

## **Q&A VRA Webinar 2: 'Organisatie van reguliere revalidatiezorg op afstand'**

*Versie 11-5-2020 (de antwoorden kunnen later nog aangevuld worden)*

De vragen die tijdens VRA webinar 2 gesteld zijn, zijn – in verband met beantwoording – aan de orde geweest tijdens de vergadering van de VRA werkgroep e-health. Zie hieronder de antwoorden vanuit deze werkgroep.

- 1. Hoe ga je om met de beperking in mogelijkheden wat betreft lichamelijk onderzoek?*  
Gebruik creativiteit om binnen de mogelijkheden te onderzoeken. Het kan waardevol zijn om iemand in de context van het eigen huis te onderzoeken. Zeker als de partner erbij is, kun je bijvoorbeeld een actief bewegingsonderzoek, zoals lopen, uitvoeren. Passief onderzoek op mobiliteit en kracht is lastiger. Grove indicatie van de grotere spiergroepen kan wel door activiteiten uit te laten voeren als kniebuigingen, herhaaldelijk opstaan uit de stoel, of de armen te heffen. Afhankelijk van de aandoening kun je sommige aspecten wellicht nu niet onderzoeken. Je kunt er dan ook voor kiezen om meer informatie op te vragen, zoals recent neurologisch onderzoek. Daar staat vaak een vrij uitgebreid onderzoek in.
- 2. Is Visitrack hetzelfde als Physitrack?*  
Ja dit is hetzelfde.
- 3. Hoeveel tijd zijn behandelaren bezig met al die modules bedenken en opnemen?*  
Dat verschilt per module. Oefeningen bedenken en opnemen kost niet zoveel tijd. Informatie-artikelen kun je ook snel koppelen aan de modules. Er zijn ook modules die in enkele dagen zijn gemaakt. Een hele behandeling online doen en aanpassen van het protocol vergt met name denkwerk met het team. Tip: kijk naar wat er al bestaat. De Hoogstraat heeft in drie maanden met Minddistrict een module ontwikkeld voor belasting en belastbaarheid, dan heb je een eerste proefversie die je kan toepassen op revalidanten.
- 4. 5. Dit ziet er heel mooi uit! Zijn deze programma's breder beschikbaar? Ik werk in een ziekenhuis niet verbonden aan een revalidatiecentrum, wij kunnen dit niet zelf ontwikkelen...*  
Telerevalidatie is ook voor ziekenhuizen beschikbaar. Er zitten hier wel licenties aan vast. De programma's zullen deels moeten worden toegepast aan de eigen behandelprogramma's van de instelling. Sommige informatie en artikelen kunnen wel worden gebruikt.
- 5. Je moet je er bewust van zijn dat je op beeld staat en dat je dus wordt bekeken. Mensen zijn gefocust op het scherm. De kennis en vaardigheden van de arts zijn voldoende. De systemen zijn zo gemaakt dat het niet moeilijk is om de info digitaal te krijgen maar dat het een andere manier van werken is. Wat betreft het zelf opzetten van e-health is het handig om binnen de organisatie een aanspreekpunt te hebben om hierbij te betrekken. Betrek hierbij ook een afvaardiging vanuit de verschillende disciplines, teams en locaties. Minddistrict biedt wel een scholing voor kennis en vaardigheden op het vlak van e-health.*
- 6. Wat is de ervaring met e-health bij patiënten met cognitieve problemen?*  
Deze vraag is tijdens de webinar behandeld.
- 7. Mooie ontwikkeling en product. Zijn de producten (allen) ontwikkeld op basis van kwaliteitsstandaarden en/of feedback gevraagd aan experts in het land, of gebaseerd op de praktijk van Revalidatie Friesland?*  
Niet alleen op de praktijk, Telerevalidatie wordt door meerdere instellingen gebruikt. Het is ontwikkeld vanuit de bestaande opzet.

8. *Wat is een veilig (en liefst vrij toegankelijk) programma voor beeldbellen?*  
Er zijn applicaties die tijdelijk door COVID-19 gratis zijn, zoals Clickdoc. Als je dit standaard wil blijven toepassen, zijn daar kosten aan verbonden.
9. *Stelt de zorgverzekeraar nog extra voorwaarden?*  
NZa heeft de regelgeving verruimd. We hebben het idee dat zorgverzekeraars minder positief zijn over de verruiming. Op zich staan ze open voor de pilot, maar wel indien er dan minder reguliere behandelingen worden uitgevoerd. Ze verwachten wel een efficiëntieslag door het gebruik van e-health. Prof. dr. Marcel Post heeft vanuit het Kenniscentrum in Utrecht onderzocht dat het eerder een andere methode is. Het is meer een verplaatsing van zorg, geen vervanging. Ook uit langer lopend onderzoek naar e-health blijkt geen efficiëncyslag, daarmee wordt het per definitie ook niet goedkoper.
10. *E-health vraagt om gedragsverandering bij de gebruiker die dat nog niet gewend is. Hoe schatten we dit in bij de post-COVID-groep. Staan die open voor gedragsverandering ten behoeve van gebruik van e health?*  
We zien deze groep hetzelfde als andere revalidanten.
11. *Hoe evalueer je de kosten van ehealth?*  
Zie vraag 9.
12. *Is er risico-inventarisatie gedaan bij huidige e health toepassingen om risico's van ongewenste effecten van e-health in kaart te brengen?*  
In de onderzoeken, genoemd bij vraag 9, wordt hiernaar gekeken. Bij het Roessingh wordt effectenonderzoek gedaan. Dit wordt daarbij meegenomen.
13. *Hoe zijn de ervaringen van de diverse sprekers wat betreft de digitale vaardigheden van huidige revalidanten en voor welk percentage e-health niet of niet goed mogelijk is?*  
Vaak is er iemand bij die kan helpen, bijvoorbeeld een kind of partner. Het zal alleen bij mensen met serieuze neurologische of cognitieve problemen niet of niet goed mogelijk zijn. We adviseren de 'Checklist digitale vaardigheden' van Pharos te gebruiken.
14. *E-health is een blijver. Waarom zouden we als revalidatiegeneeskunde niet juist als ontwikkelaar moeten optreden voor dergelijke relevante filmpjes. Informatie voor mantelzorgers na CVA, of over chronische pijn e.d. dat is zo algemeen en voor iedereen van toepassing, dat het gek is, dat wij dit niet centraal oppakken.*  
Toelichting: Juist voor de algemene dingen als psycho-educatie, belasting voor mantelzorgers. Moet je dat wel overlaten aan andere bedrijven met een abonnementsstructuur? Of is het informatie die sowieso vrij toegankelijk moet zijn? Zoals bijvoorbeeld thuisarts.nl voor de huisarts. Zou je zoiets niet moeten hebben voor de revalidatie? Deze vraag zal (nogmaals) besproken worden in de vergadering van de werkgroep e-health van de VRA
15. *Klopt het inderdaad dat video-bellen via MS-teams niet veilig is?*  
Zie voor meer informatie: <https://www.microsoft.com/nl-nl/microsoft-365/microsoft-teams/healthcare-solutions>
16. *Hoe wordt de inhoud van bijv. Minddistrict gekoppeld aan je EPD?*  
Je kunt een PDF maken vanuit Minddistrict en dan in het EPD hangen. Er zijn wel mogelijkheden om aan het EPD te koppelen maar daar zijn kosten aan verbonden.
17. *Zijn er al ervaringen over therapietrouw bij gebruik van e-health?*  
We wachten daar de literatuuronderzoeken voor af. Het lijkt de therapietrouw te stimuleren omdat je er meer zicht op hebt, je kunt beter controleren of patiënten thuis hun oefeningen doen.

*18. Zijn er ervaringen met digitale gespreksgroepen (>8 patiënten), met welk programma?*

In Revalidatie Friesland zijn de eerste ervaringen positief. De meeste instellingen zijn dit momenteel aan het ontdekken. Zodra er meer ervaring is, volgt meer nieuws.

*19. Is de zorgverzekeraar ook vroegtijdig betrokken bij e-health-ontwikkeling en- implementatie.*

Er wordt met name meegedacht over de kostenkant, d.w.z. wat ze met e-health kunnen besparen.

*20. Is het een optie om de filmpjes in de vorm van webinar/tutorials aan te bieden met een abonnementstructuur, zoals ook muzieklessen online worden aangeboden?*

Dit wordt meegenomen als punt 14 nogmaals in de vergadering van de werkgroep e-health besproken wordt.