

### Implementatieplan bij module Behandeling claudicatio intermittens bij PAV

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of > 3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie <sup>1</sup>	Te ondernemen acties voor implementatie <sup>2</sup>	Verantwoordelijken voor acties <sup>3</sup>	Overige opmerkingen
<p>Overweeg bij patiënten met claudicatio intermittens altijd eerst gesuperviseerde looptraining. Bij het uitblijven van voldoende verbetering van kwaliteit van leven of persisterend ziekteverzuim zal een endovasculaire of zelfs chirurgische revascularisatie overwogen moeten worden.</p>	<p>&lt; 1 jaar</p>	<p>Niet anders</p>	<p>Werkgever moet patiënt de tijd geven om voor de langdurige tijd van looptraining te kiezen.</p> <p>Bij uitblijven gewenste effect looptraining, goede communicatie vanuit de fysiotherapeut of oefentherapeut naar vaatchirurg.</p>	<p>Wat is voldoende verbetering van kwaliteit van leven? Geen duidelijk grenzen in de literatuur gevonden.</p>	<p>Niet alle claudicatio patiënten naar de vaatchirurg. Eerstelijns zorg huisarts/ fysiotherapeut of oefentherapeut volstaat in eerste instantie.</p> <p>Goede voorlichting huisarts en patiënt over niet (direct) verwijzen naar vaatchirurg</p>	<p>NVvH, KNGF, NHG en andere betrokkenen.</p>	

<p>Overweeg om direct te starten met een endovasculaire behandeling met aanvullende looptraining bij patiënten waarbij een langdurig ziekteverzuim niet aanvaardbaar is of bij patiënten met een verwacht inspanningsniveau dat niet met gesuperviseerde looptraining alleen behaald kan worden (zoals hardlopen, lange afstanden wandelen in de bergen, etc.).</p>	<p>&lt; 1 jaar</p>	<p>Niet anders</p>	<p>Adequate indicatiestelling door behandelend specialist met kennis en affiniteit met zowel de conservatieve behandeling als de endovasculaire behandeling. Het gaat hierbij om shared decision making.</p>	<p>Wat is aanvaardbaar ziekteverzuim? Wie bepaalt dat, de werknemer (patiënt) of de werkgever (Arbo)?</p>	<p>Richtlijn onder de aandacht brengen bij de eerste lijn. Behandeling middels gesuperviseerde looptraining in de eerste lijn houden, maar mocht er een indicatie zijn om sneller tot een langere loopafstand te komen, dan kan een patiënt voor een endovasculaire interventie verwezen worden naar de tweede lijn.</p>	<p>NVvH, KNGF, NHG en andere betrokkenen.</p>	
---	--------------------	--------------------	--	---	--	---	--

<sup>1</sup> Barrières kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis). Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land met betrekking tot de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, etc.

<sup>2</sup> Denk aan acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, maar ook acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisite, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

<sup>3</sup> Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang.