

## **Advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen**

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Om hier een uitspraak over te kunnen doen, hanteert de commissie zogenaamde referentiewaarden voor de kosteneffectiviteit. Deze referentiewaarden moeten worden opgevat als maximale bedragen die we als samenleving per gewonnen levensjaar willen investeren in een behandeling. Gaan we daarboven zitten, dan is er sprake van verdringing. Dat betekent dat voor hetzelfde bedrag meer gezondheidswinst kan worden verkregen door het aan andere behandelingen uit te geven. Er moeten dus hele goede redenen zijn om een kosteneffectiviteit gelijk aan de referentiewaarde of zelfs meer dan de referentiewaarde te accepteren.

De commissie heeft in haar vergadering van 8 december 2023 gesproken over de vraag of langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen opgenomen dient te worden in de basisverzekering. En zo ja, of het maximaal aantal behandelingen gebaseerd kan worden op het gemiddelde aantal behandelingen van de L-EXTRA studie, de studie waarop de SWP gebaseerd is.

### **Inspraak**

Tijdens de vergadering hebben de patiëntenorganisatie ReumaNederland en de beroepsvereniging Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) gebruik gemaakt van de mogelijkheid om in te spreken. Het KNGF sprak ook namens de stichting Keurmerk fysiotherapie (SKF) en de vereniging voor oefentherapeuten (VvOCM). Hieronder een samenvatting van de inspraak namens ReumaNederland.

*Een patiënt licht toe dat zij haar leven als reumapatiënt ervaart als een fulltimebaan chronisch ziek zijn. Zij heeft ervaren dat professionele en persoonlijke begeleiding bij bewegen haar ontzettend heeft geholpen, zowel fysiek als mentaal. Ze zou graag willen dat het voor haar en alle anderen mogelijk wordt om begeleid en verantwoord te trainen. Dat betekent een vergoeding vanaf de eerste behandeling en de mogelijkheid om dit het hele jaar vol te houden. Dit leidt niet alleen tot verbetering van kwaliteit van leven voor patiënten, maar zij is ervan overtuigd dat het op termijn ook kostenbesparend is voor de maatschappij.*

Hieronder een samenvatting van de inspraak namens het KNGF/SKF/VvOCM.

*De beroepsgroepen zijn blij met de conclusie van het Zorginstituut dat de behandeling voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Zij geven aan bereid te zijn om de richtlijn aan te passen aan de resultaten van de studie en deze te implementeren, in het kader van gepast gebruik. De beroepsgroepen begrijpen dat de risico's voor de basisverzekering beperkt moeten blijven, maar voorzien problemen in het leveren van goede zorg bij maximering van het aantal behandelingen. Vanwege variërende ernst van klachten is gepersonaliseerde zorg aangewezen. Het maximeren van de zorg op het gemiddelde (39) zal voor de groep mensen die meer behandelingen nodig heeft (52%) leiden tot suboptimale zorg. De beroepsgroepen pleiten daarom voor een verhoging tot een maximum van 53 behandelingen (gemiddelde + 1 Standaarddeviatie). Dan ontvangt nog maar 16 procent suboptimale zorg. De beroepsgroepen geven aan ervan overtuigd te zijn dat zij voor die 16 procent een oplossing zullen vinden om de zorg te optimaliseren.*

De Vereniging van Reumatologie (NVR) was op verzoek van het Zorginstituut online aanwezig voor de beantwoording van vragen. Tijdens het onderzoek was er geen sprake van directe toegang tot de fysiotherapeut, enkel op voorschrift van de reumatoloog. Op de vraag of de NVR het nodig acht dat zij primaire voorschrijver blijven, geeft de NVR dat zij dit niet nodig acht.

## Advies

Het vertrekpunt van de commissie is dat:

- langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij de genoemde indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dus effectief is.
- de kosteneffectiviteit van langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie ten opzichte van gebruikelijke zorg onzeker is, maar met een ICER van 9.000 euro per QALY onder de referentiewaarde van 50.000 euro per QALY ligt (uitgegaan van een tijdshorizon van twee jaar en 39 behandelingen in het eerste jaar en 20 in het tweede jaar).
- in de L-EXTRA studie, de studie waarop de SWP gebaseerd is, het aantal behandelingen in het eerste jaar gemiddeld 39 was en in het tweede jaar gemiddeld 20. De kosten per patiënt per jaar bedroegen in het eerste jaar € 1.423 en circa € 730 per jaar in de jaren daarna.
- De totale directe kosten bedragen naar schatting maximaal € 4,4 miljoen in het eerste jaar. Vanaf het tweede behandeljaar bedragen de kosten naar schatting maximaal € 1,3 miljoen per jaar (uitgaande van 39 behandelingen in het eerste jaar en 20 jaar in het tweede jaar en 4.500 patiënten).
- de ziektelast is matig (0,41).

Tijdens de discussie zijn de volgende argumenten gewogen:

- In het onderzoek kwam naar voren dat het gemiddeld aantal behandelingen 39 was in het eerste jaar. De commissie geeft aan dat wanneer er wordt uitgegaan van maximaal 39 behandelingen in het eerste jaar, er veel mensen niet de behandeling krijgen die ze nodig hebben. Door het maximeren van het aantal behandelingen breng je iets anders in de praktijk dan dat er onderzocht is. In het studieprotocol was opgenomen dat het maximaal aantal behandelingen tijdens het eerste jaar van de studie 78 was. Er wordt door de aanwezige van het KNGF aangegeven dat dit aantal behandelingen door geen van de geïnccludeerde patiënten behaald werd. Daarnaast is er ook gesproken over het belang van de frequentie van de behandelingen, gezien het wisselende verloop van RA. Wellicht is de mogelijkheid van aanpassing aan het wisselende verloop belangrijker dan start/stop criteria.
- De commissie was het erover eens dat het gemiddelde aantal behandelingen niet het uitgangspunt zou moeten zijn. Er is gediscussieerd of uitgegaan zou moeten worden van het maximum zoals opgenomen in het onderzoeksprotocol (78 behandelingen), of zonder maximum maar met een controlerende taak voor de zorgverzekeraars (machtiging als meer behandelingen nodig zijn) of gepersonaliseerde behandeling (dus geen maximumaantal en geen controle). De commissie adviseert uiteindelijk tot het laatste, gezien de variërende ernst van klachten en het variërende behoefte niveau. De commissie acht het risico niet heel groot dat patiënten overbehandeld zullen worden, omdat de ernst van de fysieke klachten daarvoor vaak beperkend is.
- De commissie is het erover eens dat de vergoeding zou moeten gelden vanaf de eerste behandeling.
- De commissie ziet wel het risico dat oefentherapie bij een grotere groep patiënten ingezet zal gaan worden. Aanscherping van de indicatiestelling zoals voorgesteld door het Zorginstituut acht de commissie daarom van belang. Ook moet duidelijk verankerd zijn hoe de behandeling over de jaren gecontinueerd dient te worden.
- Om zicht te houden op het aantal behandelingen, en of deze in lijn blijven met de L-EXTRA studie en het aantal behandelde patiënten, wordt er gesproken over de noodzaak van het monitoren hiervan. Of dit kan op basis van declaratiedata of dat hiervoor een andere wijze van monitoring nodig is, laat de commissie over aan het Zorginstituut. Als participatie van patiënten voor deze monitor nodig is, zou de voorwaarde voor vergoeding moeten zijn dat zij hieraan deelnemen.
- De commissie vraagt zich af of elke oefentherapeut deze gepersonaliseerde behandeling kan geven of dat er scholing voor noodzakelijk is. De beroepsgroep geeft aan dat de scholing van oefentherapeuten zichtbaar kan worden gemaakt via de website. Het zal echter geen aantekening zijn in het beroepsregister.
- Tijdens het onderzoek was er geen sprake van directe toegang tot de fysiotherapeut, maar

was toegang alleen mogelijk na verwijzing door de reumatoloog. In de praktijk is er echter wel directe toegang en dan zal de indicatiestelling onder verantwoordelijkheid vallen van de fysio- of oefentherapeut.

Alles overwegend adviseert de commissie om langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen op te nemen in de basisverzekering vanaf de eerste behandeling en geen maximum te stellen aan het aantal behandelingen. De commissie ziet meer risico in een te ruime indicatiestelling dan in overbehandeling als gevolg van een te groot aantal behandelingen. Daarom adviseert de commissie om de indicatiestelling in de richtlijn aan te scherpen en om het aantal patiënten en het aantal behandelingen te monitoren. Monitoring is belangrijk om na te gaan of er conform de richtlijn wordt gewerkt en geeft de mogelijkheid om hierop te handhaven. Patiënten die deze zorg ontvangen dienen mee te werken aan deze monitor. Wanneer het aantal behandelingen of aantal patiënten in de praktijk aanmerkelijk hoger blijkt te zijn dan verwacht, dan kan de casus opnieuw aan de ACP worden voorgelegd in het kader van cyclisch pakketbeheer. Cyclisch pakketbeheer beschouwt de commissie in deze als een zeer belangrijke voorwaarde voor het niet stellen van een maximum aan het aantal behandelingen en voor het overlaten van de indicatiestelling aan de fysiotherapeut of oefentherapeut. Verder adviseert de commissie om de scholing van fysio- en oefentherapeuten kenbaar te maken via de website. Dit geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om zorg te gaan inkopen bij fysio- en oefentherapeuten die de scholing gevolgd hebben. Ook stelt de commissie voor dat patiëntenverenigingen informatie m.b.t. de scholing beschikbaar maken op hun website zodat patiënten voor een geschoolde fysio- of oefentherapeut kunnen kiezen.