert verplaatsing naar het kwalitatief betere vaatlab niet. Beter zou zijn als ze verwoorden dat de meting bij voorkeur in een vaatlab dient te gebeuren maar dat dit eventueel ook door een huisarts met voldoende ervaring op dit gebied gedaan kan worden.	Bij de scholing die door CZN en HartVaatHAG wordt gegeven, wordt aangegeven dat huisartsen de EAI zowel in het vaatlab, als zelf kunnen uitvoeren. De voorkeur voor het uitvoeren van een EAI in het vaatlab zou hier inderdaad nog nadrukkelijker aan bod kunnen komen gezien de wens van alle partijen. De huisartsen worden tijdens deze cursus niet geschoold in het uitvoeren van een EAI.
-> Het feit dat ondanks de brief slechts 40% vd vaatlabs open is, vind ik persoonlijk teleurstellend.	Wij hadden ook liever gezien dat de toegankelijkheid van de vaatlabs hoger was geweest. Desalniettemin is de toegankelijkheid gestegen van 4% naar 40%. Wij verwachten dat dit aantal nog toeneemt door de inzet van alle betrokken partijen.
-> GLT neemt af na 2017 als je kijkt naar fig 11. Ook het aantal interventies neemt af. Zijn er minder nieuwe claudicanten of heeft een deel van de patiënten geen diagnostiek gehad? Dit laatste is ondenkbaar omdat iedere claudicant op een vaatspreekuur een vaatonderzoek krijgt.	In figuur 11 is het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten te zien met gedeclareerde GLT-trajecten en invasieve behandelingen in het kader van CI over jaren 2015-2019. In 2017 is een piek te zien, welke verklaard kan worden door het pakketadvies waarbij GLT per 1 januari 2017 verzekerde zorg is geworden voor patiënten met een diagnose CI. Patiënten die al eerder dan in 2017 de diagnose CI hebben gekregen (max. 36 maanden uitgeleden), maar nog geen GLT-behandeling hebben ontvangen omdat dit niet vergoed werd zullen in dat jaar ook een behandeling krijgen. Daardoor lijkt een afname in 2018 en 2019, maar dat is alleen t.o.v. 2017, er is wel degelijk een toenemende trend. Er zijn dus niet minder patiënten met CI of een deel die geen diagnostiek heeft gekregen.
-> Jansen kijkt tot 2017. Op zich interessant maar voegt voor traject niet veel toe. GLT is in 2017 in het pakket gekomen. De meeste uitgezette acties zijn van na die tijd.	Het onderzoek uitgevoerd door Jansen et al. betreft inderdaad declaratiedata van 2013 tot 2017. Uit het onderzoek blijkt dat er een toename is van de inzet van GLT als primaire behandeling en toont aan dat er bij 83% van deze patiënten geen ingreep plaatsvindt binnen vijf jaar. Wij vinden dit wel waardevolle conclusies om te vermelden.
-> Jammer dat de zorgaanbieders niet tevreden waren over de indicator vanuit Vektis/DHD. Wat vonden de andere partijen ervan en kan er niet een nieuwe oplossing worden bedacht? Wat willen de zorgaanbieders dan? Overigens staat er dat ZN ook was betrokken maar ik vraag me af op welke wijze. Mijn collega en ik waren afgevaardigd vanuit ZN maar zijn niet op de hoogte van deze pilot.	Er is een collega van ZN betrokken geweest bij deze pilot. Inmiddels is hierover ook al contact geweest.
-> Ik denk dat het ZIN het traject niet moet beëindigen. Het begint nu pas te lopen en het moet nog in een stroomversnelling komen. De implementatie van dit traject is ook nog onvoldoende en sluit aan bij het recente rapport van de Rekenkamer. Er zit meer potentie in dit traject. -> Conclusie ZN: er is veel gedaan, we zijn op de goede weg, maar de implementatie is nog onvoldoende, druk op de ketel houden en doorpakken.	Vanuit het Zorginstituut hebben we besloten om het traject te beëindigen. Het Zorginstituut concludeert dat er een positieve trend is en veel stappen zijn gezet in de verbeterafspraken. De afspraken zijn inderdaad nog niet allemaal volledig geïmplementeerd, maar wij verwachten van de partijen dat dit laatste stuk met elkaar verder opgepakt wordt.

Partij: NHG	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
Opmerking samenvatting “meer diagnostiek onder regie van de huisarts” ->Ook in deze samenvatting willen we graag concrete actiepunten. Dit blijft een knelpunt. Hoe gaan vaatlaboratoria dit regelen, en wie houdt bij of deze toegang verbetert? Dit gaat niet vanzelf. Staat later wel benoemd in bespreking en actiepunten, maar wie wat doet en vooral op aanspreekt is niet helder genoeg.	Vanuit partijen zijn nog geen concrete acties op dit vlak zijn benoemd, maar partijen willen wel graag dat dit verder verbeterd wordt. Daarom is er in de samenvatting opgenomen dat het aan partijen is om hierover met elkaar afspraken over te maken (eventueel op bestuurlijk niveau).
Conclusie samenvatting: Het Zorginstituut concludeert dat de verbeterafspraken voldoende opgepakt worden of al geïmplementeerd zijn. -> Dit is wel erg stellig en niet in lijn met vervolg tekst en resultaten interviews. -> Er is meer nodig om te bereiken wat voor ogen hadden en het lijkt daarom prematuur het traject nu positief af te sluiten.	De conclusie is inderdaad wat stellig geformuleerd. We hebben dit aangepast in het gehele rapport. Daarnaast hebben we vanuit het Zorginstituut besloten om het traject te beëindigen. Het Zorginstituut concludeert dat er een positieve trend is en veel stappen zijn gezet in de verbeterafspraken. De afspraken zijn inderdaad nog niet allemaal volledig geïmplementeerd, maar wij verwachten van de partijen dat dit laatste stuk met elkaar opgepakt wordt.
2.1 Wat is er afgesproken in het Verbetersignalement? Er worden kwaliteitseisen opgesteld voor de uitvoering van de EAI en er wordt gewerkt aan deskundigheidsbevordering. -> Misschien staat dat daar nog wel, maar hierover is in de loop van het traject de focus verschoven naar vooral inzetten op toegang vaatlab. Ik zou deze hele zin hier weglaten om verwarring te voorkomen	We hebben deze opmerking verwerkt in de tekst. In paragraaf 2.1 Wat is er afgesproken in het Verbetersignalement? *Staat nu beschreven: ‘Hierdoor is de focus van de eerste verbeterafspraak verschoven naar het inzetten op toegankelijkheid en het gebruikmaken van het vaatlab in plaats van het opstellen van kwaliteitseisen.’*
2.2.2 Acties tot nu toe -> Daarnaast wordt er een artikel geschreven voor het tijdschrift van de praktijkondersteuners met daarin dezelfde boodschap als het artikel gepubliceerd in H&W.	We hebben dit toegevoegd aan paragraaf 2.2.2 Acties tot nu toe: *‘Daarnaast is een artikel geschreven voor het Tijdschrift voor praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen met daarin dezelfde boodschap als het artikel gepubliceerd in H&W.’*

Partij: NVvV	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
Figuur 1 -> In de verbeterafspraken die werden geformuleerd is gesteld dat de EAI meting in het vaatlab in de tweede lijn zou moeten plaatsvinden en in de eerste lijn / EDC's zou moeten verdwijnen, om reden van kwaliteit van de meting. Dit staat derhalve foutief in de figuur ingetekend. **Figuur 3** -> Zie opmerking eerder: als verbetering van kwaliteit is gewenst de EAI bepalingen in de tweedelijns vaatlaboratoria te verrichten en niet meer in de eerste lijn/ EDC. Hiertoe zou de vergoeding in de eerste lijn komen te vervallen (M&I)	In de verbeterafspraken staat dat de EAI bij voorkeur plaatsvindt in het vaatlab. Er is niet afgesproken dat de EAI uit de eerste lijn verdwijnt. We hebben de voorkeur voor het vaatlab in figuren 1, 3, 4 beschreven in het definitieve rapport.
Alle opmerkingen m.b.t. de pilotstudie in de samenvatting en in hoofdstuk 5 : -> Op grond van declaratiedata kunnen er gegevens worden geproduceerd, maar een eerste verificatie leverde zoveel verschillen op dat implementatie op dit moment niet verantwoord is. -> Dit is volgens mij de ZIN Vektis pilot. Uit deze pilot komt juist dat het technisch nu niet goed mogelijk is betrouwbaar een berekening van de proces indicator te maken, naar gedeelde mening van ZIN en de zorgaanbieders. -> Zie opmerking eerder betreffende dit punt, bij samenvatting: Het is de gezamenlijke conclusie van het ZIN en de zorgaanbieders dat berekening van de indicator thans niet mogelijk is op basis van declaratiedata. -> Alleen voorschrijven, er aan beginnen en niet af maken, alleen tellen als er daadwerkelijk 37 behandeling zijn gedaan. -> Dit klinkt te subjectief. Er is door mij letterlijk een verificatie gedaan waarbij bleek dat de VEKTIS dat helemaal niet overeen kwamen met de data in het ZIS. Ook waren de definities verschillend (duur van de GLT) -> Ik ben bij de bespreking van deze pilot geweest en had de indruk dat dit niet alleen de conclusie van de zorgaanbieders was, maar ook van het ZIN en de andere partijen, of vergis ik mij?	We hebben het definitief rapport zowel in de samenvatting als in hoofdstuk 5 aangepast. Bij paragraaf 5.2.2 staat het volgende: '*Uit deze pilot blijkt dat het technisch mogelijk is om dit te realiseren, maar bij een eerste verificatie bleek helaas onvoldoende overeenkomst tussen de VEKTIS-data en het ZIS (Ziekenhuisinformatiesysteem). Ook bleken de resultaten niet controleerbaar door de instellingen, omdat zij niet beschikken over de gegevens van de fysiotherapeuten. Daarnaast bleek sprake van interpretatieruimte in de definitie van GLT. De gezamenlijke conclusie van het Zorginstituut en de zorgaanbieders is dat het inzichtelijk maken van de indicator nu niet mogelijk is op basis van declaratiedata.*'
Inleiding Het Zorginstituut heeft in 2016 samen met partijen in het Verbetersignalement Perifeer Arterieel vaatlijden vastgesteld dat er ruimte is voor verbetering van kwaliteit van zorg voor patiënten met CI. -> Ik blijf dit lastig vinden. De kwaliteit van zorg was echt wel goed, alleen vond men dat er vaker looptherapie gegeven had moeten worden. Vergeet niet dat patiënten na een Dotter meer tevreden zijn dan na looptherapie. Dat is uit de ACHMEA trial wel gebleken. Dit blijft een dus ook een taai punt voor de shared decision. Patiënten willen heel vaak liever een quick fix (=dotter) dan 3 maanden op de loopband.	De uitspraak dat er ruimte is voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met CI gaat over het gehele zorgtraject, niet alleen om het vaker toepassen van GLT. De verbeterdoelen omvatten dan ook verschillende aspecten van het gehele traject: de diagnostiek, de behandeling, de patiëntinformatie en de kwaliteitsinformatie. Daarnaast is de patiënttevredenheid één van de indicatoren van kwalitatief goede zorg, niet de enige.
2.2 Waar staan we nu?: In de multidisciplinaire richtlijn PAV, aangepast in 2016, staat nu beschreven dat de EAI bij voorkeur wordt uitgevoerd in het vaatlab onder verantwoordelijkheid van de huisarts. -> Niet helemaal juist. De uitslag van het vaatlab wordt gesuperviseerd door een vaatchirurg. Er komt dan ook een gericht advies aan de huisarts. Patiënt wordt niet door de vaatchirurg gezien.	We hebben dit aangepast in de tekst: '*De uitslag van de EAI wordt onder toezicht van de vaatchirurg teruggekoppeld aan de huisarts. De huisarts is verantwoordelijk voor het inzetten van het vervolgtraject.*'

Partij: NVvV	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
2.2 Waar staan we nu?: De huisarts verwijst nog weinig direct door naar het vaatlab voor een EAI. -> En je ziet ook dat de huisarts nog steeds bijna iedereen van (verdenking) claudicatio naar de vaatchirurg verwijst. Daar zit nog heel veel ruimte voor verbetering. Dus met name de eerste lijn moet aan de bak.	In figuur 5 is te zien dat de huisarts bij het merendeel van patiënten de EAI uitvoert. Echter, de huisarts verwijst nog wel weinig direct door naar het vaatlab voor een EAI. In figuur 6 is een afname van diagnostiek door de vaatchirurg te zien, daarbij blijft de diagnostiek bij de huisarts gelijk.
2.2 Waar staan we nu?: In samenwerking met de (kader)huisartsen is in ZorgDomein gekeken bij hoeveel zorgaanbieders (een zorgaanbieder kan meerdere locaties hebben) direct een EAI in het vaatlab kan worden aangevraagd, zonder tussenkomst van een vaatspecialist. -> Vaatchirurg superviseert wel de uitslag van het vaatlab	Dit is aangepast in de tekst. Nu staat er: *'In samenwerking met de (kader)huisartsen is op ZorgDomein gekeken bij hoeveel zorgaanbieders (een zorgaanbieder kan meerdere locaties hebben) direct een EAI in het vaatlab kan worden aangevraagd, zonder consult in de tweede lijn.'*
2.2.2 Acties tot nu toe: Het project 'Stepped care voor perifeer arterieel vaatlijden in de eerste lijn – substitutie van zorg' had als doel om verwijzing naar de fysiotherapeut vanuit de huisarts te optimaliseren. In het kader van dit project is er een scholing en een toolkit ontwikkeld voor zorgprofessionals en patiënten met informatie over het ziektebeeld, de diagnostiek en de behandeling. -> Vergeet niet CVRM te vermelden wat een integraal onderdeel is van de zorg voor mensen met PAV	We hebben dit toegevoegd op verschillende plekken in het rapport.
2.3 Acties waar partijen nog mee verder gaan: De NVVV onderhoudt contact met de eerste lijn en ze sturen brieven naar de huisarts met informatie over de gewenste route (EAI via het vaatlab). Daarnaast geeft de NVvV nog mee da de uitslag van de EAI heel helder omschreven moet worden in de correspondentie naar de huisarts toe: deze patiënt heeft wel vaatlijden; deze patiënt heeft geen vaatlijden. -> De terugmelding aan de eerste lijn was punt waarover de NVVV met ZIN in gesprek was.	We hebben dit aangepast in de tekst: *'De NVvV onderhoudt contact met de eerste lijn en ze sturen brieven naar de huisarts met informatie over de gewenste route (EAI via het vaatlab). Daarnaast geeft de NVvV aan dat er geen heldere afspraken zijn over de uitslag van EAI en de interpretatie hiervan in de correspondentie naar de huisarts. Ook een gewenst advies over het te voeren beleid kan nog beter worden uitgewerkt.'*
-> In het rapport wordt gesproken van een ondergrens van 95% toegepaste stepped care in de behandeling van CI. Naar de mening van àlle vaatchirurgen is dit een niet haalbaar % en als zodanig ook nooit als doel afgesproken. Stepped care is duidelijk eerste keus behandeling (in de eerste en tweede lijn). Rekening houdend met shared decision making zal het erin resulteren dat het overgrote deel van de patiënten middels stepped care wordt behandeld. Dit is inmiddels ook gerealiseerd, of dit nog hoger te krijgen is, weet ik niet, al helemaal niet of dit een doel op zich moet zijn. -> Hoe kom je daarbij? Dit getal heb ik nooit voorbij zien komen. In mijn ogen is dit een niet realistisch hoog percentage. Ik denk dat minstens 80-85% al heel mooi is. -> Wie heeft deze norm vastgesteld? Heb ik wat gemist? -> Ik vind echt dat er wel aandacht voor deze zaken moet zijn. 95% ga je echt niet halen. -> Is dit percentage reëel? Definitie is punt van discussie, inclusief recidivisten? -> Of de patiënt het door allerlei redenen niet kan of wil. (niet vergeten hoor; de ideale wereld bestaat niet) -> Vergeet niet de een groot aantal ''nieuwe'' patiënten toch ''herhaal'' patiënten zijn. Ze worden als nieuw beschouwd als ze minsten 1 of 2 jaar (afhankelijk van de afspraak) niet behandeld zijn geweest voor claudicatio.	Vanuit het principe van stepped care is het uitgangspunt dat alle nieuw gediagnosticeerde patiënten met CI starten met GLT als primaire behandeling. Dit is ook zo opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn. Pas als GLT onvoldoende werkt kan een invasieve behandeling worden overwogen. Uitzonderingen in de spreekkamer moeten altijd mogelijk blijven, want er kunnen redenen zijn waarom stepped care een enkele keer niet kan worden toegepast. Daarom gaan we er vanuit dat 95% van de patiënten met CI behandeld wordt met GLT, met ruimte voor 5% uitzonderingen. Het streven is om de norm van 95% te bereiken. Bovenstaande norm is door het Zorginstituut als streefnorm gesteld. Door het afronden van het ZZ traject PAV zijn de partijen eigenaar van de na te streven norm. Mocht om weloverwogen redenen blijken dat de norm te hoog is gesteld, kunnen partijen in onderling overleg deze norm aanpassen.

Partij: NVvV	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
3.2 Waar staan we nu?: Een enkele patiënt wordt na de operatie alsnog behandeld middels GLT. -> Toch even check. Bedoel je hier echt alleen ''operaties'' of bedoel je ook de dotters (interventies).	Met operaties werd inderdaad een operaties én dotter interventies bedoeld. Daarom gebruiken we nu de geadviseerde term 'invasieve behandeling' in het rapport. Met uitzondering van de figuren, hierbij is in de samenvatting kort benoemd dat "operatie" zowel een bypass als dotter omvat.
3.2.2 Acties tot nu toe: Op basis van deze informatie kunnen de patiënt en therapeut gezamenlijk de optimale behandelingsstrategie kiezen. Het project loopt tot april 2021. -> Ja, en soms is dat toch een interventie. Oppassen dat je niet met de mond beleid aan ''shared decision te doen'' en vervolgens de patient GLT door de strot duwt. -> De tekst klopt in deze alinea wel, omdat dit stuk erover gaat de GLT te bevorderen, dus het GLT traject is reeds ingezet/ dat besluit is al genomen. 4.1 Wat is er afgesproken in het Verbetersignalement? Er wordt meer werk gemaakt van gedeelde besluitvorming. Ter ondersteuning wordt de keuzehulp (incl. option grid) verder doorontwikkeld voor gebruik in de eerste en tweede lijn. -> Ook hier de opmerking dat bij gedeelde besluitvorming het niet de bedoeling is om de GLT door de strot te duwen. Sommige patiënten (jongeren met een zeer korte loopafstand) zijn beter gebaat bij een interventie.	Vanuit het principe van stepped care is het uitgangspunt dat alle nieuw gediagnosticeerde patiënten met CI starten met GLT als primaire behandeling. Dit is ook zo opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn. Pas als GLT onvoldoende werkt kan een invasieve behandeling worden overwogen. Uitzonderingen in de spreekkamer moeten altijd mogelijk blijven, want er kunnen redenen zijn waarom stepped care een enkele keer niet kan worden toegepast. Daarnaast gaat dit inderdaad over patiënten waarbij GLT reeds is ingezet.
5.2.1 Beschikbare kwaliteitsinformatie: Op de transparantiekalender staat per aandoening beschreven welke kwaliteitsinformatie er aangeleverd moet worden. De kwaliteitsinformatie wordt aangeleverd met een structuur, proces of uitkomstindicator. Deze informatie wordt onder andere gebruikt als keuze-informatie door cliënten. -> Helaas hebben we dus geen uitkomstindicator. Daarvoor hadden we de DAPA ingericht. Maar we zijn dan afhankelijk van patienteninput (vragenlijsten). Deze input was helaas ver onder de maat. De DAPA moest helaas stoppen. -> Ik vind dat dit best even genoemd mag worden. De NVVV heeft veel tijd gestoken in de DAPA. Het gaat uiteindelijk om de uitkomst. Het was dan ook een flinke tegenvaller dat de patiënten niet gemotiveerd genoeg waren om zelfs maar de kleinste vragenlijst in te vullen. Claudicatio is een aandoening die je ervaart. Je kunt de ernst niet meten. Je bent dus afhankelijk van de mening van patient over de behandeling.	Het onderdeel over de PROMS is opgenomen in de tekstbox in hoofdstuk 5: *'Meerdere partijen geven aan dat de procesindicator en PROMs* de belangrijkste indicatoren zijn. De NVvV heeft veel tijd gestoken in het uitvragen van PROMs via een DAPA**-registratie. Helaas kon deze niet als indicator worden gebruikt vanwege een heel lage respons van patiënten.'*
-> De EAI metingen in 2e lijns vaatloboratoria kunnen nog beter. Thans is 40% van de vaatlaboratoria opengesteld voor eerstelijns diagnostiek volgens zorgdomein. Daarnaast zijn er factoren bij huisartsen waardoor deze de weg naar het vaatlab niet weten te vinden, resulterend in lege plekken op vrijgehouden programma's op het vaatlab. (gemak van even een EAI in de praktijk, onbekendheid, vergoeding voor de patiënt (?))	Wij hadden ook liever gezien dat de toegankelijkheid van de vaatlabs hoger was geweest. Desalniettemin is de toegankelijkheid gestegen van 4% naar 40%. Wij verwachten dat dit aantal nog toeneemt door de inzet van alle betrokken partijen.
-> In zorgdomein wordt de aanvraag voor een EAI voor de eerste lijn niet uniform aangegeven: - Qua indicatie beschrijving - Qua aanvraag met of zonder inspanningstest - Qua interpretatie van de uitslag Dit is voor verbetering vatbaar, hiervoor zouden wij ons als NVVV willen inzetten.	Wij hebben opgenomen dat de NVvV zich hiervoor in wil zetten bij paragraaf 2.3 *'Uniformiteit beschrijving op ZorgDomein* *De diversiteit in de titel en beschrijving bij het aanvragen van een EAI op ZorgDomein en in de afspraken over diagnostiek op ZorgDomein wordt benoemd als verbeterpunt. Meerdere partijen geven aan dat het van belang is om hier uniformiteit in aan te brengen. De Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV) heeft uitgesproken dat zij zich hiervoor willen inzetten.'*

Partij: NVvV	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
-> Er is verwarring geweest in gesprekken met verzekeraars aangaande de definitie van 'nieuwe patiënten' met CI. Ik wil er geen twijfel over laten bestaan dat een nieuwe patiënt, ook ècht een patiënt is die niet eerder de diagnose CI heeft gehad. Ook al is dit inmiddels een aantal jaren geleden. Reden hiervoor is dat patiënten met recidief klachten, niet meer in de categorie patiënten vallen waarvoor het principe stepped care first geldt. Hier zal nog meer een behandeling op de patiënt gericht plaatsvinden. Ik heb er behoefte aan de definitie van de nieuwe patiënt in het rapport te verduidelijken. Ziet u hiertoe kans?	De definitie van een nieuwe patiënt is opgenomen in het rapport. Hierbij wort de volgende definitie aangehouden: Een persoon met CI-gerelateerde zorg wordt als nieuwe persoon aangeduid als deze in de voorgaande 36 maanden geen CI-gerelateerde zorg heeft gehad. Personen die binnen 36 maanden een tweede interventie ontvangen worden hiermee niet als nieuw persoon gezien in de analyses en worden om die reden niet meegenomen in de analyses over diagnostiek. In bijlage 5 staat een uitgebreide beschrijving. Dit is zo afgesproken en afgestemd met de gemandateerde van de NVvV in het begin van het ZZ traject.
-> In het rapport staat dat de nvvv twee zaken communiceert naar de eerste lijn: - Gewenste route aangaande diagnostiek en behandeling PAV patiënten - Uitslag van de EAI naar de huisarts toe. Dit waren punten waarover wij in gesprek waren en een verbetering wilden bereiken, echter hierover zijn nog geen duidelijke afspraken gemaakt.	Dit is tijdens het interview met NVvV naar voren gekomen en daarom opgenomen in het rapport.

Partij: Harteraad	
Vraag/opmerking	Reactie van het Zorginstituut
Samenvatting 'Meer diagnostiek onder regie van de huisarts': Om de EAI onder de regie van de huisarts, bij voorkeur in het vaatlab, plaats te laten vinden, zijn er verschillende acties ondernomen. -> 'bij voorkeur in het vaatlab' staat hier geformuleerd als doel. Maar er staat wel bij de patiënteninformatie onder de Hartstichting (blz 35) dat dat niet goed zou zijn.	In de analyse voor patiënteninformatie stond inderdaad dat het niet goed is dat de diagnostiek bij voorkeur in het vaatlab wordt uitgevoerd. Dit is aangepast in de definitieve versie.

Colofon

Dit is een uitgave van
Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling
Sector Zorg
Programma Zinnige Zorg

Contact
Programmasecretariaat Zinnige Zorg
zinnigezorg@zinl.nl
www.zorginstituutnederland.nl

Volgnummer: 2020020172

Zorg voor mensen met etalagebenen:

We zijn op de goede weg

Evaluatie van de verbeterafspraken voor mensen met Claudicatio Intermittens

In 2019 is in Nederland bij ongeveer **129.500 mensen** zorg voor Claudicatio Intermittens gedeclareerd.

De kosten hiervoor, vergoed vanuit de basisverzekering, bedragen **€ 93.840.000**.

Caudicatio Intermittens betekent letterlijk 'met tussenpozen optredend hinkelen' en wordt ook vaak *etalagebenen* genoemd. Er wordt gesproken van Claudicatio Intermittens als er sprake is van pijn in de kuit, dijbeen of bil bij het lopen welke na korte tijd rusten weer verdwijnt.

In 2016 is het Verbetersignalement *'Zinnige Zorg Verbetersignalement Perifeer arterieel vaatlijden - Claudicatio Intermittens (2016)'*, uitgebracht, met daarin de verbeterafspraken.

Hoe maken wij de zorg voor mensen met Claudio Intermittens beter?

Patiënten	Zorgprofessionals	Zorgverzekeraars	Zorginstellingen	Landelijk netwerk	ZIN Zorginstituut Nederland
Harteraad	*KNGF, NHG, NWvR, NVvH, NVvV, V&VN*	*ZN*	*NFU, NVZ, ZKN*	*Chronisch ZorgNet*	*Ondersteunt partijen*

Verbeterafspraken

Meer diagnostiek onder regie van de huisarts

Waar staan we?

40%

- Toegang tot vaatlab voor huisarts is verbeterd (nog niet helemaal geborgd).
- De huisarts maakt nog weinig van het vaatlabvan het vaatlab.

Waar willen we naartoe?

100%

- Toegang tot het vaatlab voor de huisarts is geborgd.
- De huisarts maakt gebruik van het vaatlab.

Meer inzet van gesuperviseerde looptraining

Waar staan we?

86%

- De inzet van gesuperviseerde loop-training als eerste behandeling neemt toe en het aantal operaties neemt af.

Waar willen we naartoe?

95%

- 95% van de patiënten krijgt gesuperviseerde looptraining als eerste behandeling.

Verbeteren patiëntenvoorlichting en samen beslissen

Waar staan we?

- Patiëntinformatie en de keuzehulp zijn beschikbaar.
- De verbeterafspraken zijn geïmplementeerd.
- Partijen willen zelf nog kijken naar inhoud van keuzehulp.

Verbeteren kwaliteitsinformatie

Waar staan we?

- Tweedelijns kwaliteitsinformatie uit declaratiedata halen is technisch mogelijk. Het beschikbaar maken is belegd bij de indicatorwerkgroep.
- Eerstelijns kwaliteitsinformatie is nog niet beschikbaar.

Waar willen we naartoe?

- Eerste- en tweedelijns kwaliteits-informatie is beschikbaar voor patiënten.

Conclusie

- Het Zorginstituut concludeert dat er veel stappen zijn gezet met betrekking tot de verbeterafspraken en er is een positieve trend te zien in de data. Het traject heeft geleid tot significante verbetering van de zorg voor mensen met CI.
- Door het implementeren van stepped care door de betrokken partijen is er een substitutie effect behaald van € 30.700.000. Dit betekent een impact van jaarlijks € 30.700.000 ten opzichte van de situatie in 2011.
- Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat de partijen zelfstandig de implementatie van de verbeterafspraken voortzetten en daarom kan met dit evaluatierapport het Zinnige Zorg traject PAV binnen het Zorginstituut worden afgesloten.