



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg
Hart Vaat Long

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

Mw. L. Hermsen
T +31 (0)20 797 8138

0530.2015113061

Datum 7 juni 2017
Betreft Verslag implementatiebijeenkomst PAV 11 april 2017

Geachte heer of mevrouw,

In vervolg op het uitgebrachte Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden heeft het Zorginstituut een eerste implementatiebijeenkomst PAV georganiseerd op dinsdag 11 april 2017. Hiervoor hebben we opnieuw alle relevante partijen uitgenodigd. De input uit deze bijeenkomst hebben we verwerkt in een conceptverslag dat is rondgestuurd op donderdag 4 mei 2017. Alle partijen zijn in de gelegenheid gesteld hier schriftelijk op te reageren.

Bijgaand ontvangt u nu het definitieve verslag. Terugkijkend op de bijeenkomst kunnen we concluderen dat er al veel beweging gaande is in het zorgveld PAV, waarbij ingezette acties ook echt bijdragen aan kwaliteitsverbetering voor patiënten met claudicatio intermittens. Desondanks hebben we op 11 april gezamenlijk geconstateerd dat hierin nog intensivering mogelijk is. Het verslag bevat een overzicht met gevoerde discussies, knelpunten, (extra) benodigde verbeteracties, alsmede de partij(en) die hebben toegezegd hier werk van te zullen maken.

Partijen pakken de implementatie van verbeteracties verder op. Het Zorginstituut zal het implementatieproces de komende jaren volgen en waar nodig faciliteren. We hebben op 11 april met elkaar afgesproken om jaarlijks bijeen te komen om de voortgang te bespreken, successen te benoemen, knelpunten te identificeren en te kijken naar een passende oplossing hiervoor. Ook zal het Zorginstituut een jaarlijkse monitoring verzorgen van de voortgang en dit aan alle partijen terugkoppelen.

Zoals al vermeld in het Verbetersignalement zal het Zorginstituut een jaarlijkse voortgangsrapportage en eindevaluatie na 3 jaar verzorgen richting ministerie van VWS.

Met vriendelijke groeten,

Ir. H. Paalvast
Teammanager Hart Vaat Long

Dr. L.A.H. Hermsen
Projectleider

Bijlage: Verslag implementatiebijeenkomst PAV 11 april 2017

Bijlage: Verslag implementatiebijeenkomst PAV

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg
Hart Vaat Long

Onze referentie
2017024859

verslag

Implementatiebijeenkomst PAV

Vergaderdatum	11 april 2017, 17.00 – 19.30 uur
Vergaderplaats	Vergaderzaal Venus
Aanwezig	De heer Tissink (KNGF) Mevrouw Bartelink (NHG) De heer Vahl (NVvV) De heer Meerhoff (KNGF) Mevrouw Spruijt (ClaudicatioNet) De heer Redeker (KNGF) De heer Schuttevaer (NVvR) Mevrouw Kramer- van der Hulst (VNIVD) Mevrouw Galjaard (VNIVD) De heer van den Heuvel (NVvR) Mevrouw Auwerda (De Hart&Vaatgroep) De heer van den Houten (ClaudicatioNet) De heer Siroen (ZN) De heer Paalvast (Zorginstituut, voorzitter) Mevrouw Hermsen (Zorginstituut, projectleider) Mevrouw Huiskes (Zorginstituut) De heer van Nistelrooij (Zorginstituut) Mevrouw Duine (Zorginstituut, verslag) Mevrouw Heim (Zorginstituut)

Opening en voorstelronde

In de verdiepfase zijn in samenspraak met partijen verbeterpunten geformuleerd rondom de zorg voor patiënten met claudicatio intermittens. Deze verbeterpunten zijn terug te lezen in het Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden.¹ Doel van deze avond is om te inventariseren welke ontwikkelingen er al in gang zijn gezet, hoe de voortgang daarvan is en wat er nog opgepakt moet worden.

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/08/16/verbetersignalement-perifeer-arterieel-vaatlijden>

1. Verbeteren organisatie enkel-armindex (EAI) diagnostiek

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg
Hart Vaat Long

Onze referentie
2017024859

Alle partijen zijn het met elkaar eens dat de enkel armindex diagnostiek onder verantwoordelijkheid van de huisarts kan plaatsvinden. Hierdoor kan de huisarts ook de initiële behandeling gesuperviseerde looptraining inzetten bij een diagnose claudicatio intermittens en ziet de patiënt pas een vaatspecialist indien deze initiële conservatieve behandeling niet effectief is gebleken.

De NHG standaard geeft aan dat de EAI diagnostiek kan worden uitgevoerd door de huisarts zelf, door een eerstelijns diagnostisch centrum of door een vaatlab in het ziekenhuis, mits de kwaliteit hiervan geborgd is. De onlangs herziene multidisciplinaire richtlijn spreekt een duidelijke voorkeur uit voor de uitvoering van de EAI diagnostiek in het vaatlab.

De mogelijkheid bestaat om als huisarts deze diagnostiek aan te vragen in het ziekenhuis zonder tussenkomst (consult) van de vaatspecialist, maar in het Verbetersignalelement lieten we zien dat dit tot nu toe weinig gebeurt. De huisarts voert de diagnostiek meestal zelf uit of verwijst hiervoor door naar de vaatspecialist in het ziekenhuis.

Er is discussie over de wenselijkheid dat de huisarts zelf de EAI uitvoert.

- De NVvV en de VNIVD hebben de indruk dat de kwaliteit van de EAI door de huisarts/POH onvoldoende is. Huisartsen zien te weinig patiënten om dit goed onder de knie te krijgen. Ook worden herhalingen van de EAI uitgevoerd en deze zijn niet geïndiceerd. Een vaatlab heeft volgens deze partijen op een aantal punten meerwaarde: 1) diagnostiek niet alleen in rust, maar ook via een looptest en 2) de mogelijkheid van aanvullende diabetesvoet test. Op de recente vaaddagen werd onderzoek gepresenteerd waarin over- en onderdiagnostiek van ongeveer 30% werd gezien.
- De NHG standaard Perifeer Arterieel Vaatlijden bevat een uitgebreide handleiding. Er zijn volgens het NHG huisartsen en POH'ers die veel aan bijscholing hebben gedaan. Daar gaat de uitvoering van de EAI wel goed. Het NHG is het er dus niet mee eens dat alle diagnostiek per definitie plaatsvindt in het vaatlab. Er zijn ook huisartsenpraktijken die voldoende geschoold zijn hierin en de kwaliteit van de diagnostiek hebben geborgd.
- De Hart&Vaatgroep heeft navraag gedaan bij haar achterban in het kader van de actualisatie van de multidisciplinaire richtlijn. Patiënten vinden het volgende: *men heeft voorkeur voor bepaling van de EAI in de tweede lijn, in een gespecialiseerd vaatlab omdat men er dan zeker van is dat daar voldoende ervaring en expertise is. Men heeft niet het vertrouwen dat er voldoende ervaring in de eerste lijn is.*
- De NVvR geeft aan dat een vaatlab ook onder radiologie kan vallen. Beoordeling vindt daar ook door de vaatchirurg plaats. De radiologen willen hier graag samen in optrekken met de vaatchirurg en zullen dat onderling regelen.
- Er zijn ook commerciële diagnostische centra, deze rekenen € 99,- voor een EAI. De verzekeraar koopt dit doorgaans niet in, maar moet een groot deel hiervan wel vergoeden.

Knelpunten:

- Partijen zijn het eens dat de diagnostiek onder verantwoordelijkheid van de huisarts kan gebeuren. Partijen zijn het niet met elkaar eens waar de EAI diagnostiek onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn het beste kan plaatsvinden. Het ontbreekt aan heldere kwaliteitseisen. De oplossing moet

- daarom gezocht worden in het borgen van kwalitatief goede diagnostiek, hetzij in de 1^e lijn, hetzij in de 2^e lijn.
- Bij huisartsen is nog onvoldoende bekend dat een EAI in een vaatlab in het ziekenhuis kan worden aangevraagd, zonder directe verwijzing naar een vaatspecialist.
 - Ziekenhuizen moeten hun systeem nog inrichten en vaatchirurgen moeten wennen aan het idee dat ze de patiënt in de meeste gevallen pas op consult zien na de diagnosestelling bij falen van de gesuperviseerde oefentherapie.

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg
Hart Vaat Long

Onze referentie
2017024859

Acties ter verbetering organisatie EAI diagnostiek

Actie 1: Het NHG zal in samenspraak met andere relevante partijen de kwaliteitscriteria voor de uitvoering van EAI diagnostiek in de huisartspraktijk verder definiëren.

Actie 2: Op regionaal niveau worden afspraken gemaakt over de organisatie /implementatie van de aanbevelingen rondom EAI diagnostiek en GLT tussen alle betrokken professionals (huisartsen, fysiotherapeuten en specialisten). Het NHG en de HartVaatHag (kaderhuisartsen hart en vaatziekten) zullen hierin het voortouw nemen.

Actie 3: Het NHG gaat actie ondernemen om de bekendheid voor het aanvragen van EAI diagnostiek in het vaatlab onder huisartsen te vergroten (folders, congressen/symposia). Er komt een artikel in Huisarts & wetenschap, naar aanleiding van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn. Dit artikel komt tot stand in samenwerking met 1^e en 2^e lijns professionals (De heer Vahl heeft al een bruikbaar concept artikel).

Actie 4: De Hart&Vaatgroep gaat na hoe de patiënten juist voorgelicht kunnen worden over diagnostiek.

Actie 5: De NVvV neemt contact op met het bestuur om een bericht te plaatsen in de nieuwsbrief over de nieuwe organisatie van EAI diagnostiek en inzet van GLT.

Actie 6: De Hart&Vaatgroep neemt contact op met het KIMS voor het aanbieden van de multidisciplinaire richtlijn aan het Register van het Zorginstituut.

2. Eerst gesuperviseerde looptherapie (GLT)

De aanbeveling om eerst te beginnen met gesuperviseerde looptherapie is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn. Wordt dit overal geïmplementeerd? Wat is er nog nodig voor implementatie van deze aanbeveling?

Knelpunten:

- Volgens het KNGF zijn er verzekeraars die minder dan 37 behandelingen vergoeden. In de duiding heeft het Zorginstituut een aantal van tussen 29 en 46 behandelingen genoemd (conform KNGF richtlijn); in de aanspraak zijn dit 37 behandelingen geworden. Dit is volgens het KNGF niet ideaal.
- Het is voor de verzekeraars niet duidelijk of de vergoeding eenmalig is of dat een patiënt een jaarlijkse aanspraak heeft.
- In de KNGF richtlijn PAV staan geen aanbevelingen over de inrichting van de follow-up bij nieuw gediagnosticeerde PAV patiënten na het doorlopen van de 37 behandelingen en de invulling van gesuperviseerde looptraining bij recidivisten.
- Zowel in het Verbetersignalement als in de bijeenkomst wordt benadrukt dat goede kwaliteit van zorg voorop staat. Dit geldt ook voor de gesuperviseerde looptraining. Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen waar ze deze

kwalitatief goede zorg inkopen. Toch wordt in de bijeenkomst als knelpunt benoemd dat sommige verzekeraars uitsluitend fysiotherapeuten contracteren die zijn aangesloten bij ClaudicatioNet. Dit is volgens de NVvV niet in de geest van de richtlijn, het gaat om de kwaliteitscriteria. Sommige gekwalificeerde therapeuten sluiten zich niet aan bij ClaudicatioNet in verband met kosten ('straks voor elke patiënt een abonnement'). Kwaliteitsborging zou ook bij het KNGF kunnen worden belegd.

- Het is nog te vroeg om te zien of de nieuwe richtlijn en bekostiging resultaat heeft gehad. Vóór 2017 had 90% van de patiënten die bij de vaatchirurg kwam geen gesuperviseerde looptherapie doorlopen. Er komt een publicatie van Joep Teijink over het effect van looptraining.

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg
Hart Vaat Long

Onze referentie
2017024859

Acties gericht op implementatie aanbeveling over GLT

Actie 1: ZN inventariseert in hoeverre deze aanbeveling over GLT al onderdeel is van zorginkoopgidsen bij zorgverzekeraars en informeert de verzekeraars over dit gepast gebruik onderwerp.

Actie 2: Op regionaal niveau worden afspraken gemaakt over de organisatie /implementatie van de aanbevelingen rondom EAI diagnostiek en GLT tussen alle betrokken professionals (huisartsen, fysiotherapeuten en specialisten). Het NHG en de HartVaathag (kaderhuisartsen hart en vaatziekten) zullen hierin het voortouw nemen.

Actie 3: De NVvV neemt contact op met het bestuur om een bericht te plaatsen in de nieuwsbrief over de nieuwe organisatie van EAI diagnostiek en inzet van GLT.

Actie 4: Het Zorginstituut zal de geleverde zorg door huisartsen, fysio –en oefentherapeuten en specialisten in het ziekenhuis jaarlijks gaan monitoren.

3. Goede patiënteninformatie/voorlichting

Er zijn al diverse verbeteracties gerealiseerd:

- Thuisarts is geactualiseerd, maar geeft nog onvoldoende informatie over de EAI diagnostiek. De Hart&Vaatgroep heeft hier al op gewezen, maar nog geen gehoor gevonden.
- De Kiesbeter tekst is aangepast en heeft een verwijzing naar Thuisarts.
- De folder van de Hartstichting is vernieuwd en sluit aan bij de richtlijn.
- Er is een digitale keuzehulp in ontwikkeling. Deze was bedoeld voor de tweede lijn en is naar verwachting in juni 2017 gereed. Men vraagt zich af of je hier moet spreken van keuze, wellicht is het beter om te spreken over voorlichtingsmateriaal.

Er lijkt voldoende voorlichtingsmateriaal aanwezig. Het moment van diagnostiek en behandeling met gesuperviseerde looptraining lijken cruciale momenten voor goede patiëntenvoorlichting. Het is de vraag of er bij de huisartsenpraktijken folders voorhanden zijn met goede patiënteninformatie hierover. Volgens het KNGF en ClaudicatioNet is dergelijke informatie wel aanwezig bij de fysiotherapeuten.

Acties gericht op verbetering patiëntenvoorlichting

Actie 1: Het NHG bekijkt of de tekst op Thuisarts moet worden aangepast

Actie 2: Het NHG inventariseert de mogelijkheden om patiënteninformatie over diagnostiek en behandeling bij CI op te nemen in de folderlijst.

Actie 3: De Hart&Vaatgroep zal bij de ontwikkelgroep aankaarten dat de keuzehulp ook bij het NHG onder de aandacht gebracht moet worden en dat er een link vanuit Thuisarts.nl naar de keuzehulp komt.

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg
Hart Vaat Long

Onze referentie
2017024859

4. Transparante kwaliteitsinformatie 1^e-2^e lijn

Er zijn al diverse verbeteracties gerealiseerd:

- Er wordt een procesindicator over GLT toegevoegd aan de indicatorenset voor de Transparantiekalender.
- Indicatorenset DAPA. In 2017 worden voor het eerst de data verzameld en casemix gecorrigeerd. Men streeft naar koppeling met bestaande database, zoals Vektisdata. DAPA is na 3 jaar openbaar, is ziekenhuisspecifiek. Deze audit moet nog groeien. Een doelstelling is om parallele uitvraagtraject te voorkomen. Verzekeraars zullen er niet op afrekenen. Er is een uitkomstindicator (VascuQol-6-NL) toegevoegd aan DAPA, maar de registratie hiervan is nog verre van optimaal. Het is niet gewenst dat de behandelaar deze vragenlijst zelf afneemt bij de patiënt. Dit zou meer per mail moeten gaan.
- ClaudicatioNet: 1200 van de 1400 aangesloten therapeuten leveren data aan het KNGF over o.a. de VascuQol (volledige versie). Betrouwbaarheid is nog niet optimaal. Naar verwachting leveren vanaf 1 januari 2018 alle 1871 ClaudicatioNet therapeuten data aan en komt betrouwbare kwaliteitsinformatie beschikbaar over patiëntenpopulatie, behandelresultaten, doelmatigheid, verwijzingen en ervaringen van de patiënt met de geleverde zorg (PREMs). Hierin wordt transparantie gecreëerd.

Zowel het KNGF als de vaatchirurgen willen de data gebruiken voor interne kwaliteitsverbetering. Dit zou vooral moeten dienen om stepped care te bevorderen, niet om onderling te vergelijken.

Acties gericht op transparantie van kwaliteitsinformatie 1^e -2^e lijn

Actie 1: De NVvV en De Hart&Vaatgroep gaan gezamenlijk bekijken hoe de registratie van de PROM in DAPA verbeterd kan worden.

Actie 2: Binnen een jaar komen tot onderlinge afspraken over hoe kwaliteitsinformatie op termijn transparant gemaakt kan worden. De Hart&Vaatgroep zal hier namens de patiënten het voortouw in nemen.

5. Duplexonderzoek, stentplaatsing en nacontrole

De NVvV geeft aan dat er nog steeds standaard duplexonderzoek gedaan wordt bij de initiële diagnostiek, terwijl dat volgens de richtlijn niet nodig is. Hierover moet beter worden voorgelicht zodat ziekenhuisprotocollen en zorgpaden kunnen worden aangepast. De VNIVD geeft aan dat ze dit niet meer standaard doen. Voor kritieke ischemie geven de vaatchirurgen de voorkeur aan MRA of CTA.

De NVvV geeft aan dat er nog steeds praktijkvariatie is in het plaatsen van stents, ondanks de terughoudendheid die wordt aanbevolen in de huidige multidisciplinaire richtlijn. Er is geen norm (indicatie) voor stentplaatsing en dit wordt telkens ingeschat door de professional tijdens de interventie. Trends rondom praktijkvariatie, zoals in het Verbetersignalement, kunnen volgens de NVvV behulpzaam zijn. Door vereenvoudiging van de codes (van 3 naar 1) is de

registratievariatie eruit en kan er nu een beter overzicht komen.

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg
Hart Vaat Long

Monitoring onnodige nacontrole. In de geest van de richtlijn is geen controle in de 2^e lijn meer nodig na de behandeling. In de 1^e lijn is wel CVRM nodig.

Onze referentie
2017024859

Het Zorginstituut gaat de implementatie van vastgestelde acties jaarlijks monitoren en in een evaluatie inzichtelijk maken in hoeverre de zorg voor de patiënt is verbeterd. Het Zorginstituut zal hierover contact onderhouden met de stakeholders. Tussenrapportages en evaluaties worden schriftelijk geconsulteerd.

De heer van Nistelrooij toont het Sanky-diagram met de huidige patiëntenstroom. Als het goed is moet je in de loop der jaren verschuivingen gaan zien naar 1) meer diagnostiek onder verantwoordelijkheid van de huisarts, 2) meer inzet GLT als primaire behandeling bij nieuw gediagnosticeerde CI patiënten en 3) minder onnodige duplexonderzoeken. We willen dit elk jaar laten zien. Aanwezigen vinden dit erg inzichtelijk. Verzocht wordt om in de diagnostiek doppler en duplex apart te laten zien. Ook wordt gevraagd om in een staafdiagram de ontwikkeling van CI en kritieke ischemie door de jaren heen te laten zien.

Acties gericht op duplexonderzoek, stentplaatsing en nacontrole

Actie 1: Het Zorginstituut zal de geleverde zorg door huisartsen, fysio –en oefentherapeuten en specialisten in het ziekenhuis jaarlijks gaan monitoren. Hierbij wordt ook gekeken naar de inzet van duplexonderzoek, stentplaatsing en nacontroles.

Vervolg

Er wordt met alle aanwezigen afgesproken jaarlijks bijeen te komen om de voortgang van implementatie van verbeteracties en uitkomsten van de datamonitor te bespreken. Een eerste vervolgbijeenkomst zal plaatsvinden begin 2018. Ter voorbereiding hierop worden in de maanden daarvoor gesprekken gevoerd in kleiner verband met verantwoordelijke partijen van verschillende acties.