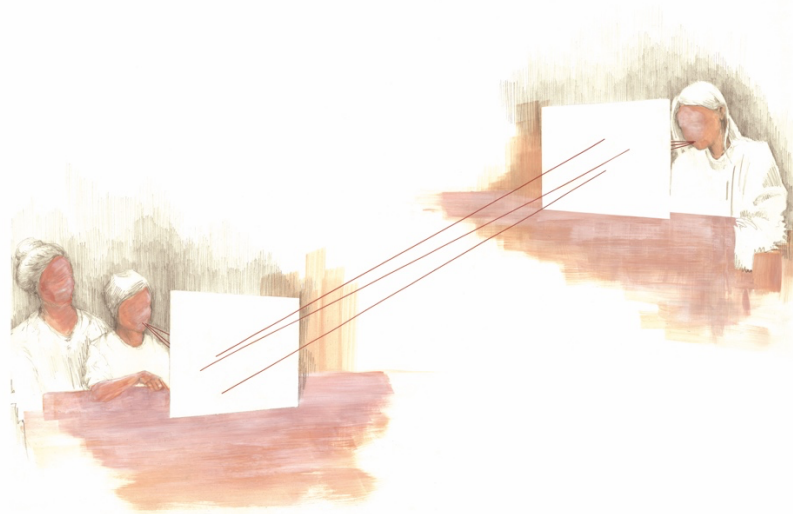


Richtlijn: Telepraktijk voor logopedie en audiologie bij kinderen ≤ 12 jaar

(2023)

Van Eerdenbrugh, S., D'haenens, W., Leysen, H., Leclercq, A.-L., Vanden Bempt, F., Bouckaert, L., & Vanderauwera, J.

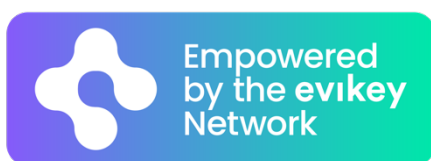
Versie gevalideerd op 10/10/2023



Inbreng van de patiënt (cliënt) en afweging door de zorgverlener (logopedist of audioloog)

Richtlijnen voor goede klinische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en bieden een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de gezondheidszorg. Zij vatten voor de zorgverlener samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de zorgverlener de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat de zorgverlener en de patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Deze richtlijn werd ontwikkeld binnen het Evikey netwerk met de financiële steun van de FOD Volksgezondheid. www.evikey.be.



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

Gebruik bij het citeren van deze richtlijn de volgende referentie:

Van Eerdenbrugh, S., D'haenens, W., Leysen, H., Leclercq, A.-L., Vanden Bempt, F., Bouckaert, L., & Vanderauwera, J. (2023). Richtlijn : Telepraktijk voor logopedie en audiologie bij kinderen ≤ 12 jaar. Een samenwerking tussen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en het Evikey netwerk, UCLouvain, ULiège, Artevelde Hogeschool en Thomas More.

De ontwikkeling van de richtlijn werd gerealiseerd door een richtlijnwerkgroep bestaande uit:

- Richtlijncoördinator: dr. Sabine Van Eerdenbrugh (Thomas More), logopedist-audioloog
- Methodologische expert 1: Prof. dr. Jolijn Vanderauwera (UCLouvain), logopedist-audioloog
- Methodologische expert 2: dr. Sabine Van Eerdenbrugh (Thomas More), logopedist-audioloog
- Methodologische expert 3: Leen Bouckaert (Artevelde Hogeschool), ergotherapeut
- Documentalist 1: dr. Heleen Leysen (Thomas More), logopedist
- Documentalist 2: dr. Femke Vanden Bempt (UCLouvain), logopedist
- Inhoudsexpert logopedie: Prof. dr. Anne-Lise Leclercq (ULiège), logopedist
- Inhoudsexpert audiologie: dr. Wendy D'haenens (Thomas More), audioloog



Om de kwaliteit tijdens het proces en een brede ondersteuning van het klinische veld te garanderen, werden 14 **stakeholders** bij het proces betrokken. Voor de samenstelling van deze groep werd gezocht naar een evenwicht tussen Nederlandstalige en Franstalige stakeholders. Deze groep bestond uit mensen met verschillende perspectieven op het onderwerp van deze richtlijn, waaronder logopedisten, audiologen, een kinderarts, een leerkracht, een CLB-medewerker, en ouders en kinderen die telepraktijk kregen.

Een groep van vijf **experten** was betrokken om de beslissingen van de richtlijnwerkgroep en stakeholders te beoordelen, het methodologische protocol te beoordelen en de stap van bewijs naar aanbeveling (inclusief de mate van zekerheid) te evalueren. Deze experts bezitten inhoudelijke onderzoekskennis en expertise die relevant is voor het onderwerp of voor de ontwikkeling van klinische richtlijnen.

- dr. Tom Van Daele, onderzoeker bij Thomas More (E-Health), psycholoog
- dr. Kurt Eggers, onderzoeker bij Thomas More en UGent, logopedist
- Prof. dr. Nicolas Verhaert, NKO-specialist, KU Leuven/UZ Leuven
- Nancy Durieux, methodologisch expert EBP, ULiège
- Sofie De Smet, arts bij Kind & Gezin

Tijdens de duur van het project werd dit consortium bijgestaan door externe deskundigen als onderdeel van een **adviesraad**. Deze raad bestond uit leden van verschillende organisaties, zoals hieronder vermeld:

- FOD volksgezondheid
- RIZIV/INAMI
- Evikey Network
- Cebam – Cel Evaluatie
- EBPracticenet – Cel Implementatie
- KCE – Cel Priorisering
- WOREL
- VVL
- UPLF

Dankwoord

We willen Séraphine Colmant en Lèna Pavone bedanken voor hun bijdrage aan de literatuurselectie. Een speciaal woord van dank gaat uit naar Trudy Bekkering, die ons advies gaf over het verwerken van de systematische reviews. Dank ook aan Estelle Davister voor de Franse vertaling.

Inhoudsopgave

Deel I: Kort overzicht	1
<i>Transparant taalgebruik</i>	<i>1</i>
<i>Aanbevelingslabels</i>	<i>1</i>
<i>Praktisch advies</i>	<i>1</i>
<i>Overzicht</i>	<i>2</i>
Deel II: Achtergrond	5
<i>Definitie van telepraktijk.....</i>	<i>5</i>
<i>Telepraktijk in de Belgische zorgcontext.....</i>	<i>5</i>
<i>Doel van de richtlijn</i>	<i>6</i>
<i>Acties voor beleidsmakers</i>	<i>7</i>
<i>De klinische vragen</i>	<i>7</i>
<i>Doelgroep</i>	<i>8</i>
<i>Gebruikers van de richtlijn</i>	<i>8</i>
<i>Richtlijnontwikkeling.....</i>	<i>8</i>

Deel I: Kort overzicht

Transparant taalgebruik

Transparantie is essentieel om de aanbevelingen van deze richtlijn goed te begrijpen. Het is daarom noodzakelijk om veelgebruikte termen in deze richtlijn te verduidelijken:

- Traditionele interventie verwijst naar de gebruikelijke manier waarop diagnostiek of behandeling wordt georganiseerd in de klinische praktijk, op school, in een ziekenhuis of in een andere setting met het kind, de ouder en therapeut.
- Telepraktijk verwijst naar het gebruik van software of applicaties in de logopedie of audiologie om therapeut en cliënt tegelijkertijd met elkaar te verbinden, zoals videoconferentie.
- Als de bevindingen alleen van toepassing zijn op de diagnostiek, alleen op de behandeling of alleen op de oudertraining, worden de termen telediagnostiek, telebehandeling of teletraining gebruikt.
- 'Cliënt' wordt gebruikt voor zowel cliënt als voor patiënt.
- 'Therapeut' wordt gebruikt voor logopedist en audioloog.
- 'Ouder' wordt gebruikt voor ouder, verzorger, voogd of degene die voor het kind zorgt.

Aanbevelingslabels

Gedetailleerde informatie over het GRADE-systeem en de kwaliteit (letter A, B, C of D) en sterkte (label 1 of 2) van de aanbevelingen wordt gegeven in het methodologische rapport van deze richtlijn.

Waarde	Betekenis	Waarde	Betekenis
1A	Sterke aanbeveling; Hoog niveau van bewijs	2A	Zwakke aanbeveling; Hoog niveau van bewijs
1B	Sterke aanbeveling; Matig niveau van bewijs	2B	Zwakke aanbeveling; Matig niveau van bewijs
1C	Sterke aanbeveling; Zwak niveau van bewijs	2C	Zwakke aanbeveling; Zwak niveau van bewijs
1D	Sterke aanbeveling; Bewijs gebaseerd op consensus (Good Practice Point)	2D	Zwakke aanbeveling; Bewijs gebaseerd op consensus (Good Practice Point)

De studies gebruikt voor de aanbevelingen vergelijken uitkomsten in een telediagnostiek- of telebehandelsetting met uitkomsten in een traditionele diagnostiek- of behandelsetting. Het ondersteunend bewijs is direct bewijs. Direct bewijs verwijst naar wetenschappelijk bewijs dat is gevonden voor de beoogde uitkomst en populatie.

Het bewijs dat de Good Practice Points (GPP's) ondersteunt, is meestal indirect. Indirect bewijs verwijst naar bewijs uit andere bronnen dan wetenschappelijk bewijs of uit ander wetenschappelijk bewijs dan dat voor de beoogde uitkomst en populatie (bv. input van stakeholders of uit literatuur voor een vergelijkbare aandoening).

Praktisch advies

We hebben de aanbevelingen opgesomd met een duidelijke link naar het bewijsmateriaal en we hebben de haalbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische gezondheidszorgcontext overwogen op basis van de inbreng van collega's. Therapeuten moeten voor zichzelf uitmaken of een aanbeveling kan worden geïmplementeerd in hun eigen klinische context, en of telepraktijk beter past bij een bepaald kind en gezin dat ze zien. Een eerste ontmoeting met een kind en ouder(s) kan bijvoorbeeld beter in real-life plaatsvinden.

Overzicht

Telediagnostiek: Kan telepraktijk worden voorgesteld als een nauwkeurig alternatief voor diagnostiek?

1. Gebruik telepraktijk als het volgens jou veilig en haalbaar is. **(GPP)**
2. Als telediagnostiek de naleving en interactie kan vergroten, stel het voor als nauwkeurig alternatief voor traditionele diagnostiek van
 - (borst)voeding en slikken bij kinderen (1 maand-7 jaar). **(1B)**
 - fitting van cochleaire implantaten bij kinderen (2-12 jaar). **(1C)**
 - gehoorscreening met auditieve hersenstamrespons of otoakoestische emissies bij pasgeboren baby's (0-45 dagen). **(2B)**
 - gehoorscreening met zuivere toonaudiometrie of otoakoestische emissies bij kinderen (5-9 jaar). **(2B)**
 - taaldiagnostiek bij kinderen (5-12 jaar), ook kinderen met autismespectrumstoornissen. **(2B)**
 - lees- en spellingdiagnostiek bij kinderen (6-12 jaar), ook kinderen met Attention Deficit Hyperactive Disorder. **(2B)**
 - spraakklanken bij kinderen (4-9 jaar), maar alleen als het kind verstaanbaar is en de mond nauwkeurig kan worden waargenomen. **(GPP)**

Het is aannemelijk dat aangrenzende stoornissen, zoals dyscalculie, die niet in deze richtlijn worden behandeld, ook met een vergelijkbare aanpak kunnen worden aangepakt.

Vergelijkende studies tussen telediagnostiek en traditionele diagnostiek geven in de meeste gevallen vergelijkbare resultaten aan.

Telebehandeling: Kan telepraktijk worden voorgesteld als een effectief alternatief voor behandeling?

3. Als teletraining de naleving, interactie en therapietrouw kan vergroten, stel het voor als effectief alternatief om
 - ouders op te leiden of te trainen in de behandeling van kinderen (0-12 jaar). **(1A)**

Er is bewijs beschikbaar voor het omgaan met hoortoestellen, voorlichting over gehoorproblemen, training in de behandeling van taalstoornissen, communicatie bij autismespectrumstoornissen en andere ontwikkelingsstoornissen, stotteren en spraakklankstoornissen.

Zwak bewijs toont aan dat de duur van de behandeling korter of gelijk is dan bij traditionele oudertraining of training in de behandeling van hun kind. Er is bewijs beschikbaar voor het beheer van hoortoestellen, voorlichting over gehoorproblemen en training in de behandeling van stotteren.

Matig bewijs toont aan dat de therapietrouw gelijk of beter is dan bij traditionele oudertraining of training in de behandeling van hun kind. Er is bewijs beschikbaar voor het beheer van hoortoestellen, voorlichting over gehoorproblemen en communicatietraining bij autismespectrumstoornissen en andere ontwikkelingsstoornissen.

- kinderen (4-12 jaar) te behandelen. **(2A)**

Er is bewijs beschikbaar voor de behandeling van taal-, lees- en spraakklankstoornissen.

Vergelijkende onderzoeken tussen teletraining en traditionele training voor ouders geven in alle studies vergelijkbare resultaten. Vergelijkende onderzoeken tussen telebehandeling en traditionele behandeling voor kinderen geven gemengde resultaten.

Telebehandeling: Hoe zorg je voor een goede therapietrouw?

4. Combineer of voeg telepraktijk toe aan traditionele interventie, rekening houdend met de voorkeur van de ouders, kinderen en jou als therapeut. **(GPP)**
5. Stel telepraktijk voor als dit beter past bij een kind en gezin. **(GPP)**

Zwak bewijs toont aan dat ouders actiever betrokken zijn tijdens telepraktijksessies, waardoor de therapietrouw toeneemt. Er zijn ook aanwijzingen dat oudere kinderen zelfstandiger worden en meer ervaring krijgen met technische apparatuur, wat de therapietrouw kan vergroten. Tot slot is er zwak bewijs dat suggereert dat de kwaliteit van leven hetzelfde is bij ouders die voorgelicht of getraind zijn door middel van telepraktijk als bij ouders die op de traditionele manier voorgelicht of getraind zijn. Bewijs voor dit laatste is beschikbaar voor training in de behandeling van communicatie bij autismespectrumstoornissen en andere ontwikkelingsstoornissen.

Telepraktijk: Hoe zorg je voor een goede interactie tussen kind, ouder en therapeut tijdens telepraktijk ?

6. Evalueer de kwaliteit van de relatie en interactie met het kind in telepraktijk, niet enkel door observatie maar ook door kind- en ouderbevraging. **(GPP)**
7. Zorg dat er een ouder beschikbaar is om het kind te helpen en met jou te communiceren. **(GPP)**
8. Gebruik telepraktijk niet voor interventies die actieve participatie vereisen van:
 - kinderen met ernstige lichamelijke beperkingen, omdat zij moeite hebben met het gebruik van technologie. **(GPP)**
 - kinderen met ernstige communicatieproblemen, als zij moeite hebben met communiceren via een scherm. **(GPP)**
9. Evalueer de motivatie en tevredenheid van het kind, de ouders en jezelf over het inzetten van telepraktijk na elke telesessie. **(GPP)**

Zwak bewijs toont aan dat therapeuten, gezinnen en andere betrokkenen aanvankelijk twijfelachtig kunnen zijn als ze met telepraktijk beginnen. Meestal raakt iedereen erg gemotiveerd om deze manier van hulpverlening te gebruiken.

Deel II: Achtergrond

Definitie van telepraktijk

Telepraktijk is "de toepassing van telecommunicatietechnologie om professionele diensten op het gebied van logopedie en audiologie op afstand te leveren door therapeuten met cliënten of therapeuten met therapeuten te verbinden voor diagnostiek, behandeling en/of consultatie" (ASHA, 2020, §1). De American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) geeft aan dat de term telepraktijk de voorkeur heeft boven de termen telegeneeskunde of telegezondheidszorg, omdat deze laatste beperkt zijn tot specifieke zorgomgevingen. Andere termen zijn telerevalidatie, teleaudiologie, telelogopedie of spraakteletherapie.

De verschillende soorten telepraktijk kunnen als volgt worden beschreven (ASHA, §6):

- Synchronische (cliëntinteractieve) diensten worden uitgevoerd met interactieve audio- en videoverbinding in realtime om een persoonlijke ervaring te creëren die vergelijkbaar is met een traditionele interactie. Synchronische diensten kunnen een cliënt of een groep cliënten verbinden met een therapeut, of ze kunnen overleg omvatten tussen een therapeut en een specialist.
- Asynchrone telepraktijk (opslaan en doorsturen) houdt in dat beelden of gegevens worden vastgelegd en doorgestuurd die een therapeut bekijkt of interpreteert. Voorbeelden zijn het verzenden van spraakfragmenten, audiologische testresultaten of resultaten van onafhankelijke cliëntoefeningen.
- Hybride toepassingen van telepraktijk zijn combinaties van synchronische, asynchrone en/of diensten in real-life.

Deze richtlijn beperkt zich tot **synchronische en hybride dienstverlening**. Asynchrone diensten vallen buiten het bereik van deze richtlijn.

Telepraktijk in de Belgische zorgcontext

Vóór de COVID-19 pandemie werd telepraktijk voornamelijk ingezet in grote landen zoals de Verenigde Staten van Amerika, Canada en Australië, om afstanden te overbruggen tussen de therapeut en cliënten in afgelegen gebieden. COVID-19 dwong professionals in de hele wereld om telepraktijk te leveren om de continuïteit van de zorg te garanderen.

In 2020 werden logopedisten en audiologen plots gedwongen om telepraktijk te leveren aan hun cliënten als gevolg van de lockdown. De Belgische overheid keurde op 14/03/2020 de terugbetaling goed van telepraktijk voor lopende behandelingen in logopedie voor de hele COVID-19-crisis onder dezelfde voorwaarden als traditionele behandelingen. Aanvankelijk werd telediagnostiek niet terugbetaald. Nu wordt ook telediagnostiek vergoed. Voor terugbetaling wordt de therapeut in een privépraktijk gevraagd om de pseudocode 792433 toe te voegen aan de code van de diagnostische interventie of behandeling die hij/zij uitvoert (RIZIV/INAMI, 14/04/2022). De terugbetaling van telepraktijk werd verlengd na de COVID-19-crisis en is nog steeds van toepassing (RIZIV/INAMI, 14/04/2022), vermoedelijk door de belangrijke voordelen en mogelijkheden van telepraktijk. Telepraktijk voor ambulante revalidatie wordt ook vergoed. Therapeuten gebruiken aparte codes voor telepraktijk in deze context (Agentschap Zorg & Gezondheid, Omzendbrief 28/06/2022).

De plotse noodzaak om over te schakelen van traditionele zorg in real-life naar telepraktijk voor de meeste cliënten was een uitdaging voor vele therapeuten binnen de logopedie en audiologie. Belgische therapeuten leken onvoldoende voorbereid om telepraktijk in te zetten. Het lijkt er echter op dat deze therapeuten zich snel hebben aangepast aan het leveren van zorg via telepraktijk. Ongeveer de helft (47,5%) van de therapeuten leverde onmiddellijk na de lockdown een behandeling via videoconferentie, tegenover 87,6% zes weken later (Mostaert et al., 2021). Steeds meer therapeuten hervatten de behandeling tijdens de lockdown en deden dit via telepraktijk.

Zodra contact in real-life voor de therapeuten weer werd toegestaan onder bepaalde voorwaarden, leken ze terug te schakelen naar traditionele dienstverlening (Boey & Lefevre, 2021) ondanks de strikte voorwaarden zoals

het dragen van een mondkap, het gebruik van een beschermingsscherm in contact met de cliënt en het gebruik van desinfecterende producten voor handen, tafel, middelen en voor alles wat werd aangeraakt tijdens de sessie. De plotselinge terugbetaling van telepraktijk voor logopedie tijdens COVID-19 kan mogelijk de indruk hebben gewekt dat dit slechts een tijdelijke maatregel was. Deze interpretatie kan van invloed zijn geweest op de beslissing om terug te keren naar traditionele dienstverlening. Aan de andere kant kan deze keuze zijn beïnvloed door het gebrek aan kennis bij de therapeuten over hoe bepaalde obstakels te overwinnen om telepraktijk succesvol te implementeren (Van Eerdenbrugh et al., 2022).

Telepraktijk werd aanvankelijk vooral onderzocht als een mogelijke dienstverleningsmodel in landen met grote afstanden tussen cliënt en therapeut. Momenteel echter implementeren ook dichtbevolkte landen telepraktijk als alternatief voor de traditionele dienstverlening. Dit is een ontwikkeling als gevolg van de COVID-19 pandemie. In een recente scoping review werd bijvoorbeeld beweerd dat telepraktijk voor het leveren van zorg door therapeuten nu geaccepteerd is in de logopedie en audiologie als een nieuwe zorgverleningsmodel met meerdere voor- en nadelen (Gugliani et al., 2023).

Teletherapie kan uitsluitend als telepraktijk worden ingezet, of in een hybride vorm. Dat wil zeggen, telebehandeling gecombineerd met traditionele behandeling in real-life. Telepraktijk lijkt optimaal voor oudertraining. De implementatie van telepraktijk wordt ondersteund door gezinnen die melden dat telepraktijk makkelijker in te plannen is, waardoor transportkosten en tijd bespaard worden (e.g., Grant et al., 2022; Jacups & Kinchin, 2021; Law et al., 2021; McCarthy et al., 2019; McGill et al., 2019; Molini-Avejonas et al., 2015). Gugliani et al. (2023) vatten het samen als een dienstverleningsmodel met als kenmerken: laagdrempelige zorg, verhoogd comfort, verhoogd gemak, verlaagde kosten en hogere confidentialiteit. Aan de andere kant kunnen technologische problemen gepaard gaan met het inzetten van telepraktijk (bijvoorbeeld een onstabiele internetverbinding of geluidsvertraging die de verstaanbaarheid beïnvloedt), kan bijkomende technische apparatuur nodig zijn en zijn therapeuten vaak bezorgd over de interactie met het kind als het kind niet bij hen is.

In sommige omstandigheden kan telepraktijk een efficiënte en haalbare manier zijn om spraak-, taal-, slik- en gehoordiensten te verlenen (diagnostiek, oudertraining of behandeling met het kind). Therapeuten kunnen baat hebben bij duidelijke richtlijnen voor de beslissing aan wie en wanneer telepraktijk kan worden aangeboden als een effectief alternatief voor traditionele dienstverlening.

Doel van de richtlijn

Het belangrijkste doel van deze richtlijn is om logopedisten en audiologen te helpen beslissen voor wie en wanneer ze telepraktijk kunnen aanbieden als een haalbaar alternatief voor traditionele dienstverlening, en om hen te helpen bij de implementatie ervan.

In deze richtlijn staan de aanbevelingen en Good Practice Points (GPP) over wanneer en hoe telepraktijk (niet) op een nauwkeurige en efficiënte manier te implementeren. Een beslisboom kan therapeuten helpen beslissen of telepraktijk een aanbevelenswaardig alternatief is voor traditionele dienstverlening voor een kind en zijn/haar familie. De aanbevelingen met een cijfer zijn gebaseerd op direct bewijs uit de literatuur; de aanbevelingen die Good Practice Points zijn, zijn gebaseerd op indirecte bevindingen uit de literatuur en op input van de stakeholders, of zwak direct bewijs.

Van therapeuten wordt verwacht dat ze de noodzakelijke en specifieke vaardigheden hebben verworven voor de diagnostiek en het behandelen op de traditionele manier voordat ze telepraktijk kunnen inzetten. Therapeuten zullen in deze richtlijn geen specifieke instructies vinden over hoe een diagnostische interventie uit te voeren of een specifieke behandeling te geven, over hoeveel sessies een bepaalde behandeling vereist, of over praktische hulpmiddelen zoals instructievideo's over softwareplatforms. Het was niet haalbaar om dit in deze richtlijn te ontwikkelen. Praktische hulpmiddelen zullen worden ontwikkeld in een volgend implementatieonderzoek en beschikbaar worden gesteld op <https://thomasmore.be/nl/telegopedie-teleaudiologie>. Technologische hulpmiddelen en digitale testen en behandelingstoepassingen zijn niet opgenomen in deze richtlijn om dezelfde

reden als waarom ze niet zijn opgenomen in andere richtlijnen over telepraktijk (bijv. Audiology Australia, 2022): deze veranderen zo snel dat voorbeelden te snel verouderd zouden zijn.

Acties voor beleidsmakers

Tijdens dit ontwikkelingsproces verzamelden we informatie over de barrières voor het inzetten van telepraktijk. In het methodologisch rapport van deze richtlijn worden hierover details gegeven.

Belgische beleidsmakers kunnen belangrijke barrières aanpakken door:

- Het verduidelijken van de terugbetalingsregels voor telepraktijk binnen logopedie. Op dit moment denken veel therapeuten dat enkel teletherapie wordt terugbetaald, en niet telediagnostiek. Het RIZIV vergoedt momenteel echter beide.
- Het toepassen van gelijkaardige terugbetalingsregels voor audiologen. Op dit moment is er geen terugbetaling voor teleaudiologie, enkel als het wordt voorgesteld in ambulante diensten door een audioloog-logopedist.
- Het geven van advies of het aanbevelen van veilige en flexibele klinische videoconferentieplatforms waar therapeut en familie zich veilig voelen om persoonlijke informatie te delen.

Deze acties zullen een betere toegang tot en kwaliteit van zorg garanderen voor alle Belgen.

De klinische vragen

De **centrale vraag** van deze richtlijn is: Hoe kan telepraktijk efficiënt en optimaal geïmplementeerd worden bij kinderen ≤12 jaar?

Populatie (Po): Kinderen tot en met 12 jaar

Interventie (I): Telepraktijk. Deze richtlijn beperkt zich tot synchrone en hybride dienstverlening die synchrone en diensten in real-life combineren. Synchrone telepraktijk verwijst voornamelijk naar het gebruik van videoconferentietoepassingen (webcam), maar omvat ook het gebruik van telefoon.

Professionals (Pr): Logopedisten of audiologen

Outcome (O): Efficiëntie van telepraktijk en praktische uitvoering (cliënten)

Zorgsetting (Health care setting, H): Privépraktijken, scholen, revalidatiecentra en ziekenhuissettings voor ambulante zorg (niet: intramurale settings voor gehospitaliseerde patiënten)

De centrale klinische vraag werd onderverdeeld in **vier subvragen**:

Deelvraag 1: Kan telepraktijk worden voorgesteld als een nauwkeurig alternatief voor diagnostiek?

Deelvraag 2.1: Kan telepraktijk worden voorgesteld als een effectief alternatief voor behandeling?

Deelvraag 2.2: Hoe kan een goede therapietrouw worden bereikt?

Bij deze klinische vragen wordt aangegeven voor welke populaties (kinderen en ouders/gezinnen en stoornis) telepraktijk geschikt is.

Deelvraag 3: Hoe kom je tot een goede interactie tussen kind, ouder en therapeut tijdens telepraktijk?

Doelgroep

De doelgroep zijn **kinderen tot en met 12 jaar met spraak-, taal-, slik- of gehoorstoornissen en hun ouders**. Hieronder volgt een niet-limitatieve lijst van stoornissen.

Spraakstoornissen omvatten stemstoornissen, stotteren, oromyofunctionele stoornissen en spraakklankstoornissen (bv. fonetische stoornissen), mogelijk maar niet noodzakelijk als gevolg van fysieke problemen zoals schisis; dyspraxie, dysartrie, spraakapaxie, ...

Taalstoornissen omvatten taalontwikkelingsstoornissen, leerstoornissen waaronder dyslexie en dyscalculie, fonologische stoornissen, centrale auditieve verwerkingsstoornissen; mogelijk maar niet noodzakelijk als comorbiditeit van Attention Deficit Hyperactivity Disorder, autismespectrumstoornissen, Syndroom van Down, ...

Slikstoornissen omvatten borstvoedingsstoornissen en andere slikstoornissen.

Gehoorstoornissen omvatten neurosensorisch, geleidings- en gemengd gehoorverlies, tinnitus en auditieve neuropathiespectrumstoornis.

Gebruikers van de richtlijn

Deze richtlijn is vooral bedoeld voor **logopedisten en audiologen** die kinderen ≤ 12 jaar diagnosticeren en behandelen voor hun logopedische of audiologische stoornis. Andere zorgprofessionals zoals ergotherapeuten, psychologen, kinesisten, leerkrachten en ouders kunnen ook nuttige informatie vinden in deze richtlijn. De richtlijn helpt professionals te begrijpen hoe telepraktijk kan worden ingezet als een aanbevelenswaardig alternatief voor efficiënte en optimale logopedische of audiologische dienstverlening in de dagelijkse praktijk bij kinderen ≤ 12 jaar.

Telepraktijk mag niet beperkt blijven tot situaties waarin het de enige oplossing is om de continuïteit van de zorg te garanderen, bijvoorbeeld wanneer ouders niet in staat zijn om de logopedist of audioloog te bezoeken of wanneer een kind chronisch ziek is. Telepraktijk moet worden beschouwd als een **alternatief voor traditionele zorg** als de kans groot is dat het erg **geschikt** is bij een kind, een gezin en de therapeut of als gezinnen een voorkeur hebben voor telepraktijk.

Richtlijnontwikkeling

Deze richtlijn is ontwikkeld volgens de **de novo procedure**. Dat wil zeggen dat systematische reviews en individuele studies ten grondslag liggen aan de aanbevelingen. De keuze voor een *de novo* procedure is gemaakt omdat een richtlijn over telepraktijk voor kinderen nog niet bestond ten tijde van de ontwikkeling (WOREL, 2021).

We volgden de vereisten zoals beschreven in de PRISMA-checklist (Equator Network, 2020) voor het **literatuurzoekproces**. De studies werden beoordeeld door twee onafhankelijke onderzoekers met behulp van de JBI appraisal tools (n.d.). Het bepalen van de kwaliteit van het bewijs en het toekennen van de sterkte van de aanbevelingen gebeurde volgens de GRADE methodologie (BMJ Best Practice, n.d.). Een groep stakeholders ondersteunde de richtlijnwerkgroep bij dit proces.

De **aanbevelingen** zijn geformuleerd door de richtlijnwerkgroep en goedgekeurd door de stakeholders. Meer specifieke details over het methodologische proces worden verder in deze richtlijn beschreven.

Een groep stakeholders werd betrokken om te bespreken hoe telediagnostiek en telebehandeling kunnen worden ingezet in de Belgische gezondheidszorg binnen de huidige terugbetalingsregeling. Onder hen twee kinderen van 9 en 10 jaar, en ouders van jonge kinderen. Jongere kinderen zijn niet in staat om vragen over dit onderwerp betrouwbaar te beantwoorden. Daarom hebben we hen niet rechtstreeks opgenomen in de groep van stakeholders. De ouders vroegen naar de inbreng van hun kind en koppelden dit terug naar de richtlijnwerkgroep. De praktische expertise van de stakeholders is samengevat na de literatuursamenvatting van elke aanbeveling.

In het methodologisch rapport wordt ook elke aanbeveling, het onderliggende **bewijsmateriaal** en de **implementatie** ervan besproken. De implementatie van de aanbevelingen omvat de voordelen, uitdagingen, haalbaarheid, voorkeuren van therapeuten en cliënten en economische overwegingen, en is gebaseerd op de input van de stakeholders en bevindingen uit de literatuur. Het bewijsmateriaal wordt gegeven in literatuuroverzichten voor elke afzonderlijke studie. Dit is zo gebeurd om interpretatie te vermijden en een directe link met de bevindingen van het onderliggende bewijsmateriaal te garanderen. Een korte synthese van de literatuur werd ook toegevoegd.