

7. Praktijkmodel voor telediagnostiek

Het onderzoek van Salinas, Bordes Edgar, Berrios Siervo en Bender (2020) beschrijft de ontwikkeling van een praktijkmodel voor telediagnostiek via video voor kinderen van 2 tot 18 jaar met een gemiddelde leeftijd van 10 jaar. Dit gebeurde twee jaar voor de COVID-19-crisis. In een privépraktijk werd daarbij een virtuele diagnostische kliniek opgestart met de nodige technologie om communicatie tussen patiënt en hulpverlener mogelijk te maken. Patiënten konden hun informatie uploaden via een website die voldeed aan de HIPAA wetgeving, een wetgeving die enkele privacyregels omschrijft voor organisaties in de gezondheidssector, en op die manier snel inchecken op het videoplatform. Deze website zorgde ervoor dat het intake-traject efficiënter en zelfs deels geautomatiseerd kon verlopen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de geüploade gegevens, medische dossiers en op maat gemaakte formulieren die de achtergrond van de cliënt bevroegden.

Na het ontvangen van de intakegegevens kregen de ouders automatisch screeningsformulieren toegestuurd, beschikbaar in het Engels en het Spaans, gebaseerd op de leeftijd van hun kind en de problemen die ze aangaven in de intake. Hierbij werd rekening gehouden met veel voorkomende comorbiditeit. Na het voltooien van de intake werden de ouders telefonisch gecontacteerd om te bespreken hoe men thuis een optimale testruimte kan voorzien en hoe ze hun kinderen konden motiveren tijdens de testafnames. Dit deel van het gesprek duurde gemiddeld 20 tot 30 minuten. Nadien werd een kort diagnostisch gesprek gevoerd op basis van de DSM-criteria. Ook dit deel van het gesprek duurde gemiddeld 20 tot 30 minuten.

Op basis hiervan stelde de hulpverlener een voorlopig klinisch beeld op en werden de resultaten van de screenings overlopen met de ouders via screenshare. Tijdens het bespreken van de resultaten van het intake- en screeningsproces werden symptomen van problematieken meer uitgebreid met de ouders besproken. Op basis van alle gegevens werd een gepaste test uitgevoerd bij het kind. Zo werd er bij een vermoeden van ASS geopteerd voor het video-based afnemen van de Childhood Autism Rating Scale, de NEPSY-II woordvloeiendheid of de DKEFS en de verbale aspecten van de ADOS-2. Om het huidige adaptief functioneren van het kind in kaart te brengen werd de Vineland-3 Adaptive Behavior Scale Comprehensive Interview afgenomen. Hiervoor werd gebruikt gemaakt van twee computerschermen waarvan een gebruikt werd om videoconferencing met de ouder mogelijk te maken en het tweede scherm om de scoreformulieren en responscores te zien. Na dit onderzoek genereerde de app die gecreëerd werd een overzicht van resultaten en kon de hulpverlener een diagnose en behandelplan voorzien. De hulpverlener was in staat om binnen de drie dagen na het eerste contact met de ouder zonder bijkomende afspraak een diagnose te stellen bij elke patiënt. In 65,5% van de gevallen werd ook comorbiditeit opgepikt uit de screening. Wanneer er sprake was van een leerstoornis werd altijd een face-to-face opvolging gepland. Bij ASS werd enkel een face-to-face opvolging gepland indien de ouders een gebrekkig vertrouwen hadden in de virtuele diagnose (1,5%) en ook de resultaten uit de opvolging waren in overeenstemming met die uit de virtuele testing.

Door de efficiëntie in deze manier van evalueren konden wachttijden (4-6 weken) en personeelskosten sterk gedrukt worden. Het verzamelen, organiseren en inscannen van gegevens bij traditioneel

neuropsychologisch onderzoek duurt gemiddeld 5 tot 11 uur. Door dit initiatief kon de privépraktijk dit reduceren tot gemiddeld 75 tot 90 minuten. De gehele screening kon hierdoor gebeuren in één afspraak en patiënten kregen binnen drie dagen een diagnose en behandelplan, in tegenstelling tot de traditionele diagnostiek waarbij dit proces twee tot drie jaar kan duren. Hoe betrouwbaar deze diagnosestelling was ten opzichte van de traditionele aanpak werd echter niet nagegaan in deze studie.

Andere voordelen houden in dat ouders zich niet moeten verplaatsen of vrijaf nemen van werk, wat de financiële last ook voor hen verlaagd. Telediagnostiek maakt het daarnaast ook mogelijk om geografisch afgelegen doelgroepen te bereiken en linguïstisch divers te werk te gaan. Hoewel telediagnostiek veel voordelen biedt en men niet noodzakelijk moet inboeten aan kwaliteit zijn er toch beperkingen aan gekoppeld. Er zijn namelijk nog steeds patiënten die beperkte toegang hebben tot de nodige technologie die noodzakelijk is voor telediagnostiek en daarnaast zijn er ook patiënten die een face-to-face en uitgebreide evaluatie prefereren. Voor deze doelgroepen zal de traditionele diagnostiek de aangewezen aanpak blijven. Men kan echter wel de wachtlijsten voor deze patiënten beperken door gebruik te maken van telediagnostiek waar mogelijk en bij patiënten die hiervoor open staan. Dit is een belangrijk en relevant voordeel ook in het kader van de hulpvraag van het COS want ook zij kampen met steeds oplopende wachtlijsten.

(Bron: bachelorproef 'Aanbevelingen rond telediagnostiek voor cognitieve niveaubepaling bij kinderen van 0 tot 7 jaar in het COS Leuven' (2020 – 2021) – Eva Van Assche)