# **Respiratoire revalidatie**

## Background/Principes

De ziekenhuisopnemingen voor COPD-exacerbaties behoren in België tot de hoogste van Europa. Er is grote impact op de levenskwaliteit en de ermee samenhangende kost is enorm. Studies tonen aan dat vele heropnemingen te vermijden zijn mits betere chronische zorg voor chronisch respiratoir falen.

Het aantal COPD-patiënten in België wordt geraamd op minstens 700.000 waarvan 150.000 ernstig (stadium III of IV volgens de functiecriteria van de GOLD-richtlijnen). Van deze laatste zijn er wellicht 20 tot 30% (30.000 tot 45.000 patiënten) die het hoge aantal hospitalisaties voor respiratoire aandoeningen veroorzaken.

Een goede behandeling van ernstig COPD bestaat uit verschillende componenten: rookstop, lichaamsbeweging, voeding, medicatie, zuurstoftherapie, ademhalingsondersteuning en respiratoire revalidatie. Respiratoire revalidatie als behandelingstechniek wordt als efficiënt en effectief beschouwd voor patiënten met gevorderde stadia van COPD. Meerdere studies tonen de positieve impact die een combinatietherapie (revalidatie, zuurstoftherapie en ventilatietherapie) kan hebben bij deze specifieke doelgroep. Naast betere levenskwaliteit en mogelijk betere overleving is ook een aanzienlijke besparing mogelijk. Het toont meteen aan dat de discussie niet alleen de revalidatie op zich mag betreffen maar dat een bredere hervorming van alle conventies (zuurstoftherapie, thuisbeademing, CPAP) noodzakelijk is.

De pulmonaire revalidatie zal zich in de eerste plaats richten op patiënten bij wie er een groot gevaar bestaat voor nieuwe hospitalisaties omwille van hun respiratoire aandoening. Met de huidige standard of care (zuurstoftherapie, zonder ventilatie) hebben deze patiënten gemiddeld 3,1 hospitalisaties per jaar (waarvan de duur varieert van enkele dagen tot enkele weken). Specifiek voor deze doelgroep is de gemiddelde hospitalisatiekost volgens Riziv-gegevens 6.335 euro (cijfers 2018). Een eigen steekproef in een algemeen ziekenhuis wijst echter op een veel hogere kost. Het zou nuttig zijn om deze gegevens te actualiseren. Eventueel kunnen de VI hiervoor al enkele gegevens aanleveren?

Een veertigtal pneumologen heeft een bijzondere beroepstitel in de functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten. Er werd echter vastgesteld dat de overgrote meerderheid van hen niet meer betrokken is bij pneumologische revalidatie, wat niet kan verwonderen gezien de wijze waarop de conventies werden toegekend en de toegang tot nomenclatuur beperkt is. Er zijn 516 artsen met /620; 194 artsen met /623; 41 artsen met /624. Er zijn dus 5 keer meer artsen beschikbaar voor oncologie dan voor de veel frequenter voorkomende COPD.

Het probleem van ernstig COPD wordt in België momenteel niet efficiënt aangepakt. De ziektelast en het verlies aan levenskwaliteit is voor deze groep patiënten zeer groot terwijl ze, op enkele uitverkoren uitzonderingen na, nagenoeg geen beroep kunnen doen op adequate, door het RIZIV vergoede, ondersteuning. We denken hierbij niet alleen aan de afwezige of inadequate vergoeding voor respiratoire inspanningsrevalidatie, maar ook aan de niet-bestaande vergoeding voor niet-invasieve beademing voor hypercapnische patiënten met obstructieve longaandoeningen. Van beide werd de efficiëntie de laatste jaren overtuigend aangetoond. Er worden slechts een tiental conventies voor thuisbeademing toegekend en deze hebben alleen betrekking op restrictieve longaandoeningen.

Ook voor de telemonitoring is er nog geen gestructureerd kader. Het op afstand instellen en aanpassen van thuisbehandelingen met niet-invasieve beademing is nochtans zeker mogelijk en zou heel wat besparingen kunnen meebrengen. Er zijn hiervoor meerdere apps beschikbaar (bv. Technogym).

Sedert meer dan 20 jaar wordt voor de respiratoire revalidatie alleen voorzien in een vergoeding via een ‘experimentele’ conventie met 4 ziekenhuizen (UZ Leuven, UZ Gent, Libramont, CHU Liège). Dit systeem was en blijft duidelijk onvoldoende om het nationale exces aan hospitalisaties te vermijden.

*“Reeds in 2004 werd op basis van een evaluatiestudie betreffende deze overeenkomst vastgesteld dat via de pulmonaire revalidatie in deze centra gunstige resultaten worden behaald en werd er gepleit voor een uitbreiding van het aantal centra”.* Indien in een rapport van 2004 de effectiviteit van de pneumologische revalidatie al werd aangetoond voor alle eindpunten en deze bewaard bleef tot 1 jaar later dan rijst de vraag waarom de universitaire equipes zich toen beperkt hebben tot een verlenging van de experimentele conventie in plaats van te pleiten voor een brede uitrol. Dat is net de opdracht van dergelijke experimentele conventies. Waar en wanneer en door wie zouden bijkomende middelen gevraagd zijn? Het is behoorlijk cynisch dat pas na de aanzwellende kritiek van de voorbije jaren nu (dd. 31/01/2022!) een aanvraag tot aanpassing en uitbreiding wordt ingediend.

Het lijkt er in de voorliggende teksten eerder op dat men meer bekommerd is om de opwaardering van de conventies dan om een zo breed mogelijke toegankelijkheid voor de patiënten.

Waarom werden zovele punten uit de conventie nooit opgevolgd? De vereiste jaarverslagen zijn duidelijk onvoldoende uitgewerkt. Hoe werden de huisartsen betrokken zoals de conventie voorschrijft?

Het geactualiseerde conventieproject wijkt qua principes nauwelijks af van het vorige. Bovendien zijn de voorgestelde inclusiecriteria voor patiënten complex, overbodig restrictief en niet controleerbaar. Zo is bijvoorbeeld het strenge longfunctiecriterium (zoals een ESW <50%), in nagenoeg alle andere EU-zorgsystemen verlaten. In een recent symposium over respiratoire revalidatie tijdens het ATS Congres 2022 werd duidelijk aangegeven dat ESW als inclusiecriterium achterhaald. Ook in de NHS en NVALT werd dit criterium niet weerhouden1.

Volgens ons zal een uitbreiding van het conventiesysteem naar meer ziekenhuizen (10? 25 = 1 per netwerk?) of een beperkte aanpassing van de criteria, weinig impact hebben op de noodzakelijke omslag in de chronische zorg bij respiratoir falen. Daarvoor is een veel grotere mobilisatie van het medisch corps nodig en dit binnen een redelijke termijn. De discipline moet opnieuw gemotiveerd worden en geheroriënteerd naar zorg voor chronisch respiratoir falen. Vooreerst door de reeds erkende pneumoloog-revalidatieartsen te (re)activeren en te ondersteunen met adequate nomenclatuur. De huidige revalidatienomenclatuur is voornamelijk gericht op fysiotherapeuten en de pneumoloog-revalidatiearts heeft er geen rechtstreekse toegang toe. Vraag is dan waarom de beroepstitel werd ingevoerd. Mits enig herstel van het vertrouwen kan in een tweede stap ook de opleidingscapaciteit verhoogd worden (titel niveau 3). Een herwaardering van het hele systeem door adequate vergoeding van artsenprestaties is dus o.i. dringend noodzakelijk. Dit moet er toe leiden dat de juiste zorg zeer breed beschikbaar komt, binnen en buiten het ziekenhuis, en in goede samenwerking met en deels in de eerstelijn. Het moet dus ook een flexibel systeem zijn. Dat effect kan slechts in zeer beperkte mate verwacht worden van overeenkomsten tussen het RIZIV en de (enkele) ziekenhuizen zoals de conventies tot nu toe werden opgevat. We bespreken hier wel degelijk een van de meest frequent voorkomende pathologieën die dagelijks in elk ziekenhuis aan bod komt. Wanneer men voor materniteiten het belang van nabijheid benadrukt (o.i. grotendeels onterecht gezien de zeer beperkte ligduur) dan geldt dit a fortiori voor langdurige COPD-behandeling en revalidatie. De revalidatie beperken tot zogenaamde expertcentra kan dus onmogelijk een oplossing zijn. Hoewel we het netwerkconcept zeker genegen zijn is dit nu net voor deze dagelijks voorkomende pathologie geen optie. En rocket science is hier ook niet mee gemoeid. Wat zeker niet betekent dat er geen strikte kwaliteitseisen zouden mogen worden opgelegd, zowel qua erkenningen als qua ondersteuning en infrastructuur. Overigens, door wie en wanneer werden de kwaliteitscriteria en de voorgeschreven modaliteiten in de conventiecentra ooit geëvalueerd?

Waarom zou voor de pneumologische revalidatie een volledig andere procedure moeten gelden dan voor de locomotorische of voor de cardiologische?

Het heilige geloof in het conventiesysteem door sommigen is bovendien bijzonder merkwaardig omdat de revalidatiesessies in dit systeem hoe dan ook per verstrekking betaald worden. We waren verwonderd te vernemen dat er daarnaast zelfs nog bijkomende K30 verstrekkingen worden aangerekend. Ook de vele andere verstrekkingen zoals raadpleging, longfunctie, labo, bloedgasanalyse, medische beeldvorming, (spiro)ergometrie, ECG, toezicht, monitoring,… worden voor deze patiënten per verstrekking terugbetaald. De VI kunnen wellicht verduidelijken wat de totale jaarlijkse uitgaven zijn voor een patiënt in een conventie.

De enige prestaties waarvoor in de conventie cumulverbod bestaat zijn:

771201 (Individuele revalidatie, revalidatie van hartpatiënten, individuele pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 30 minuten; €51,83);

771212-771223 (Individuele revalidatie, revalidatie van hartpatiënten, collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 60 minuten, volgend op een individueel revalidatieprogramma en, voor wat het aspect fysieke hertraining betreft, zicht richtend tot een groep van maximaal acht personen (€37,2);

558810-558821 (Multidisciplinaire revalidatiezitting met een minimumduur van 60 minuten waarbij tijdens elke zitting ten minste twee bijkomende professionele zorgverleners waaronder een ergotherapeut of kinesitherapeut aan de behandeling meewerken en minstens twee van de volgende technieken worden toegepast: revalidatie door beweging, psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, mechanotherapie, oefeningen met externe prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad; €37,78);

558832-558843 (Multidisciplinaire revalidatiezitting met een minimumduur van 120 minuten waarbij tijdens elke zitting ten minste twee bijkomende professionele zorgverleners waaronder een ergotherapeut of kinesitherapeut aan de behandeling meewerken en minstens twee van de volgende technieken worden toegepast: revalidatie door beweging, psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, mechanotherapie, oefeningen met externe prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad; €75,57).

En het multidisciplinair overleg is vandaag ook al in tal van disciplines in de nomenclatuur voorzien (fysiotherapie, MOC, kinderpsychiatrie, geriatrie, …).

Voor de 4 bestaande conventiecentra samen bedroegen de gemiddelde jaarlijkse uitgaven, alleen voor de revalidatieverstrekkingen, in de periode 2015-2019, 1.466.467 €. Hoewel jaarverslagen verplicht zijn is het aantal patiënten dat hier behandeld wordt zelfs niet bekend (een raming o.b.v. de verrichte verstrekkingen zou +/-360 voorop stellen).

*W*e stellen vast dat het aangepaste conventievoorstel -zelfs indien beperkt tot 25 centra- niet binnen het voorziene budget past. (*Gemiddelde totale uitgaven voor de 4 bestaande centra samen, in de periode 2015-2019 = 1.466.467 €. Vereist budget voor 25 centra = (1.466.467€ / 4) x 25 = 9.164.419 €. Dit houdt een meeruitgave in van 7.698.952 € = bijna 7,7 miljoen €).* De hoge kost wordt vermoedelijk mee veroorzaakt door de permanente inzet van een multidisciplinair team terwijl niet elke patiënt daar altijd behoefte aan heeft.   
In een honorariasysteem zijn de artsen geresponsabiliseerd en kan de NCAZ beslissen om prioriteiten te leggen of bijkomende middelen te voorzien. Dat kan ook gelden voor de andere betrokken sectoren.

## **Voorstel voor inhoud en voorwaarden van een op artsenprestaties gebaseerd vergoedingssysteem**

“Longrevalidatie is een inspannings-en educatieprogramma uitgewerkt voor patiënten met longaandoeningen die kortademigheid ervaren.   
Longrevalidatie is gekarakteriseerd door een individueel voorgeschreven en uitgewerkt trainingsprogramma (inspanning) en een opleidingspakket dat patiënten helpt om beter hun aandoening en symptomen te begrijpen en om aan een effectief zelfmanagement te kunnen doen.”

De bedoeling is om het aantal heropnemingen te verminderen en om de functionele mogelijkheden en de levenskwaliteit van de betrokken patiënten te verbeteren.

**Intake**

De correcte selectie van patiënten is essentieel om de doelstelling te halen. Ofschoon meerdere pathologieën kunnen aanleiding geven tot chronisch respiratoir falen lijkt toch de ernstige luchtwegpathologie de belangrijkste driver van exacerbaties zowel in aantal als in ernst. Het gaat dan om patiënten met ernstig symptomatisch COPD en in beperkter mate om ernstig astma of om overlapsyndromen. Het betreft patiënten met gedocumenteerd ernstig COPD/astma die meerdere (in principe minstens 2) matig of ernstige exacerbaties doormaakten in het laatste jaar. Een matig ernstige exacerbatie kenmerkt zich door de noodzaak aan gebruik van antibiotica en/of systemische corticoïden. Een ernstige exacerbatie vergt daarenboven ook een hospitalisatie en eventueel respiratoire ondersteuning, invasief of niet-invasief. Deze patiënten komen na de exacerbatie in aanmerking voor de start van een revalidatieprogramma.

Ook de eerder beperkte groep van patiënten die op de wachtlijst voor longtransplantatie willen komen of voor wie een longreductieprocedure gepland wordt, behoren tot de doelgroep.

Vooraleer deze patiënten kunnen starten met een revalidatietraject moet een volledige oppuntstelling door de pneumoloog(-revalidatiearts) gebeuren. Voor deze oppuntstelling/intake wordt o.i. best een specifiek forfaitair honorarium (all-in behoudens labo-onderzoek) voorzien (€..). In het licht van de nakende hervorming van de nomenclatuur kan bij de berekening al een onderscheid gemaakt worden tussen de intellectuele vergoeding en de kostencomponent.

Het intake-onderzoek gebeurt na verwijzing door de behandelende (GMD-houdende) huisarts of op voorstel van de pneumoloog aan de behandelende huisarts naar analogie met bestaande zorgtrajecten. Na akkoord van beiden én van de patiënt volgt een notificatie aan de VI (pseudocode).

De huisarts is het beste geplaatst om de impact van de aandoening op het psychosociaal functioneren in te schatten, evenals de motivatie van de patiënt (cave: hoge uitval of lage motivatie bij deze patiëntenpopulatie omwille van tal van redenen zoals ziekte of angst hiervoor (bv. COVID-19), vervoersproblemen, afstand, weersomstandigheden, enz.).

Een gestandaardiseerd verwijzingsdocument kan hiervoor gebruikt worden (een voorbeeld van de NHS is bijgevoegd).

Ook exclusiecriteria zijn belangrijk in verband met haalbaarheid en veiligheid.

Evaluatie bij intake omvat minstens:  
-longfunctie (minstens FEV1, DLCO, bij voorkeur ook RV-TLC bepaling met boxmethodiek)  
-arteriële bloedgasanalyse of transcutane meting van O²-saturatie en CO²  
-6 minutenwandeltest  
-spierkrachtmeting (zowel quadriceps als ademspierkracht)  
-ergospirometrie

-ECG  
-Patient Reported Outcomes (minimaal: CRQ, (m)MRC, CAT, EQ-5D-5L, PRAISE, LINQ, HADS)  
-optioneel: polygrafie (thuis) en/of nachtelijke saturatiemeting

Doelgroep1:

-patiënten met COPD, astma of overlapsyndromen waarbij de functionele beperking de toelating tot een programma bepaalt (MRC > 2 of mMRC ≥ 2)

-frequente exacerbaties (= hoge medische consumptie): COPD GOLD D = 1 AECOPD met opname of 2 AECOPD zonder opname

-verplichting: longtransplantatietraject (pre- en postlongtransplantatie)

-verplichting: indien volumereductieprocedure wordt overwogen/gepland is (chirurgisch of endobronchiaal)

We stellen voor om geen minimum aantallen te hanteren. Dit werkt inflatoir en zou een brede uitrol alleszins bemoeilijken.

Een patiënt kan een programma opnieuw volgen zo er een klinische indicatie is, doch niet binnen het jaar na het beëindigen van het vorige revalidatietraject².

**Forfaitair honorarium voor de huisarts**.

Indien de patiënt in aanmerking komt voor het revalidatietraject dan ontvangt de behandelende (bij voorkeur GMD-houdende huisarts) na notificatie aan de VI een forfaitaire vergoeding die de mede-opvolging gedurende 6 maanden dekt (naast de raadplegingen en bezoeken). (..€)

Een beperkte set van vereiste opvolgingsparameters kan worden opgesteld.

(*ref. post-covid: § 3. De verzekeringsinstelling van de rechthebbende betaalt binnen de dertig dagen na het ingaan van het zorgtraject aan de betrokken eerstelijnszorgverleners een forfaitair honorarium van XX EUR voor het zorgtraject welke een periode van 6 maanden dekt. ...De betaling van het forfaitair honorarium aan de huisarts wordt door de verzekeringsinstelling geregistreerd door middel van de pseudocode ‘Zorgtraject Pneumologische revalidatie’ op het getuigschrift.*

*Ref: post-covid overeenkomst: § 6. De huisarts kan de pseudocode enkel aanrekenen indien hij het globaal medisch dossier van de rechthebbende beheert.*

**De revalidatie in het centrum**

Het centre based programma voor respiratoire revalidatie wordt beperkt tot maximaal 3 maanden (gemeten vanaf de eerste revalidatiesessie). Voor de pretransplantpatiënten kan een langere periode voorzien worden. De overeenkomstige honoraria worden dus ook in de tijd beperkt.

De toegang tot de revalidatienomenclatuur voor erkende respiratoire revalidatieartsen (pneumologie en titel 3 revalidatie) is momenteel slechts mogelijk na goedkeuring door een arts in de fysische geneeskunde. De libellé en de toepassingsregels van de verstrekkingen van art.22 en 23 moeten daarom worden aangepast. *(-art. 23 "§ 6. De vergoeding van de verstrekkingen 558434 - 558445, 558095 - 558106, 558132 - 558143, 558810 - 558821, 558014-558025, 558832 - 558843 en 558994 - is slechts toegestaan voor de revalidatiebehandelingen uitgevoerd onder coördinatie van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie in een dienst fysische geneeskunde geïntegreerd in een erkend ziekenhuis, waar naast de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie tenminste de disciplines kinesitherapie en ergotherapie voltijds aanwezig zijn. Voltijds dient hierbij begrepen te worden als « voltijds-equivalent ». Bij de uitvoering van de revalidatiebehandeling zijn beide disciplines permanent aanwezig tijdens de ganse duur van de werkzaamheden. De patiënten worden steeds begeleid bij de uitvoering van hun individuele revalidatieprogramma's. De dienst kan daarenboven binnen de instelling beroep doen op de functies logopedie en klinische psychologie”).*

Het centre based deel impliceert een multidisciplinaire aanpak met minstens een erkende pneumoloog-revalidatiearts en een kinesist met afstudeerrichting in de inwendige geneeskunde en ev. een verpleegkundige.

Fysieke aanwezigheid in de instelling is tijdens de sessies vereist voor de pneumoloog-revalidatiearts en in de behandelruimte voor de kinesist.

Het maximale aantal simultaan te behandelen patiënten bedraagt 6-8. Indien meer dan 4 patiënten simultaan behandeld worden dan moet een tweede kinesist aanwezig zijn. De sessieduur bedraagt 2 uur. De referentiefrequentie bedraagt 3x/week maar hiervan kan worden afgeweken indien de patiënt de verplaatsingen hiervoor niet aankan, maar in principe in de beginperiode niet minder dan 2x/week.

Er moet waar nodig beroep kunnen gedaan worden op een tabakoloog, een psycholoog, een ergotherapeut, een diëtist. Het is niet aangewezen om dezen permanent ter beschikking te houden voor elke patiënt, dat is geen doelmatig gebruik van de middelen. Zij dienen, indien aangewezen, op voorschrift geconsulteerd te worden, rekening houdende met de specifieke vragen of de pathologie van de patiënt.

De infrastructuur voor het centre based deel moet adequaat zijn en bestaan uit een behandelruimte en een consultatieruimte. De behandelruimte wordt tijdens de respiratoire revalidatie niet door andere disciplines gebruikt. Hetzelfde geldt voor de oefentoestellen. Voor elke patiënt moet toegang tot zuurstof kunnen voorzien worden. Wanneer aangewezen (ontstaan van hypercapnie bij inspanning) moet de behandeling ook onder NIV kunnen gebeuren en dient ook hiervoor dus de nodige apparatuur aanwezig te zijn.

Het behandelingsplan wordt voor elke patiënt individueel opgesteld en bijgehouden in het behandelingsdossier. Van elke sessie moet een kort verslag in het medisch dossier genoteerd worden.

Vooral in het laatste deel zal de huisarts in toenemende mate een cruciale rol spelen door de patiënt zelf op te volgen en terug te koppelen naar de pneumoloog-revalidatiearts voor bijkomende adviezen.

Locatie/materiaal:

-oefenruimte volgens principe waar er rekening wordt gehouden qua grootte met het aantal simultaan te behandelen patiënten. Er vinden geen simultane sessies plaats met andere disciplines (bv. cardiale revalidatie)  
-consultatieruimte voor één op één gesprekken met de verschillende therapeuten

-polyvalent lokaal voor teamvergaderingen en educatiesessies voor grotere groepen patiënten.

Centrum:

1. toestellen voor inspannings- en krachttraining in voldoende aantal;

2. trainingsmateriaal voor activiteiten van het dagelijkse leven;

3. krachttrainingsmateriaal voor functionele ergotherapie;

4. beschikbaarheid van zuurstof voor toediening tijdens training, evenals niet-invasieve ventilatie.

Er wordt voorzien in toepassingsregels die de voorwaarden en de cumul met andere verstrekkingen beschrijven.

Budget:

Het honorarium per sessie moet voldoende zijn om de infrastructuur, de kinesist, de verpleegkundige, de apparatuur en de medische supervisie te compenseren. Een opsplitsing in een intellectuele en een kostencomponent kan echter ook al voorzien worden.

De betrokken verstrekkingen worden al gedeeltelijk gefactureerd door fysiotherapeuten of kinesisten of via de 4 conventies. Maar zonder twijfel is er onderconsumptie. Hoewel er de voorbije 3 jaar een zeer aanzienlijk bijkomend budget (15 miljoen) werd toegekend voor fysiotherapie en revalidatie stellen we vast dat dit volledig naar fysiotherapie gegaan is en dat onze herhaalde vraag om de bredere revalidatie hierbij te betrekken genegeerd werd.

De andere zorgverstrekkers worden per prestatie uit hun eigen nomenclatuur of overeenkomst vergoed.

**De revalidatie in de eerstelijn.**

Het aanvullende deel, vanaf maand 4 tot en met maand 6, verloopt bij voorkeur in de eerstelijn (home based). Dit kan via eerstelijnspraktijken/netwerken of, indien door hen gewenst, deels in de eerstelijn en deels met ondersteuning door het centrum. De huisarts volgt de patiënt op en ontvangt naast het genoemde forfaitaire honorarium zijn honoraria voor raadplegingen en bezoeken.

De revalidatiesessies gebeuren bij voorkeur door een kinesist met afstudeerrichting inwendige geneeskunde die zijn eigen nomenclatuur hiervoor gebruikt.

(*ref. post-Covid: AAA-YYY: € 25; (cfr. M24 – analoge verstrekking uit art. 7): Individuele kinesitherapeutische evaluatie en/of interventie, waarbij de persoonlijke betrokkenheid van* *de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft. Deze verstrekking mag maximaal 60 keer gedurende 1 jaar aangerekend worden*.

De pneumoloog-revalidatiearts volgt de thuissessies van de patiënt mee op via telerevalidatie (meerdere apps zijn beschikbaar, bv. Technogym) of op de raadpleging indien nodig. Hiervoor wordt een forfaitaire vergoeding voorzien van € .. voor de periode tussen de 4de en de 6de maand, dit eveneens naast eventuele raadplegingshonoraria.

Om de communicatie binnen het team en ook met de huisarts te garanderen dient tijdens het centre based deel een multidisciplinair overleg te worden gepland, waaraan de huisarts kan deelnemen, fysiek of via teleconferentie. De deelname door de huisarts wordt vergoed per deelname. Het overleg heeft plaats minstens om de 2 weken gedurende de eerste zes weken, om de vier weken later.

**Multidisciplinair overleg**

Om de communicatie binnen het team en ook met de huisarts te garanderen dient tijdens het centre based deel een multidisciplinair overleg te worden gepland.

De fysieke deelname is verplicht voor de pneumoloog-revalidatie-arts, de kinesist en ev. de verpleegkundige. *(ref. post-covid: ook de rechthebbende is hier bij voorkeur bij aanwezig).*

De huisarts kan deelnemen, hetzij fysiek of via teleconferentie. De deelname door de huisarts wordt vergoed per deelname.

Indien van toepassing kunnen ook een of meerdere van de andere zorgverstrekkers die effectief bij de zorg voor de patiënt betrokken waren, aan dit overleg deelnemen.

Het terugbetaalde overleg heeft plaats om de 2 weken gedurende de eerste zes weken, om de vier weken later.

De pneumoloog revalidatie-arts heeft een kinesitherapeut met bekwaming in de inwendige geneeskunde vast opgenomen in zijn team en eventueel ook een verpleegkundige met ervaring in (chronische) respiratoire aandoeningen.

Verder moet hij kunnen beroep doen op een multidisciplinair team bestaande uit:

-psycholoog

-diëtist  
-tabakaloog  
-maatschappelijk werk/sociaal verpleegkundige

-ergotherapeut.

De samenstelling en de inzet van de teamleden gebeurt dus volgens indicatie per patiënt. De pneumoloog-revalidatiearts en/of de huisarts bepalen de noodzaak tot consultatie/opvolging door andere paramedici.

De psycholoog kan op voorschrift van de huisarts of op vraag van de patiënt worden ingeschakeld volgens de modaliteiten en terugbetalingen zoals die voorzien zijn in de recente besluitvorming. Psychologen ontvangen hiervoor dus geen bijkomend honorarium vermits dit reeds vervat zit in de vergoeding ontvangen voor overleg via de overeenkomst betreffende financiering van psychologische functies in de eerstelijn (ELP-conventie).

De diëtist wordt 2x (terugbetaald) geconsulteerd bij het begin van de revalidatie en verder max. 1x per maand op voorschrift van de huisarts of de pneumoloog-revalidatiearts. De ergotherapeut 1 of 2x in de loop van het traject.

Tabakoloog: zie vigerende terugbetalingscriteria.

Noteer dat voor de psycholoog en de tabakoloog dus al geëigende budgetten zijn toegekend.

Tijdens de home based periode (m4 t/m m6) kan de huisarts een overleg plannen met de pneumoloog-revalidatiearts en eventuele andere zorgverstrekkers a rato van maximum 1x/maand. Teleoverleg moet mogelijk zijn.

Dit lijkt ons alleszins efficiënter dan het blindelings pro forma toekennen van 12 bijkomende sessies.

Ter inspiratie voegen we enkele omschrijvingen toe zoals ze zopas in de werkgroep post-Covid werden besproken.

*(Ref. post-covid: ter inspiratie*

*.DD1-YYY: €50; Individueel diëtistisch onderzoek, anamnese, het stellen van de diëtistische diagnose en het opstellen van een behandelplan en advies in overleg met de rechthebbende, met een minimumduur van 60 minuten*

*.DD2-YYY: €21,05; Individuele diëtistische interventie, voor de rechthebbende met een minimumduur van 30 minuten. Deze verstrekking mag 7 keer aangerekend worden gedurende een jaar).*

*.BB1-YYY: ergotherapie; €50; Observatiebilan met een minimumduur van 60 minuten dat bestaat uit een onderzoek van de functioneringsmogelijkheden en –beperkingen van de rechthebbende :*

*- in de activiteiten van het dagelijkse leven (zoals de persoonlijke verzorging, het zich voeden, de interpersoonlijke relaties, het zich verplaatsen);*

*- betreffende zijn persoonlijke, schoolse, professionele, socioculturele en vrijetijdsbezigheden;*

*- fysiek, sensorisch-motorisch, intellectueel en relationeel vlak en op het vlak van het gedrag;*

*- in zijn fysieke, sociale en culturele omgeving;*

*- en dat uitloopt op het opstellen van een schriftelijk verslag van de uitgevoerde onderzoeken, gericht aan de voorschrijvende arts.*

*(ref. post-covid: Op het teamoverleg wordt het behandelplan opgesteld volgens de bestaande, beschikbare richtlijnen, waarin de doelstellingen worden gespecificeerd, steeds in samenspraak met de patiënt. Daarnaast worden duidelijke behandelafspraken tussen de zorgverstrekkers bepaald).* *Op elk volgend overleg wordt het behandelplan besproken en vervolledigd. Wanneer bij een overleg wordt vastgesteld dat verdere behandeling niet meer nodig is, wordt het zorgtraject beëindigd. Wanneer de toestand niet verbetert of verergert, wordt het behandelplan aangepast en wordt de patiënt indien nodig terug verwezen doorverwezen naar de 2de lijn. Dit wordt geobjectiveerd per discipline aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Het behandelplan wordt bijgehouden door de huisarts in het patiëntendossier.*

*Het teamoverleg kan fysiek, virtueel of hybride gehouden worden.*

(*ref. post-Covid: De vergoeding dekt de planning, coördinatie en opvolging van het behandelplan; de onderlinge communicatie en organisatie van het team; team met de betrokken eerstelijnsprofessionals; het verslag na elk overleg; het gebruik van de geregistreerde gegevens om de individuele en collectieve compliance en follow up van de geïncludeerde patiënten te meten, de registratie en het overmaken van gegevens.*

*De pseudocode dient door alle betrokken eerstelijnszorgverstrekkers te worden aangerekend.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B1 | Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van post-Covid-19 patiënt voor een ***huisarts*** (per episode van 6 maanden) | X € |
| B3 | ~~Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van post-Covid-19 patiënt voor een~~ ***~~kinesitherapeut~~*** ~~(per episode van 6 maanden)~~ | X € |
| B5 | ~~Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van post-Covid-19 patiënt voor een~~ ***~~logopedist~~*** ~~(per episode van 6 maanden)~~ | X € |
| B7 | Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van post-Covid-19 patiënt voor een ***diëtist*** (per episode van 6 maanden) | X € |
| B9 | Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van post-Covid-19 patiënt voor *een* ***ergotherapeut*** (per episode van 6 maanden) | X € |
| C1 | Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van post-Covid-19 patiënt voor een ***arts-specialist*** (per episode van 6 maanden)  Of per deelname  Of voor tele-expertise | X € |
| C2 | Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van post-Covid-19 patiënt voor een ***arts-specialist*** (per episode van 6 maanden)  Of per deelname  Of voor tele-expertise | X € |

**Kwaliteitsbewaking**

De supervisie door een erkende pneumoloog-revalidatiearts en een kinesist met afstudeerrichting inwendige geneeskunde moet garant staan voor een kwaliteitsvol programma.

Het volledige programma wordt in het medisch dossier beschreven en bewaard. Van elke sessie wordt een verslag in het medisch dossier genoteerd.

Er wordt voorzien in toepassingsregels die de kwaliteitsvoorwaarden voor de verstrekkingen beschrijven. De modaliteiten leggen we ter discussie voor aan de leden van de werkgroep (infrastructuur, personeel, register, …).

De verwijzing door en de opvolging bij de huisarts verloopt via een gestructureerd sjabloon (te integreren in de software). Zie bijgevoegd voorbeeld.

De medische consumptie (i.h.b. de hospitalisaties) en de outcome van deze patiënten kunnen worden opgevolgd.

Een register kan voorzien worden om de kosten-effectiviteit aan te tonen.

Een P4P-bonus (voor het team) is te overwegen op voorwaarde dat deze gebaseerd wordt op harde, controleerbare, niet-manipuleerbare en niet op zelfrapportering berustende indicatoren.

Uitkomst³:

1° Levenskwaliteit en functionele verbetering d.m.v. eindevaluatie (herhaling van intake middels longfunctie: FEV1, DLco; ABG; 6MWT; spierkrachtmetingen, ergospirometrie, PRO)   
Dit telkens na therapie in centrum en na opvolging in de eerstelijn of op gezette tijdstippen.  
2° Exacerbatiefrequentie/medische consumptie/mortaliteit gedurende 2 jaar volgend op de interventie  
Referentie hiervoor kan bestaan uit:  
1) Patiënthistoriek (patiëntniveau)  
2) RIZIV-data (historische trend en cijfers)  
3) Controle populatie (verwezen patiënten: volledig traject vs. onvolledig of niet gestart traject).

**Responsabilisering**

De COPD-patiënt die zich inschrijft in dit revalidatietraject en die blijft roken moet verplicht een rookstopprogramma volgen.

Een minimum aantal revalidatiesessies (bv. minimum 50%) moet maandelijks gevolgd worden zoniet wordt het programma gestopt.

Toepassingsregels beschrijven het cumulverbod met andere verstrekkingen.

De NCAZ bewaakt de uitgaven.

**Telemonitoring**

We gaan voort op de aanbevelingen van de werkgroep telegeneeskunde.

**Thuisbeademing**

Een grondige analyse van de werking en de uitgaven in dit beperkte aantal conventies dringt zich op. Thuisbeademing moet ook voorzien worden voor de (eerder beperkte) groep van patiënten met hypercapnisch COPD. De combinatie met revalidatie is duidelijk nog meer efficiënt waardoor er vaak geen opnames meer zijn. Tot nu werd evenwel geen enkele aanpassing aan de nomenclatuur gedaan en blijven de oude regels gelden. Wij zijn er voorstander van om voor de niet-invasieve beademing van deze hypercapnische patiënten een forfaitair honorarium te voorzien (incl. apparatuurskosten en instel/opvolgingskosten of opgesplitst in intellectuele component) dat aan de pneumoloog-revalidatiearts wordt toegekend.

**Slaap-apnoe-CPAP**

We herinneren aan het akkoord 2022-2023: “*2.4.2.2 Verder zal de diagnose en de behandeling van slaapapneu in de loop van 2022 grondig worden geactualiseerd. Hierbij zal de thuismonitoring worden bevorderd met respect voor de nodige veiligheidsvereisten en in overleg met de patiëntenorganisaties*”.

Een besparing op de polysomnografie in het ziekenhuis moet geherinvesteerd worden in revalidatie en thuisbeademing (cfr. KCE-rapport). Het is misschien het moment om hier nu ook mee te beginnen.

**Begeleidende maatregelen**

Terugbetaling van het pneumococcenvaccin.

Tussenkomst in transportkosten.

Dr. J. Clukers

Dr. Halil Sirimsi

Prof. Dr. W. De Backer

Dr. Robert Rutsaert

**Referenties:**

Ad 1.   
- <https://www.nvalt.nl/kwaliteit/richtlijnen/copd-astma-allergie/_/COPD/Richtlijn-Diagnostiek-en-behandeling-van-COPD-maart-2010.pdf>  
- Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, et al British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults: accredited by NICE Thorax 2013;68:ii1-ii30  
- https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/respiratory-disease/pulmonary-rehabilitation/

(<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/03/pulmonary-rehabilitation-service-guidance.pdf>)

Ad 2.  
- Foglio K, Bianchi L, Ambrosino N et. al. Is it really useful to repeat outpatient pulmonary rehabilitation programs in patients with chronic airway obstruction? A 2-year controlled study. Chest 2001;119:1696–704.  
- Romagnoli M, Dell'Orso D, Lorenzi C, et al. Repeated pulmonary rehabilitation in severe and disabled COPD patients. Respiration 2006;73:769–76.  
- Foglio K, Bianchi L, Bruletti G, et al. Seven-year time course of lung function, symptoms, health-related quality of life, and exercise tolerance in COPD patients undergoing pulmonary rehabilitation programs. Respir Med 2007;101: 1961–70.

Ad 3.  
- Royal College of Physicians “Pulmonary rehabilitation: Beyond breathing better” National COPD Audit Programme: pulmonary rehabilitation workstream 2013–18 (13 December 2017)  
(https://www.nacap.org.uk/nacap/welcome.nsf/vwFiles/COPD-PR-2015-Outcomes/$File/Nat+COPD+Audit\_PR+Outcomes+2015.pdf?openelement)  
- Revitt O, Sewell L, Morgan MD, Steiner M, Singh S. “Short outpatient pulmonary rehabilitation programme reduces readmission following a hospitalization for an exacerbation of chronic  
obstructive pulmonary disease”. Respirology, 2013 Oct;18(7):1063-8.  
- Griffiths et al. (2001) “Cost-effectiveness of an outpatient multi-disciplinary pulmonary rehabilitation programme” Thorax 56: 779 – 784  
- Service Specification – Pulmonary Rehabilitation Service” (2012) <https://www.gov.uk/government/publications/commissioning-toolkit-for-respiratory-services>  
- Ramos M, Lamotte M, Gerlier L, Svangren P, Cases AM, Haughney J “The cost-effectiveness of physical activity in the management of COPD patients in the UK” European Respiratory Journal (2018) 52: PA701

**Bijlage: PULMONARY REHABILITATION REFERRAL FORM**