

Toetstabel Perifeer Arterieel Vaatlijden vj2025

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 2	Toelichting	Criterion 1 t/m 6	Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen consensus	akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan							
Vaatlaboratorium	Akkoord	Criterion 6	Verwijderen	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Te laat met reactie	Akkoord	Volgt NVZ	n.v.t.
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verwijderen van indicator 2 'vaatlaboratorium' voor verslagjaar 2025. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verwijderen	Bij consensus in de werkgroep volgt het Zorginstituut het advies van de werkgroep.									

Indicatorset

Perifeer Arterieel Vaatlijden

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 2025.1, juni 2024

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2022: <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/transparantiekalender-kwaliteitsinstituut
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>

Samengesteld door:

Organisaties van cliënten:

- Harteraad
- Patiëntenfederatie Nederland

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie/Nederlandse Vereniging voor Interventie Radiologie
- V&VN Wondexpertise
- Federatie Medisch Specialisten
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- CZ
- Zorgverzekeraars Nederland

Aanspreekpunt:

DICA, www.dica.nl

Indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Dit faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
3 Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren	7
5 Wijzigingstabel	9
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	10

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer¹	Indicatornaam	Bron²	Transparantie?³
1	Vasculair behandelteam	Invul	Verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- Doel van deze indicatorset is:
 - interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
 - het afleggen van externe verantwoording

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor:
 - Cliënten
 - Zorgaanbieders en zorgverleners
 - Zorgverzekeraars
 - Wlz-uitvoerders en andere financiers
 - Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn *'diagnostiek en behandeling van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit'* uit 2016. Ook het *'verbetersignalement perifeer arterieel vaatlijden'*, dat in 2016 is gepubliceerd door het Zorginstituut, vraagt hier aandacht voor.

2.2 Populatiebepaling

Voor deze indicatorset, bestaande uit structuurindicatoren, is een beschrijving van de populatie (in- en exclusiecriteria populatie) niet van toepassing.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Niet van toepassing

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset perifeer arterieel vaatlijden bestond in 2021 uit de volgende personen:

- Harteraad: Mw. A. Auwerda, beleidsadviseur
- NVVH: Dhr. A. Vahl, vaatchirurg
Dhr. H. Prins, gastro chirurg
Dhr. A. Nutma, beleidsadviseur
- NIV: Dhr. G. Mantjes, beleidsadviseur
Mw. C.B. Brouwer, internist
- NVVR/NVIR Dhr. D. van den Heuvel, interventieradioloog
- Patiëntenfederatie: Mw. A. Doppenberg, adviseur patiëntenbelang
Dhr. T. Jonkergouw, adviseur patiëntenbelang
- FMS: Mw. E. de Goeij, beleidsadviseur
Mw. E. Oud, projectmedewerker
- NFU: Dhr. C.E.V.B. Hazenberg, vaatchirurg
- NVZ: Dhr. S. van Aalst, beleidsadviseur
- ZN: Mw. L. Vunderink, beleidsadviseur
Dhr. M. Siroen, medisch adviseur CZ
Mw. J. Gehlen, medisch adviseur CZ
- V&VN: Mw. Y. Siebers, wondconsulent V&VN Wondexpertise
Mw. S. Janssen, verpleegkundig specialist V&VN
Wondexpertise
- Zorginstituut: Mw. I. Smit, technisch voorzitter

De werkgroep bestond in 2023/2024 uit de volgende personen:

- ZN: Mw. L. Vunderink, beleidsadviseur

- Patiëntenfederatie: Mw. D. Sprengers
- FMS: Mw. E.oud
Mw. J. van Domburg
- NVVR/NVIR Dhr. D. van den Heuvel, interventieradioloog
- NFU: Dhr. C.E.V.B. Hazenberg, vaatchirurg
- NVZ: Mw. M. van der Waals
- NVvH: Mw. E. van Hattum, vaatchirurg
- DICA: Mw. J. Hazelhoff, voorzitter

3 Vast te leggen gegevens

Dit hoofdstuk is op deze indicatorset, bestaande uit structuurindicatoren, niet van toepassing.

4 Indicatoren

Indicatornaam	Indicator 1 – Vasculair behandelteam
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aanwezigheid vasculair behandelteam
Informatie voor cliënten	De minimale samenstelling van een vasculair behandelteam is: minimaal één medisch specialist die aantoonbaar geschoold is in cardiovasculair risicomanagement, minimaal vier (endo)vasculair specialisten waaronder NVvV gecertificeerde vaatchirurgen en NVIR geregistreerde interventieradiologen, en één zorgverlener (verpleegkundige of physician assistant) aantoonbaar geschoold in en beschikbaar voor de begeleiding in cardiovasculair risicomanagement.
Relevantie en toepasbaarheid	De leden vasculair behandelteam worden uitgevraagd om inzicht te verkrijgen hoe de samenstelling van het multidisciplinaire team is. Deze indicator geeft weer in hoeverre expertise in een ziekenhuis aanwezig is. Patiënten achten deze informatie als belangrijk bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	
Doel van het meten en publiceren	Verkrijgen van transparantie ten aanzien van aanwezigheid behandelteam en geschoolde specialisten. Dient als hulpmiddel bij het maken van een keuze voor zorgaanbieder.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Ja/nee, getal, tekst
Teller(s)	NVT
Noemer	NVT
Vraag 1a	Is op uw ziekenhuislocatie een vasculair behandelteam beschikbaar met daarin minimaal de onder 'definitie' genoemde disciplines?
Vraag 1B	Hoeveel NVvV gecertificeerde vaatchirurgen zijn er werkzaam op de ziekenhuislocatie?
Vraag 1C	Hoeveel NVvV gecertificeerde vaatchirurgen met ook de endovasculaire aantekening zijn er werkzaam op de ziekenhuislocatie?
Vraag 1D	Hoeveel NVIR geregistreerde interventieradiologen met de aantekening vasculair zijn er werkzaam op de ziekenhuislocatie?
Vraag 1E	Hoeveel internisten met aantoonbare ervaring en erkende nascholing in de vasculaire geneeskunde zijn er werkzaam op de ziekenhuislocatie?
Vraag 1F	Zijn er onder de bij E genoemde internisten internist-vasculair geneeskundigen? Zo ja, hoeveel
Antwoordopties 1A	Eén antwoord mogelijk - Ja - Nee
Antwoordopties 1B t/m 1F	Een antwoord mogelijk - Getal
Definitie	Minimale samenstelling vasculair behandelteam onder 2A: - Minimaal 1 medisch specialist aantoonbaar geschoold in cardiovasculair risicomanagement op ziekenhuislocatie werkzaam - Minimaal 4 (endo)vasculair specialisten: NVvH gecertificeerde vaatchirurgen en NVIR geregistreerde

	<p>interventieradiologen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indien er geen interventieradioloog werkzaam is in de instelling dienen er lokaal afspraken gemaakt te worden. - Zorgverlener aantoonbaar geschoold in en beschikbaar voor de begeleiding in cardiovasculair risicomanagement <p>Endovasculair specialist: Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV) geregistreerd vaatchirurg met de aantekening endovasculair dan wel Nederlandse Vereniging voor Interventieradiologie (NVIR) geregistreerd interventieradioloog met aantekening vasculair</p>
Aggregatieniveau	Locatieniveau
Databron (registratie)	Invul
Norm	NVT
Meetperiode	Peildatum 01 maart 2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	

5 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024.

Indicator	Wijziging
2	is geschrapt

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachttijd in dagen'.
Informatie voor Cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
Achtergrond van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Doel van het meten en publiceren	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Rekenregels en definities	
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"

Antwoordopties	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
Aggregatieniveau	Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.
In- /exclusiecriteria populatie	Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.