

Rehabilitation centres ENT/PSY: target groups, scientific evidence and care organisation - Supplement

KCE reports 97S

The Belgian Health Care Knowledge Centre

Introduction :

The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) is an organization of public interest, created on the 24th of December 2002 under the supervision of the Minister of Public Health and Social Affairs. KCE is in charge of conducting studies that support the political decision making on health care and health insurance.

Administrative Council

Actual Members :

Gillet Pierre (President), Cuypers Dirk (Deputy President), Avontroodt Yolande, De Cock Jo (Deputy President), Demeyere Frank, De Ridder Henri, Gillet Jean-Bernard, Godin Jean-Noël, Goyens Floris, Maes Jef, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Perl François, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Vererbruggen Patrick, Vermeyen Karel.

Substitute Members :

Annemans Lieven, Bertels Jan, Collin Benoît, Cuypers Rita, Decoster Christiaan, Dercq Jean-Paul, Désir Daniel, Laasman Jean-Marc, Lemye Roland, Morel Amanda, Palsterman Paul, Ponce Annick, Remacle Anne, Schrooten Renaat, Vanderstappen Anne.

Government commissioner : Roger Yves

Management

Chief Executive Officer a.i. : Jean-Pierre Closon

Deputy Managing Director a.i. : Gert Peeters

Information

Federal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg - Centre fédéral d'expertise des soins de santé – Belgian Health Care Knowledge Centre.

Centre Administratif Botanique, Doorbuilding (10th floor)

Boulevard du Jardin Botanique 55

B-1000 Brussels

Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kce.fgov.be

Web : <http://www.kce.fgov.be>

**Rehabilitation centres
ENT/PSY: target groups,
scientific evidence and care
organisation - Supplement**

KCE reports 97S

JAN SCHEIRIS, STEFANIE PIETERS, KAREN DE BLOCK, DIANA DE GRAEVE,
MARIJKE EYSEN, SOFIE VAN ERDEGHEM, DIRK DEBOUTTE,
HERBERT ROEYERS

KCE reports 97S

Title :	Rehabilitation centres ENT/PSY: target groups, scientific evidence and care organisation - Supplement
Authors :	Jan Scheiris (Advising Committee for scientific research Sig), Stefanie Pieters (University of Ghent), Karen De Block (University of Ghent), Diana De Graeve (University of Antwerp), Marijke Eyssen (KCE), Sofie Van Erdeghem (University of Ghent), Dirk Deboutte (University of Antwerp and Ghent) en Herbert Roeyers (University of Ghent).
Reviewers :	Nancy Thiry (KCE), Gert Peeters (KCE).
External experts :	Naïma Deggouj (University hospitals Louvain-la-Neuve UCL), Paul De Cock (University hospitals Leuven KUL); Marc Thomas (Centres de réadaptation fonctionnelle Visé), Hans Hellemans (Hospital network Antwerp), Catherine Wetzburger (University hospitals Erasmus ULB), Lieven Neirynck (RIZIV/INAMI), Joel Boydens (Christian Sickness Funds), Marina Danckaerts (University hospitals Leuven KUL), Greetje Desnerck (College of higher education West-Flanders)
External validators :	Vincent Ramaekers (Centre de référence autisme (CRAL), Université de Liège); Lieven Lagae (University hospitals Leuven KUL); Daphne Keen (St George's Hospital, London, UK).
Conflict of interest :	Jan Scheiris is affiliated to the Federation of centres for ambulatory rehabilitation, to the “Vlaams welzijnsverbond” (VWW, Comité voor revalidatie), to the Advising Committee for scientific research Sig; and he works at several ENT/PSY centres. Marijke Eyssen works at an ENT/PSY centre. Herbert Roeyers is affiliated to the expert committee of the Advising Committee for scientific research Sig. Naïma Deggouj works at an ENT/PSY centre. Marc Thomas is affiliated to the Federation of centres for ambulatory rehabilitation; and he works at several ENT/PSY centres organized by the “Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS)”. Marina Danckaerts is affiliated to the expert committee of the Advising Committee for scientific research Sig.
Disclaimer :	The external experts collaborated on the scientific report that was subsequently submitted to the validators. The validation of the report results from a consensus or a voting process between the validators. Only the KCE is responsible for errors or omissions that could persist. The policy recommendations are also under the full responsibility of the KCE.
Layout :	Ine Verhulst
Brussels, 14 May 2009 (2nd print; 1st print: 07 January 2009)	
Study nr 2007-03	
Domain : Good Clinical Practice (GCP)	
MeSH : Rehabilitation ; Mental Disorders Diagnosed in Childhood ; Hearing Disorders ; Organizational Case Studies ; Evidence-Based Medicine	
NLM classification : WS 368	
Language : English	
Format : Adobe® PDF™ (A4)	
Legal depot : D/2008/10.273/87	
Any partial reproduction of this document is allowed if the source is indicated. This document is available on the website of the Belgian Health Care Knowledge Centre.	
How to refer to this document?	
Scheiris J, Pieters S, De Block K, De Graeve D, Eyssen M, Van Erdeghem S, Deboutte D, Roeyers H; Rehabilitation centres ENT/PSY: target groups, scientific evidence and care organisation – Supplement; Good Clinical Practice (GCP) ; Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009. KCE reports 97S (D/2008/10.273/87)	



Appendices

List of appendices

I APPENDIX TO CHAPTER I:	3
CHARACTERISTICS OF THE BELGIAN REHABILITATION CENTRES	
APPENDIX 1 TO CHAPTER I CONVENTIONS FOR NOK REHABILITATION CENTRES	3
APPENDIX 2 TO CHAPTER I CONVENTIONS FOR PSY REHABILITATION CENTRES.....	27
APPENDIX 3 TO CHAPTER I TOEVOEGINGSCLAUSULE STOTTEREN NOK REHABILITATION CENTRES	51
APPENDIX 4 TO CHAPTER I TOEVOEGINGSCLAUSULE STOTTEREN PSY REHABILITATION CENTRES	52
APPENDIX 5 TO CHAPTER I: RIZIV 2004	53
APPENDIX 6 TO CHAPTER I VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING VOOR DE VERSTREKKINGEN VERRICHT DOOR DE LOGOPEDISTEN	53
APPENDIX 7 TO CHAPTER I TARGET GROUPS AND WORKING MODALITIES (THE CONVERSION PROJECT)	54
2 APPENDIX TO CHAPTER 2	57
DATA ANALYSES	
APPENDIX 1 TO CHAPTER 2 DOCUMENTS REGISTRATION PROCESS	57
APPENDIX 2 TO CHAPTER 2 REGISTERED VARIABLES	67
APPENDIX 3 TO CHAPTER 2 CLEANING OF THE DATA.....	67
APPENDIX 4 TO CHAPTER 2: OVERVIEW OF THE INDEX, COMORBID AND ASSOCIATED DISORDERS.....	71
APPENDIX 5 TO CHAPTER 2: DETAILED ANALYSES OF THE ICD-10 MAIN INDEX, CO-MORBID AND ASSOCIATED DISORDERS	80
APPENDIX 6 TO CHAPTER 2: ICD-10: THE MAIN CO-MORBID AND ASSOCIATED DISORDERS WITHIN THE MAIN INDEX DISORDERS (SEE 2.4.2).....	92
APPENDIX 7 TO CHAPTER 2: EDUCATIONAL LEVEL AND MALE/FEMALE RATIO WITHIN THE MAIN INDEX DISORDERS (SEE 2.3.1)	97
APPENDIX 8 TO CHAPTER 2: AGE RANGE WITHIN THE MAIN INDEX DISORDERS (SEE 2.3.1).....	99
APPENDIX 9 TO CHAPTER 2: PROVIDED DISCIPLINES (SEE 2.4.3).....	101
APPENDIX 10 TO CHAPTER 2: COMPLAINTS BY REGISTRATION FOR THE ICD-10 CODIFICATIONS (SEE 2.6).104	
APPENDIX 11 TO CHAPTER 2: DETAILED ANALYSES OF DISORDERS IN THE RIZIV/INAMI CONVENTIONS (SEE 2.5) 113	
APPENDIX 12 TO CHAPTER 2: RIZIV/INAMI CONVENTIONS WITHIN COMPLAINTS BY REGISTRATION (SEE 2.6) 114	
APPENDIX 13 TO CHAPTER 2: DETAILS OF COMPARISON BETWEEN RIZIV/INAMI CONVENTIONS AND ICD- 10 CODIFICATIONS (SEE 2.7).....	121
APPENDIX 14 TO CHAPTER 2: DETAILS ON THE ASSOCIATED DISORDER "R41.8" (SEE 2.8)	133
3 APPENDIX TO CHAPTER 3	136
LITERATURE REVIEWS	
APPENDIX 1 TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY TABLE.....	136
APPENDIX 2 TO CHAPTER 3 FLOW	137
APPENDIX 3 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES.....	138
APPENDIX 4 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS.....	138
APPENDIX 5 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF HTA REPORTS	139
APPENDIX 6 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF EXPERIMENTAL AND QUASI-EXPERIMENTAL DESIGNS (GERSTEN ET AL., 2005)	140
APPENDIX 7 TO CHAPTER 3 SEARCH RESULTS TABLE	141
APPENDIX 8 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE.....	141
APPENDIX 9 TO CHAPTER 3 GRADE SYSTEM	142
APPENDIX 10 TO CHAPTER 3 STUDY EXCLUSION CRITERIA.....	143

APPENDIX 11 TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY ADHD	143
APPENDIX 12 TO CHAPTER 3 FLOW LITERATURE ADHD.....	154
APPENDIX 13 TO CHAPTER 3 EVIDENCE TABLES LITERATURE ADHD	155
APPENDIX 14 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE BASED ON THE REVIEW OF PELHAM & FABIANO (2008) 155	
APPENDIX 15 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: STUDIES 2007 AND MULTIMODAL TREATMENT 160	
APPENDIX 16 TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY TABLES PERVERSIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS	165
APPENDIX 17 TO CHAPTER 3 FLOW LITERATURE PERVERSIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS.....	177
APPENDIX 18 TO CHAPTER 3 EVIDENCE TABLES PERVERSIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS	178
APPENDIX 19 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: INTERVENTIONS FOR SOCIAL INTERACTIONS 178	
APPENDIX 20 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: INTERVENTIONS FOR LANGUAGE AND COMMUNICATION.....	183
APPENDIX 21 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: INTERVENTIONS FOR RESTRICTED, STEREOTYPED, REPETITIVE REPERTOIRE OF INTERESTS AND ACTIVITIES.....	186
APPENDIX 22 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: GENERAL BEHAVIOURAL INTERVENTIONS.....	187
APPENDIX 23 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: GENERAL EARLY AND COMPREHENSIVE INTERVENTIONS.....	195
APPENDIX 24 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: SPECIFIC AND OTHER INTERVENTIONS.....	197
APPENDIX 25 TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY TABLES SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE AND SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS.....	198
APPENDIX 26 TO CHAPTER 3 FLOW LITERATURE SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE AND SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS.....	217
APPENDIX 27 TO CHAPTER 3 EVIDENCE TABLES LITERATURE SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE AND SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS.....	218
4 APPENDIX TO CHAPTER 4:	248
MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION OF THE NOK/PSY TARGET GROUPS IN OTHER COUNTRIES.....	248
APPENDIX 1 TO CHAPTER 4: QUESTIONNAIRE SENT TO THE INTERNATIONAL CONTACT PERSONS.....	248
APPENDIX 2 TO CHAPTER 4: INTERNATIONAL CONTACT PERSONS	263
5 APPENDIX TO CHAPTER 5:	264
COST/OUTCOME STUDY	264
APPENDIX 1 TO CHAPTER 5 DUTCH LETTER TO THE REHABILITATION CENTRES	264
APPENDIX 2 TO CHAPTER 5 FRENCH LETTER TO THE REHABILITATION CENTRES	265
APPENDIX 3 TO CHAPTER 5 DUTCH INFORMED CONSENT	267
APPENDIX 4 TO CHAPTER 5 FRENCH INFORMED CONSENT	268
APPENDIX 5 TO CHAPTER 5 DUTCH QUESTIONNAIRE.....	270
APPENDIX 6 TO CHAPTER 5 FRENCH QUESTIONNAIRE.....	282
APPENDIX 7 TO CHAPTER 5 FREQUENCIES OF VARIABLES RELATED TO TREATMENT IN REHABILITATION CENTRE 294	
APPENDIX 8 TO CHAPTER 5 SOME OF THE FREQUENTLY USED TESTS IN BELGIAN NOK/PSY REHABILITATION CANTRES	298

I APPENDIX TO CHAPTER I: CHARACTERISTICS OF THE BELGIAN REHABILITATION CENTRES

APPENDIX I TO CHAPTER I CONVENTIONS FOR NOK REHABILITATION CENTRES

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963

TERVURENLAAN 211 — 1150 BRUSSEL

Dienst voor geneeskundige verzorging

OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITE VAN DE
VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING EN DE #« 5», VOOR #« 1 »
2» - « 3» - « 4» MET BETrekking tot de revalidatie
van rechthebbenden van de verplichte
verzekering voor geneeskundige verzorging,
voor wie op het ogenblik van de
tenlasteneming de ernst van de taal-, spraak-
of stemstoornissen een intensieve
multidisciplinaire revalidatie vergt.

Gelet op de wet inzake verplichte verzekering voor
geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14
juli 1994, inzonderheid op de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs
 ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het
Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Wordt overeengekomen wat volgt tussen: enerzijds, het
Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging
 ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en
anderzijds,

#« 5» voor,

#« 1 » « 2» - « 3» - « 4» de inrichting met dezelfde naam

Artikel 1. De revalidatieinrichting

"« 1 » « 2»" wordt in deze overeenkomst "inrichting"
genoemd.

ONDERWERP VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 2. Deze overeenkomst omschrijft de financiële en
administratieve betrekkingen tussen de inrichting en de
rechthebbenden van de verplichte verzekering voor
geneeskundige verzorging, alsmede de betrekkingen tussen
deze inrichting, het R.I.Z.I.V. en de verzekeringsinstellingen,
meer bepaald betreffende de rechthebbenden op de revalidatie
als bedoeld bij deze overeenkomst, de revalidatieprogramma's,
de revalidatieverstrekkingen, zitting genoemd, de prijs van de
zittingen en de betalingswijze ervan.

Zij omvat verder de volgende punten:

I - RECHTHEBBENDEN OP DE REVALIDATIE:

artikelen 3 t.e.m. 6

II - REVALIDATIEPROGRAMMA:

artikelen 7 t.e.m. 13

III - VERSTREKKINGEN FUNCTIONELE REVALIDATIE

artikel 14

III - A - zittingen in het kader van een aanvangs bilan. artikelen 15 t.e.m. 18 2

III - B - zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangs bilan. artikel 19

III - C - Beschikkingen geldend zowel voor een in III - A als voor een in III - B vermelde zitting.

artikelen 20 t.e.m. 23

**IV - PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT
TEGEMOETKOMING IN DE REVALIDATIEKOSTEN**

artikelen 24 t.e.m. 27

V - FACTURATIE EN FACTURATIECAPACITEIT

artikelen 28 t.e.m. 35

VI - CUMULVERBODEN

artikelen 36 t.e.m. 37

VII - PERSONEEL VAN DE INRICHTING

artikelen 38 t.e.m. 44

**VIII - ANDERE MEDISCH-ADMINISTRATIEVE EN
BOEKHOUDKUNDIGE VERPLICHTINGEN**

artikelen 45 t.e.m. 48

IX - ALGEMENE BEPALINGEN

artikelen 49 t.e.m. 50

X - OVERGANGSBEPALINGEN artikelen 51 en 52

I - RECHTHEBBENDEN OP DE REVALIDATIE

Artikel 3. Onder rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, dienen te worden verstaan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor wie op het ogenblik van de tenlasteneming de ernst van de taal-, spraak- of stemstoornissen een intensieve multidisciplinaire revalidatie vergt en waarvan de pathologie opgenomen is in één van de volgende groepen:

groep 1 : hersenletsel van vasculaire, toxische, tumorale, infectieuze of traumatische oorsprong, zonder symptomen van dementie. De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op het begin van de aandoening;

groep 2 : sequelen van een laryngectomie, glossectomie;

groep 3 : gehoorstoornissen opgetreden in de pre- of perilinguale fase, d.w.z. vóór de zesde verjaardag van de rechthebbende, die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 40 dB HL (gemiddelde van de metingen tegen de frequenties 1000, 2000 en 4000 hertz) aan het beste oor met zich meebrengen;

groep 4 : verworven gehoorstoornissen opgetreden na de zesde en vóór de negentiende verjaardag van de rechthebbende, die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 70 dB HL (gemiddelde van de metingen tegen de frequenties 1000, 2000 en 4000 hertz) aan het beste oor met zich meebrengen;

groep 5 : verworven gehoorstoornissen opgetreden na de zesde verjaardag van de rechthebbende, die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 40 db HL (gemiddelde van de metingen tegen de frequenties 1000, 2000 en 4000 hertz) aan het beste oor met zich meebrengen;

groep 6 : gehoorstoornissen die beantwoorden aan de voorwaarden voor terugbetaling van een cochleair implantaat, krachtens artikel 28, § 2, ter, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

groep 7 : mentale handicap o.a. gekenmerkt door een totaal intelligentiequotiënt of, bij de kinderen vóór hun zesde verjaardag, door een ontwikkelingsquotiënt van minder dan 70, vastgesteld door een algemene intelligentie- of ontwikkelingstest;

groep 8 : pervasieve ontwikkelingsstoornissen, behorende tot één van de volgende categorieën van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10) :

- infantiel autisme (F84.0),
- atypisch autisme (F84.1),
- syndroom van Rett (F84.2)

- andere desintegratiestoornis op kinderleeftijd (F84.3),
- hyperactieve stoornis samengaand met zwakzinnigheid en stereotypieën (F84.4),
- syndroom van Asperger (F84.5);

groep 9 : specifieke ontwikkelingsstoornissen van de gesproken taal, van het expressieve en/of van het receptieve type, aanwezig sinds de vroegste kinderjaren en geëvalueerd uiterlijk vóór de achtste verjaardag van de rechthebbende, met een evaluatie van de gesproken taal in haar receptieve (= R) en expressieve of productieve (= P) dimensie. Voor elke dimensie omvat de evaluatie de volgende aspecten: articulatie (= P) en fonologie (= R), lexicon (P + R), semantiek (P + R), morfologie (P + R), syntax (P + R), evenals een beoordeling van de pragmatiek. Voor de vijf eerste aspecten moet de evaluatie een resultaat geven lager dan- of gelijk aan het derde percentile of twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde voor minstens drie aspecten in de receptieve en/of expressieve dimensie. Het aspect of de aspecten geëvalueerd door elke test of subtest worden nader aangegeven in de limitatieve lijst waarvan sprake in artikel 4.

Daarenboven houdt de kwalificatie "specifiek" van deze stoornissen, bij een rechthebbende de afwezigheid in van een mentale handicap (totaal intelligentiequotiënt, of, bij kinderen vóór hun zesde verjaardag, ontwikkelingsquotiënt van minstens 85, gemeten met een individuele test), van een belangrijke gehoorstoornis (gemiddeld gehoorverlies van de metingen tegen 1000, 2000 en 4000 hertz niet meer dan 40 db HL voor het beste oor), van een ernstige neurologische stoornis en van een ernstige anatomische afwijking van de spraakorganen.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen

groep 10, A : randbegaafdheid met harmonisch profiel en die gepaard gaat met geassocieerde functionele stoornissen;

Het behoren van een rechthebbende tot deze groep houdt de aanwezigheid in van een randbegaafdheid, d.w.z. als resultaat

op een individuele intelligentietest een totaal intelligentiequotiënt of, voor kinderen vóór hun zesde verjaardag, een ontwikkelingsquotiënt van 70 tot en met 84.

De vaststelling van een harmonie van intelligentie- of ontwikkelingsprofiel berust op een verschil gelijk aan of kleiner dan één standaarddeviatie tussen de score voor het verbaal intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) en het performaalm intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) of vice versa.

De vaststelling van de aanwezigheid van geassocieerde functionele stoornissen die een intensieve multidisciplinaire revalidatie wettigen berust op een resultaat lager dan of gelijk aan het derde percentile of twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde verwacht voor de chronologische leeftijd van de rechthebbende, van (een) op dat vlak specifieke test(en) voor tenminste drie van de volgende domeinen:

1. dat van de aandacht en/of het geheugen (visueel of auditief) en/of de executieve functies;
2. het psychosociale (gedrag);
3. dat van de gesproken taal;
4. dat van de auditieve en/of visuele perceptie;
5. dat van de motoriek;
6. dat van het visuospatiëel functioneren.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen.

groep 10, B : randbegaafdheid met disharmonisch profiel en die gepaard gaat met geassocieerde functionele stoornissen;

Het behoren van een rechthebbende tot deze groep houdt de aanwezigheid in van een randbegaafdheid, d.w.z. als resultaat op een individuele intelligentietest een totaal intelligentiequotiënt of, voor kinderen vóór hun zesde verjaardag, een ontwikkelingsquotiënt van 70 tot en met 84.

De vaststelling van een disharmonie van intelligentie- of ontwikkelingsprofiel berust op een verschil groter dan één

standaarddeviatie tussen de score voor het verbaal intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) en het performaal intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) of vice versa.

De vaststelling van de aanwezigheid van geassocieerde functionele stoornissen die een intensieve multidisciplinaire revalidatie wettigen berust op een resultaat lager dan- of gelijk aan het derde percentile of twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde verwacht voor de chronologische leeftijd van de rechthebbende, van (een) op dat vlak specifieke test(en) voor tenminste twee van de volgende domeinen:

1. dat van de aandacht en/of het geheugen (visueel of auditief) en/of de executieve functies;
2. het psychosociale (gedrag);
3. dat van de gesproken taal;
4. dat van de auditieve en/of visuele perceptie;
5. dat van de motoriek;
6. dat van het visuo-spatiale functioneren.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen.

groep 11 : specifieke ontwikkelingsstoornissen van schoolvaardigheden - al dan niet samengaand met een specifieke ontwikkelingsstoornis van motorische functies - namelijk een specifieke lees- en/of spellingsstoornis en/of een specifieke stoornis van rekenvaardigheden, aanwezig vanaf de eerste jaren op school en aangetoond met een individuele test van de schoolse vaardigheden, die een resultaat geeft lager dan- of gelijk aan het derde percentile of twee standaardafwijkingen onder het verwachte gemiddelde voor de chronologische leeftijd van de rechthebbende die minstens zes maand leerplichtig moet zijn en zijn vijftiende verjaardag niet mag bereikt hebben, die een totaal intelligentiequotiënt van minstens 85 vertoont, gemeten met een individuele test, zonder belangrijke gehoorstoornis (gemiddeld gehoorverlies van de metingen tegen 1000, 2000 en 4000 hertz niet meer dan 40 db HL voor het beste oor) of stoornis van de

gezichtsscherpte, zonder ernstige neurologische of emotionele stoornis die het probleem veroorzaakt heeft.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen.

groep 12 : hyperkinetische stoornissen gekenmerkt door een tekort aan aandacht en een gelijktijdige overactiviteit, optredend vóór de zesde verjaardag van de rechthebbende en vervolgens voortdurend aanwezig, d.w.z. gedurende tenminste 6 maanden na het begin ervan, en zich voordoend in meerdere situaties, vooral in deze die gestructureerd en georganiseerd zijn en die een goede zelfcontrole vereisen.

Geldig tot en met 30 juni 2004: groep 13 : stotteren dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag,

- dat gepaard gaat met secundaire kenmerken zoals vermijdingsgedrag, afstotingsreacties, wisselende fobieën,
- en dat een duidelijke weerslag heeft op het schoolse of professionele leven,

Artikel 4. Voor de evaluatie van bepaalde groepen van stoornissen vermeld in artikel 3, baseren de equipe van de inrichting, evenals de beslissende instanties vermeld in artikel 26 zich op een limitatieve lijst van testen, vastgelegd door het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs na raadpleging van de Raad voor advies inzake functionele revalidatie.

Artikel 5. Worden nooit beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die één of meerdere van de navolgende stoornissen vertonen :

- secundaire stoornissen ten gevolge van emotionele toestanden, van relatieproblemen, van een verwaarloosd of gebrekkig schoolbezoek (bij voorbeeld wegens ziekte), van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of van een meertalige opvoeding;
- eenvoudige spraakstoornissen, zoals sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, broddelen, bradylalie;

- stemstoornissen zoals functionele afonie of dysfonie, fonastenie, stemwisselingstoornissen.

Artikel 6. § 1. Worden nooit beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die ter verpleging zijn opgenomen in een dienst die erkend is onder één van de kenletters V, G, Sp (chronisch), T, A, of K, of die gehuisvest zijn in hetzij een rustoord voor bejaarden, hetzij een rust- en verzorgingstehuis, hetzij een psychiatrisch verzorgingstehuis.

§ 2. Worden evenmin beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die gehuisvest zijn in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut en die er genieten van een revalidatie. In geval van een aanvraag tot terugbetaling ingediend voor een dergelijk persoon, wordt er een verklaring bijgevoegd van de verantwoordelijke van voornoemd instituut, waarin deze verklaart dat de betrokkenen in het instituut niet kan genieten van enige verstrekking met het oog op zijn revalidatie.

§ 3. Voor een rechthebbende die leerplichtig is en school loopt, kan de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, die gebeurt binnen de schooluren, terugbetaald worden op voorwaarde dat ze verloopt in het kader van een tussen de inrichting en de betrokken school afgesloten schriftelijk contract waarbij deze laatste zich verbindt zich te conformeren aan de reglementaire beschikkingen van het Bestuur van onderwijs ter zake.

De bepalingen van deze paragraaf dienen te worden begrepen en toegepast in een geest die de harmonische coördinatie en integratie van de middelen, ter behoud van een coherent onderwijs- en opvoedingsprogramma van de leerling/rechthebbende stimuleert en ten goede komt.

II - REVALIDATIEPROGRAMMA

Artikel 7. § 1. Onverminderd § 2 van dit artikel, verbindt de inrichting er zich toe alleen een intensief multidisciplinair

revalidatieprogramma zoals gedefinieerd in deze overeenkomst te beginnen na toesturen door een geneesheer die niet behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatieequipe, die haar de rechthebbende doorverwezen heeft.

§ 2. Voor de rechthebbenden behorende tot groep II uit artikel 3, kan, onder de verantwoordelijkheid van de arts ervan, dit toesturen gebeuren door een C.L.B. waarvan geen enkel lid behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatieequipe.

Artikel 8. § 1. De inrichting stelt aan de rechthebbenden op revalidatie, bepaald in artikel 3 van deze overeenkomst, een intensief multidisciplinair revalidatieprogramma voor.

§ 2. Voor elke rechthebbende vangt een intensief multidisciplinair revalidatieprogramma terugbetaalbaar in het kader van deze overeenkomst altijd aan met het opmaken van een "multidisciplinair aanvangsbilan".

Een "multidisciplinair aanvangsbilan" wordt over het algemeen gevuld door een "intensieve multidisciplinaire revalidatie stricto sensu", hierna "intensieve multidisciplinaire revalidatie" genoemd, verstrekt door de equipe die vooraf het "multidisciplinair aanvangsbilan" verrichtte. Deze "intensieve multidisciplinaire revalidatie" omvat tevens voor elke rechthebbende het opmaken van I "multidisciplinair evaluatieverslag" per jaar en het opmaken van een "multidisciplinair eindverslag".

§ 3. Bij wijze van uitzondering kan een multidisciplinair aanvangsbilan of een jaarlijks "multidisciplinair evaluatieverslag" opgemaakt door de bij deze overeenkomst voorziene equipe gevuld worden, hetzij door een "intensieve multidisciplinaire revalidatie" verstrekt in een andere inrichting met overeenkomst, hetzij door een monodisciplinaire revalidatie, of het kan niet door revalidatie gevuld worden.

Artikel 9. § 1. Voor elke rechthebbende wordt het multidisciplinair karakter van een aanvangsbilan bepaald door de uitvoering ervan tegenover elke rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover een of meerdere leden van zijn familie in

de loop van de periode vermeld in artikel 15 door tenminste drie personen van drie verschillende disciplines, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe.

§ 2. Onverminderd § 1, wordt, buiten een aanvangsbilan, voor elke rechthebbende het multidisciplinair karakter van de revalidatie stricto sensu bepaald door de uitvoering ervan tegenover elke rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover een of meerdere leden van zijn familie in de loop van elke maand door tenminste drie personen van drie verschillende disciplines, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe.

Bij wijze van uitzondering kan een geval van plotse, niet te voorziene overmacht de oorzaak zijn dat dit multidisciplinair karakter van de revalidatie stricto sensu bij een rechthebbende niet kan geëerbiedigd worden gedurende een bepaalde maand, zonder dat de terugbetaalbaarheid van de hem in de betrokken maand in het kader van deze overeenkomst verleende en in punt III-B en punt III-C omschreven zittingen daardoor in het gedrang komt.

Voor een rechthebbende kan elke periode van overmacht nooit langer dan 1 maand duren.

§ 3. De inrichting houdt een lijst bij van de gevallen van de in § 2, tweede lid, bedoelde overmacht. De omschrijving van de omstandigheden die deze veroorzaakten blijft in het dossier van elke betrokken rechthebbende bewaard. De lijst omvat voor elke betrokken rechthebbende naam en voornaam, verzekeringsinstelling aan dewelke de zitting(en) werd(en) aangerekend, inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de verzekерingsinstelling en datum of data van uitvoering van de met beroep op § 2, tweede lid, aangerekende zitting(en).

In voorkomend geval stuurt de inrichting, vóór 31 januari van het daaropvolgende kalenderjaar kopie van deze lijst op aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 10. In het kader van artikel 9 kan "een persoon van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zijn:

een geneesheer die:

1. ofwel specialist is in de psychiatrie,
 2. ofwel specialist is in de neuropsychiatrie,
 3. ofwel specialist is in de pediatrie of in de neurologie, en die eventueel een bijkomende erkenning verwierf in de pediatrische neurologie,
 4. ofwel specialist is in de otorhinolaryngologie,
 5. Eén van deze geneesheren moet een bijkomende erkenning als specialist in de revalidatie bekomen hebben; zo er slechts één is in de equipe van de inrichting, dan is diens bijkomende erkenning als specialist in de revalidatie verplicht;
- een licentiaat in de psychologie, in de pedagogie of in de orthopedagogie;
 - een psychologisch assistent;
 - een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om logopedieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om audiologieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om kinesitherapieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om ergotherapieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om psychomotoriekverstrekkingen uit te voeren;
 - een maatschappelijk werker of sociaal verpleegster;

Artikel 11. § 1. In de loop van elk jaar begrepen in het revalidatieprogramma moeten er minstens twee contacten plaatsvinden tussen een geneesheer behorend tot de bij

overeenkomst voorziene equipe, en de rechthebbende en/of gebeurlijk één of meerdere leden van zijn familie. Bovendien moet ingegaan worden op elke vraag vanwege de rechthebbende of één of meerdere leden van zijn familie naar een bijkomend contact.

§ 2. Uitzonderlijk kan een geval van plotse, niet te voorziene overmacht veroorzaakt door een rechthebbende de oorzaak zijn dat deze beschikking bij hem niet kan geëerbiedigd worden voor een bepaald jaar, zonder dat de terugbetaalbaarheid van de hem in het betrokken jaar in het kader van deze overeenkomst verleende en in punt III omschreven zittingen daardoor in het gedrang komt.

§ 3. De inrichting houdt een lijst bij van de gevallen van de in § 2 bedoelde overmacht. De omschrijving van de omstandigheden die deze veroorzaakten blijft in het dossier van elke betrokken rechthebbende bewaard. Deze lijst omvat voor elke betrokken rechthebbende naam en voornaam, verzekeringsinstelling aan dewelke de zitting(en) werd(en) aangerekend, inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de verzekeringsinstelling en datum of data van uitvoering van de met beroep op § 2 aangerekende zitting(en).

In voorkomend geval stuurt de inrichting, vóór 31 januari van het daaropvolgende kalenderjaar kopie van deze lijst op aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 12. Voor een rechthebbende komt het multidisciplinair aanvangsbilan niet in aanmerking voor het bepalen van de maximale terugbetalingsperiode waarvan sprake in artikel 13.

Artikel 13. Onvermindert artikel 12, wordt voor elke rechthebbende een maximale terugbetalingsperiode bepaald voor zijn intensief multidisciplinair revalidatieprogramma, en dit ongeacht de inrichting waar dit programma wordt verstrekt:

- voor groep 1 : per afzonderlijk opgetreden hersenletsel, 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

- voor groep 2 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

- voor groep 3 : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen.

- voor groep 4 : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen.

- voor groep 5 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

- voor groep 6 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren die kan aanvangen maximaal één maand voor de datum van de implantatie. Gedurende deze periode kan de samenwerking tussen twee inrichtingen met overeenkomst toegestaan worden, in de mate waarin de rechthebbende de voorwaarden vervult van één der groepen 3, 4 of 5.

- voor groep 7 : - tot de leeftijd van zes jaar inbegrepen;

- van de leeftijd van 7 tot 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 6 maal 1 jaar.

- voor groep 8, eerste tot en met vijfde streepje :

- tot de leeftijd van zes jaar inbegrepen;

- van de leeftijd van 7 tot 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 3 maal 1 jaar.

- voor groep 8, zesde streepje : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 3 maal 1 jaar.

- voor groep 9 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

- voor groep 10, A : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 4 maal 1 jaar vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

- voor groep 10, B : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 4 maal 1 jaar vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

- voor groep 11 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 12 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 13 : een kapitaal van 2 maal 1 jaar vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

In het kader van dit artikel kan in voorkomend geval voor dezelfde rechthebbende :

- aanvaard worden dat hij achtereenvolgens behoort tot groep 9 en tot groep 11, terwijl niet kan aanvaard worden dat hij achtereenvolgens behoort tot groep 11 en tot groep 9;
- niet aanvaard worden dat hij achtereenvolgens behoort tot groep 10, A, en tot groep 10, B, of vice versa.

III - VERSTREKKINGEN FUNCTIONELE REVALIDATIE

Artikel 14. Een in punt II omschreven intensief multidisciplinair revalidatieprogramma bestaat voor elke rechthebbende uit verstrekkingen functionele revalidatie die in dit punt III worden omschreven.

Elke terugbetaalbare verstrekking functionele revalidatie wordt elders in deze overeenkomst "zitting" genoemd.

III - A - ZITTINGEN IN HET KADER VAN EEN AANVANGSBILAN.

Artikel 15. Zittingen deel uitmakend van een aanvangsbilan zijn steeds individuele zittingen, dit wil zeggen met één therapeut tegenover één rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie.

De zittingen deel uitmakend van éénzelfde aanvangsbilan worden verricht binnen een periode van maximum twee maand.

Begin- en einddatum van deze periode worden opgegeven bij de aanvraag tot terugbetaling.

Artikel 16. § 1. Onverminderd artikel 9, duurt het geheel van individuele verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie dat deel uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in artikel 15, minimum 1 uur.

Het geheel van individuele verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie, dat deel uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in artikel 15, kan ook minimum anderhalf uur of minimum 2 uren per dag en per rechthebbende duren. Een zitting kan onderverdeeld zijn in deelzittingen van elk minimum 30 minuten.

Alleen voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft kan de zitting ook samengesteld zijn uit 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel uit 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende.

Elke therapeut, arts uitgezonderd, is bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken. De arts kan bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken zijn.

§ 2. Elke (deel)zitting moet zijn opgenomen in het dossier van de rechthebbende, met meerbepaald de namen van de "personen van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zoals bepaald in artikel 10, die tussenkwamen.

§ 3. Voor verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie, of voor andere activiteiten van een geneesheer van de bij overeenkomst voorziene equipe, zoals bepaald in artikel 10, is per zitting vermeld in artikel 15, een globale gemiddelde duur van minimum 15 minuten beschikbaar.

De jaarlijks aldus beschikbare tijd wordt berekend op het totaal van dit soort zittingen dat een inrichting voorziet uit te voeren in de loop van elk kalenderjaar, totaal dat vermeld wordt in artikel 30.

§ 4. In de loop van een aanvangsbilan dient elke rechthebbende minstens 1 keer door een geneesheer van de bij overeenkomst voorziene equipe onderzocht te worden.

Artikel 17. § 1. De prijs per uur voor een individuele zitting zoals bepaald in de artikelen 15 en 16, "forfait" genaamd, wordt vastgesteld volgens de berekeningen vermeld in de bijlage bij deze overeenkomst.

§ 2. Het bedrag van het forfait bedraagt vanaf 1 januari 2004 #« 11 » EURO. Het indexeerbare gedeelte van dit bedrag is gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 van 1 juni 2003 (basis 1996) van de consumptieprijzen. Dit indexeerbare gedeelte wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

@@@ navolgende § wordt enkel opgenomen in de overeenkomst van inrichtingen voor wie na 31 maart 2003 reeds een herberekening van hun kostenveloppe werd goedgekeurd met uitwerking ten laatste op de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst @@@

§ 3. Het in de bijlage van deze overeenkomst vermelde bedrag aan algemene kosten is gelijk aan 15% van de erin vermelde personeelskosten.

Het indexeerbaar gedeelte van het bedrag van deze algemene kosten is gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 van 1 juni 2003 (basis 1996) van de consumptieprijzen. Dit indexeerbare gedeelte wordt vanaf de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst uitsluitend nog aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

Artikel 18. De inrichting verbindt zich ertoe om per dag en per rechthebbende slechts een bedrag gelijk aan 1, 1,5 of 2 forfaits te factureren voor zittingen zoals bepaald in de artikelen 15 en 16 met een duur van respectievelijk minimum 1 uur, anderhalf uur of 2 uren per dag en per rechthebbende.

III - B - ZITTINGEN DIE GEEN DEEL UITMAKEN VAN EEN AANVANGSBILAN.

Artikel 19. § 1. In het kader van een intensieve multidisciplinair revalidatie kan een zitting die geen deel uitmaakt van een aanvangsbilan een individuele, een groeps-, of een gemengde zitting zijn.

§ 2. Onverminderd artikel 9, duurt het geheel van verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie dat deel uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in § 1, minimum 1 uur. Het geheel van verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie dat deel uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in § 1 kan ook minimum anderhalf uur of minimum 2 uren per dag en per rechthebbende duren. Een zitting kan voor elke rechthebbende onderverdeeld zijn in deelzittingen van elk minimum 30 minuten.

Alleen voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft kan de zitting ook samengesteld zijn uit 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel uit 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende.

Elke therapeut, arts uitgezonderd, is bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken. De arts kan bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken zijn.

§ 3. Elke zitting is opgenomen in het dossier van de rechthebbende. De namen van de "personen van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zoals bepaald in artikel 10, die tussenkwamen worden daarbij vermeld en in voorkomend geval ook de naam van de andere rechthebbenden die dezelfde zitting volgden. Zo een

zitting samengesteld is uit deelzittingen worden deze gegevens voor elke deelzitting vermeld.

§ 4. Onverminderd §§ 2 en 3, is een zitting of deelzitting voor de hele duur ervan:

- ofwel individueel, met een verhouding van 1 therapeut tegenover 1 rechthebbende en maximum 4 therapeuten tegenover 4 rechthebbenden,

- ofwel in groep, waarbij per therapeut maximum 4 rechthebbenden tegelijk betrokken zijn en tegenover maximum 8 rechthebbenden minimum 2 therapeuten.

§ 5. Voor verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie, of voor andere activiteiten van een geneesheer van de bij overeenkomst voorziene equipe, zoals bepaald in artikel 10, is per (deel)zitting van 1 uur een globale gemiddelde duur van minimum 2,5 minuten beschikbaar.

De aldus beschikbare tijd wordt berekend op het totaal van dit soort zittingen van de inrichting voor het geheel van de rechthebbenden en lopend over een activiteitsperiode die niet meer dan één maand mag bedragen.

§ 6. TABEL I bevat alle bedragen die kunnen gefactureerd worden voor terugbetaalbare zittingen vermeld in § 1 die beantwoorden aan de beschikkingen van §§ 2, 3 en 4. Daarbij is het bedrag van 1 forfait gelijk aan het bedrag van het forfait bepaald in artikel 17, § 2.

De vaststelling van het bedrag uit TABEL I dat per dag en per rechthebbende factureerbaar is voor elke overeenstemmende zitting waarvan de samenstelling qua aantal rechthebbenden en aantal therapeuten gedurende de hele duur ervan niet veranderde wordt bepaald door het quotiënt van de deling

totaal aantal effectief door therapeut(en) tegenover de rechthebbende(n)a gepresteerde uren

a Onder "de rechthebbende" wordt hier verstaan "de rechthebbende en/of gebeurlijk één of meerdere leden van zijn familie".

aantal betrokken rechthebbende(n)

De vaststelling van het bedrag uit TABEL I dat per dag en per rechthebbende factureerbaar is voor elke overeenstemmende zitting die bestaat uit deelzittingen waarvan de samenstelling onderling qua aantal rechthebbenden en/of aantal therapeuten veranderde, wordt bepaald door de som van de quotiënten van de voormelde deling voor elke deelzitting waar een rechthebbende aan deelnam.

TABEL I: mogelijk aanrekenbare bedragen

2 forfaits =	EURO
1,75 forfaits =	EURO
1,66 forfaits =	EURO
1,5 forfaits =	EURO
1,33 forfaits =	EURO
1,25 forfaits =	EURO
1 forfait =	EURO
0,75 forfait =	EURO
0,66 forfait =	EURO
0,50 forfait =	EURO
0,33 forfait =	EURO
0,25 forfait =	EURO

1 forfait = EURO voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende

Voor elke deling blijft de arts buiten beschouwing, behalve indien hij 30 minuten of langer bij een (deel)zitting betrokken is. Voor elke deling is ook het aantal therapeuten nooit groter dan het aantal rechthebbenden.

De inrichting verbindt zich ertoe de zittingen zo te organiseren dat per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen vermeld in TABEL I aanrekenbaar is. Gebeurlijk is afronding naar een lager aanrekenbaar bedrag mogelijk bij een zitting waarvoor het quotiënt of de som van quotiënten van de deelzittingen niet overeenstemt met een in TABEL I vermeld aanrekenbaar bedrag.

§ 7. Onverminderd de bepalingen van de vorige paragrafen van dit artikel, is voor een rechthebbende op dezelfde dag een zitting mogelijk bestaande uit een (deel)zitting face à de rechthebbende in combinatie met een (deel)zitting face à de familie.

III - C - BESCHIKKINGEN GELDEND ZOWEL VOOR EEN IN III - A ALS VOOR EEN IN III - B VERMELDE ZITTING.

Artikel 20. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe geen enkele toeslag te vorderen bij een forfait of een ander bedrag vermeld in de artikelen 17, § 2, en 19, § 6, noch bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling.

§ 2. Per individuele, groeps- of gemengde zitting zijn bijkomend 25 minuten beschikbaar voor andere activiteiten, berekend op basis van een zitting van 1 uur. Deze aanvullende tijd beoogt onder meer de vorming van personeel, de voorbereiding van zittingen, de vergaderingen van de equipe en de diverse contacten nodig voor de terugbetaling van de rechthebbende, het bikhouden van dossiers, het opstellen van rapporten.

Artikel 21. Noch de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij art. 3, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, noch de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 10 en volgende van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit worden beschouwd als deel uitmakend van de in artikel 16, § 1, artikel 19, § 2, en artikel 20, § 2, bepaalde duurtijden.

Artikel 22. De inrichting verbindt er zich toe om per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen aan te rekenen zoals vermeld in Artikel 18 of in TABEL I van artikel 19 § 6.

Artikel 23. § 1. Onverminderd § 2 kunnen in het kader van een zitting verstrekkingen tegenover gezondheidswerkers, maatschappelijk werkers, sociaal verpleegkundigen of leerkrachten in een enkel geval verstrekkingen tegenover één

of meerdere leden van de familie van een rechthebbende vervangen om de duurtijden vermeld in artikel 16, § 1, eerste lid, en in artikel 19, § 2, eerste lid te bereiken.

§ 2. Bij wijze van uitzondering evenwel kunnen, in geval een jeugdige rechthebbende geen ouders of familie meer heeft of in geval deze hem in de steek laten, verstrekkingen tegenover de wettelijke vertegenwoordiger van de rechthebbende of tegenover een andere derde vertrouwenspersoon of -personen, die in de plaats van ouders of familie treedt/treden, de plaats innemen van verstrekkingen tegenover één of meerdere leden van de familie van een rechthebbende om de hierboven vermelde duurtijden te bereiken.

§ 3. Waar zittingen in de Inrichting en netwerkinterventies niet volstaan, kunnen voor een aanvangsbilan of voor evaluatie van resultaten gedurende en op het einde van de revalidatie ook een aanrekenbare aanvangsbilan(deel)zitting of een aanrekenbare (deel)zitting ter observatie van de rechthebbende, gebeurlijk samen met één of meerdere leden van zijn familie, in zijn natuurlijk milieu uitgevoerd worden. De personeeltijd voor de verplaatsingen daartoe is evenwel al begrepen in de tijd bedoeld in Artikel 20, § 2 en eventuele andere daarmee gemoeide kosten zijn al begrepen in de werkingsmiddelen van de inrichting, zoals vastgesteld bij inwerkingtreding van deze overeenkomst.

§ 4. Onverminderd de bepalingen van Artikel 46, §§ 1 en 2, moeten in het dossier van de rechthebbende de zittingen waarvan sprake in § 3 vermeld worden, met motief en plaats van uitvoering.

IV - PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING IN DE REVALIDATIEKOSTEN

Artikel 24. § 1. De aanvraag tot tegemoetkoming in de revalidatiekosten evenals de eventuele aanvraag tot verlenging hiervan moet ingediend worden door de rechthebbende bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering

voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbende daarover behoorlijk in te lichten en hem daarbij te helpen.

§ 2. Het in § 1 vernoemd koninklijk besluit voorziet onder andere dat de rechthebbende de aanvraag tot tegemoetkoming indient door middel van het formulier goedgekeurd door het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 3. De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger behoorlijk schriftelijk in te lichten omtrent de beschikkingen van artikel 13 die, in geval van akkoord met zijn aanvraag, op hem van toepassing zijn, en omtrent het feit dat door het indienen van zijn aanvraag, hij geacht wordt akkoord te zijn met deze beschikkingen. De inrichting bewaart een dubbel van deze informatie getekend door de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Artikel 25. § 1. Bij het formulier waarvan sprake in artikel 24, moet een medisch verslag van de inrichting gevoegd worden, opgemaakt volgens een model bepaald door het College van geneesheren-directeurs, dat bewijst dat de rechthebbende beantwoordt aan de voorwaarden van de overeenkomst.

In geval van een aanvraag betreffende een rechthebbende die gehuisvest is in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut en die er niet geniet van een revalidatie, is het medisch verslag steeds vergezeld van de verklaring bedoeld in artikel 6, § 2, tweede lid, van de verantwoordelijke van voornoemd instituut.

§ 2. De aanvraag betreffende een aanvangsbilan moet elke eventuele andere aanvraag inzake revalidatie voorafgaan. In dat geval zal het medisch verslag bedoeld in § 1 omvatten :

- een kopie van de verwijzingsbrief van een geneesheer waarvan sprake in artikel 7;
- een anamnese door de equipe van de inrichting, die aantoont dat de symptomatologie van de rechthebbende vermoedelijk overeenstemt met deze van één der groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst of met de criteria van één

van de stoornissen vermeld in Art. 36, § 2, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (logopedieverstrekkingen); tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 het vermoedelijk gaat.

- begin- en einddatum van de periode waarvan sprake in artikel 15, met vermelding van het aantal binnen die periode voorgeschreven individuele zittingen.

§ 3. Indien het gaat om een aanvraag voor zittingen "intensieve multidisciplinaire revalidatie" volgend op een aanvangsbilan of evaluatieverslag verricht in een andere inrichting met overeenkomst, zal het medisch verslag bedoeld in § 1 omvatten :

- kopie van het eerder verricht aanvangsbilan of evaluatieverslag, vergezeld van de resultaten van de verrichte testen, met besluiten die aantonen dat de symptomen van de rechthebbende overeenstemmen met deze van één van de groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst; voor de groepen 9, 10 A, 10 B en 11, zal voor de verrichte tests kopie bijgevoegd worden van het samenvattende scoreblad waarop de behaalde brutoscores uiteindelijk uitgedrukt worden in standaardafwijkingen of centiles, overeenstemmend met de leeftijd van de rechthebbende; tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 het gaat.

- het voorschrift voor het geïndividualiseerd programma van "intensieve multidisciplinaire revalidatieverstrekkingen", met :
het therapeutisch schema;
de revalidatieprognose;
de voorziene revalidatieperiode;
de discipline van de verstrekkers die elke maand tussenkomen.

§ 4. Indien het gaat om een aanvraag voor een "intensieve multidisciplinaire revalidatie" uit te voeren in de inrichting, zal het medisch verslag bedoeld in § 1 omvatten :

- kopie van het voorafgaand aanvangsbilan of evaluatieverslag, vergezeld van de resultaten van de verrichte testen, met besluiten die aantonen dat de symptomen van de rechthebbende overeenstemmen met deze van één van de groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst; voor de groepen 9, 10 A, 10 B en 11, zal voor de verrichte tests kopie bijgevoegd worden van het samenvattende scoreblad waarop de behaalde brutoscores uiteindelijk uitgedrukt worden in standaardafwijkingen of centiles, overeenstemmend met de leeftijd van de rechthebbende; tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 het gaat.

- het voorschrift voor het geïndividualiseerd programma van "intensieve multidisciplinaire revalidatiezittingen", met :

- a. het therapeutisch schema;
- b. de revalidatieprognose;
- c. de voorziene revalidatieperiode;
- d. de discipline van de verstrekkers die elke maand tussenkomen.

§ 5. Er wordt aanbevolen dat, vooraleer beslist wordt een aanvraag tot terugbetaling in te dienen voor een schoolgaande rechthebbende, een beraadslaging zou plaatsgevonden hebben tussen de equipe van de inrichting enerzijds, de school en het C.L.B. anderzijds.

Er wordt aanbevolen dat in voorkomend geval de aanvraag tot terugbetaling van de revalidatie melding zou maken van deze beraadslaging en dat de besluiten ervan zouden vermeld worden.

Artikel 26. Het akkoord voor de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van een revalidatieprogramma in het kader van deze overeenkomst wordt gegeven door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Ieder akkoord voor een aanvraag vermeld in artikel 25, § 2, wordt gegeven voor een periode van maximum 2 maand. Ieder akkoord voor een aanvraag vermeld in artikel 25, §§ 3 of 4, wordt gegeven voor een periode van maximum 1 jaar. Elke beslissing wordt behoorlijk gemotiveerd.

Artikel 27. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe aan de adviserend geneesheer van de betrokken verzekeringsinstelling elke gewenste inlichting te verstrekken omtrent het intensief multidisciplinair revalidatieprogramma gevuld door de rechthebbende.

§ 2. De inrichting zal aan de adviserend geneesheer en aan de geneesheer die de rechthebbende heeft doorverwezen een kopie overmaken van het eindverslag van de revalidatie. Dit verslag moet een samenvatting van de uitgevoerde revalidatie bevatten, de verworven resultaten vermelden en de noodzakelijke elementen geven om deze resultaten in stand te houden en te verlengen.

V - FACTURATIE EN FACTURATIECAPACITEIT

Artikel 28. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe de aanrekenbare bedragen aan de verzekeringsinstellingen te factureren op basis van een factuur waarvan het model is goedgekeurd door het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.. Inlichtingshalve zijn ook de door de inrichting aan de rechthebbende gefactureerde bedragen voor diensten die niet tot de revalidatie behoren, op die facturen vermeld. Een afschrift van deze facturen wordt aan de rechthebbende of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger overhandigd.

§ 2. Gedurende de maximale terugbetalingsperiode voorzien in artikel 13 voor groep 6 kan de facturatie toegelaten worden van zittingen beschreven in punt III, gebeurlijk verleend in twee inrichtingen met overeenkomst.

Artikel 29. § 1. Het equivalent van aantal individuele zittingen op basis van een duur van 1 uur beschreven in punt III, uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar bedraagt Dit aantal stemt overeen met de realiseerbare capaciteit.

Het maximum aantal dergelijke zittingen uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar en terugbetaalbaar krachtens deze overeenkomst bedraagt dit is 93% van de realiseerbare capaciteit. Dit aantal stemt overeen met de "maximale facturatiecapaciteit" van de inrichting.

§ 2. De realiseerbare capaciteit wordt bepaald door het jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel dat behoort tot andere disciplines dan de medische, vermeld in artikel 10, te delen door 1 uur 25 minuten.

Het voormelde jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel wordt op de volgende manier bepaald :

a - In het algemeen wordt elke therapeut die zoals in bijlage bij deze overeenkomst voorzien een uurrooster van 38 u/week presteert geacht op jaarbasis een equivalent van een fulltime te presteren - 215 werkdagen à 7 u.36' aanwezigheid per werkdag - en elke therapeut die zoals in bijlage bij deze overeenkomst voorzien een fractie van 38 u/week presteert wordt geacht op jaarbasis eenzelfde fractie van een equivalent van een fulltime te presteren;

b - evenwel, voor de licentiaten in de psychologie, in de pedagogie of in de orthopedagogie en voor de sociaal assistenten of sociaal verplegers wordt voor de berekening van het jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel de helft van de aanwezigheidstijd geneutraliseerd;

c - het totaal aan tijd per week in aanmerking genomen voor de berekening van het jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel kan maximum gelijk zijn aan dit van het therapeutisch personeel contractueel aanwezig en in functie in de inrichting op 31 december 1992.

Artikel 30. Het maximum aantal zittingen beschreven in punt III -A, deel uitmakend van een aanvangsbilan, uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar en terugbetaalbaar krachtens deze overeenkomst bedraagt #». Dit aantal maakt deel uit van de maximale facturatiecapaciteit bepaald in artikel 29, § 1, en is

datgene wat de inrichting op #« 19» aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. verklaarde.

Artikel 31. § 1. Voor het bepalen van het bereikte aandeel van deze maximale facturatiecapaciteit stemt elke zitting beschreven in punt III overeen met een bepaald getal. Deze getallen worden opgegeven in TABEL 2.

TABEL 2: aandeel van de maximale facturatiecapaciteit

2 forfaits = 2
1,75 forfaits = 1,75
1,66 forfaits = 1,66
1,5 forfaits = 1,5
1,33 forfaits = 1,33
1,25 forfaits = 1,25
1 forfait = 1
0,75 forfait = 0,75
0,66 forfait = 0,66
0,50 forfait = 0,50
0,33 forfait = 0,33
0,25 forfait = 0,25

I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende = 1

Artikel 32. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe de maxima en hierboven bepaald in artikel 29, § 1, en in artikel 30 nooit te overschrijden.

§ 2. Indien blijkt, op basis van statistische gegevens over een periode van minimum 12 opeenvolgende maanden, dat de verhouding tussen het aantal uitgevoerde zittingen beschreven in punt III - A en de "maximale facturatiecapaciteit" bepaald in artikel 29, § 1, niet overeenstemt met wat de inrichting verwacht heeft, dan kan deze aangepast worden, zonder overschrijding van de "maximale facturatiecapaciteit" bepaald in artikel 29, § 1, zonder de bepalingen van artikel 16, § 1, en van artikel 19, § 2, te wijzigen en rekening houdende met de wijzigingen in personeelskader die moeten opgelegd worden.

Artikel 33. § 1. De "normale facturatiecapaciteit" van de inrichting voor zittingen beschreven in punt III is bepaald op 90 % van de realiseerbare capaciteit van de inrichting bepaald in artikel 29, § 1. Ze bedraagt

Voor het bepalen van het bereikte aandeel van deze normale facturatiecapaciteit stemt elke zitting beschreven in punt III overeen met een bepaald getal. Deze getallen zijn opgegeven in TABEL 2 hierboven.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe om, in geval van overschrijding van de "normale facturatiecapaciteit" in de loop van een kalenderjaar, aan de verzekeringsinstellingen een verminderd forfait of ander bedrag uit TABEL I te factureren boven de "normale facturatiecapaciteit". Het bedrag van het verminderd forfait bedraagt 50% van het forfait bepaald bij artikel 17, § 2. Het bedrag van het verminderd ander bedrag bedraagt 50% van het ander bedrag bepaald in TABEL I hierboven.

De inrichting verbindt er zich tevens toe nooit de "maximale facturatiecapaciteit" zoals bepaald in artikel 29, § 1, te overschrijden in de loop van een kalenderjaar. Boven het aantal #« 9 » zal elke in de loop van een kalenderjaar gerealiseerde zitting niet meer worden gefactureerd, noch aan de verzekeringsinstellingen, noch aan de rechthebbenden.

§ 3. Voor het kalenderjaar van in werking treden van deze overeenkomst en het kalenderjaar van aflo-pen ervan moeten de aantallen betreffende de "normale facturatiecapaciteit" en de "maximale facturatiecapaciteit" proportioneel verminderd worden rekening houdende met de periode van geldigheid van deze overeenkomst in de loop van die kalenderjaren.

Artikel 34. Onverminderd artikel 33, kan in geen enkel geval het totaal bedrag vertegenwoordigd door de in 1 ka-lenderjaar verrichte terugbetaalbare zittingen tegenover een rechthebbende of tegenover één of meerdere leden van zijn familie groter zijn dan 101,666% van het bedrag vertegenwoordigd door de normale facturatiecapaciteit.

Artikel 35. De naargelang de aard van de zitting en van het gefactureerde bedrag te gebruiken pseudonomenclatuurcodenummers worden opgegeven in TABEL 3 voor ambulante rechthebbenden, in TABEL 4 voor gehospitaleerde rechthebbenden.

TABEL 3 : zittingen voor ambulante rechthebbenden

Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan:	782692 782714 782736
2 forfaits	
1,5 forfaits	
1 forfait	
I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	
Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan :	
2 forfaits	782773
1,75 forfaits	782795
1,66 forfaits	782810
1,5 forfaits	782832
1,33 forfaits	782854
1,25 forfaits	782876
1 forfait	782891
0,75 forfait	782913
0,66 forfait	782935
0,50 forfait	782950
0,33 forfait	782972
0,25 forfait	782994
I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	783016
zittingen boven de normale facturatiecapaciteit tot en met bereiken van de maximale	

Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan:	783031 783053 783075 783090
2 forfaits 1,5 forfaits 1 forfait 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan :

2 forfaits 1,75 forfaits 1,66 forfaits 1,5 forfaits 1,33 forfaits 1,25 forfaits 1 forfait 0,75 forfait 0,66 forfait 0,50 forfait 0,33 forfait 0,25 forfait 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	783112 783134 783156 783171 783193 783215 783230 783252 783274 783296 783311 783333 783355
---	--

TABEL 4 : zittingen voor gehospitaliseerde rechthebbenden	
Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan:	782703 782725 782740
2 forfaits 1,5 forfaits 1 forfait 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan : 782784 782806 782821 782843 782865 782880 782902 782924 782946 782961 782983 783005 783020

zittingen boven de normale facturatiecapaciteit tot en met bereiken van de maximale	
Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan:	783042
2 forfaits	783064
1,5 forfaits	783086
I forfait	
I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: I therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd I therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	
Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan :	
2 forfaits	783123
1,75 forfaits	783145
1,66 forfaits	783160
1,5 forfaits	783182
1,33 forfaits	783204
1,25 forfaits	783226
I forfait	783241
0,75 forfait	783263
0,66 forfait	783285
0,50 forfait	783300
0,33 forfait	783322
0,25 forfait	783344
I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: I therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd I therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	783366

VI - CUMULVERBODEN

Artikel 36. § 1. Geen enkele handeling of tussenkomst behalve de revalidatiezittingen vermeld in punt III voor één van de in de inrichting gerevalideerde rechthebbenden en voor een in artikel 3 voorziene pathologie, uitgevoerd door het personeel van de inrichting, ook al wordt zij uitgevoerd buiten de

inrichting, kan in rekening gebracht worden bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling gedurende de ganse periode van terugbetaling van de revalidatie, uitgezonderd indien het gaat over één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 3, § 1 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of van één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 10 en volgende van de bijlage bij het voornoemd Koninklijk besluit.

§ 2. Geen enkele handeling of tussenkomst behalve de revalidatiezittingen vermeld in punt III voor één van de in de inrichting gerevalideerde rechthebbenden uitgevoerd door het personeel van de inrichting, ook al wordt zij uitgevoerd buiten de inrichting, kan in rekening gebracht worden bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling op een dag van terugbetaling van de revalidatie, uitgezonderd indien het gaat over één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 3, § 1 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of van één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 10 en volgende van de bijlage bij het voornoemd Koninklijk besluit.

§ 3. De inrichting verbindt er zich toe alle nuttige maatregelen te treffen met het oog op de toepassing van dit artikel. Met het oog hierop, verbindt zij zich ertoe de beschikkingen van dit artikel schriftelijk te betekenen, met ontvangstbewijs ondertekend door de rechthebbende, en de draagwijde ervan toe te lichten. Een dubbel van dit ondertekend document wordt bewaard door de inrichting.

§ 4. De anamnese door de equipe, waarvan sprake in artikel 25, § 2, mag niet het voorwerp uitmaken van facturatie aan de patiënt of aan zijn verzekeringsinstelling van één der

verstrekkingen vernoemd in artikel 2, I, A en B, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 37. De terugbetaling van een forfait of een ander bedrag uit TABEL I door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging sluit de terugbetaling uit op dezelfde dag van één van de verstrekkingen vermeld in artikel 7, § I en in artikel 22, II, a en b, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en dit in het kader van de revalidatie voor één van de stoornissen vermeld in artikel 3 van deze overeenkomst, met uitzondering van deze uitgevoerd voor rechthebbenden lijidend aan één der aandoeningen bedoeld in artikel 7, derde lid, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen. Tenzij anders bepaald in Art. 36 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (logopedieverstrekkingen), sluit de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van de revalidatie in de inrichting eveneens de terugbetaling uit van logopedieverstrekkingen vermeld in voornoemd Art. 36.

Met het oog hierop, verbindt de inrichting zich ertoe de bewoordingen van dit artikel schriftelijk te betekenen, met ontvangstbewijs ondertekend door de rechthebbende, en de draagwijde ervan toe te lichten. Een dubbel van dit ondertekend document wordt bewaard door de inrichting.

VII - PERSONEEL VAN DE INRICHTING

Artikel 38. § I. Het voorziene medisch en therapeutisch personeelskader, opgenomen in de bijlage bij deze overeenkomst, zal zich voor zijn activiteiten in de inrichting en gedurende de uren in aanmerking genomen voor de berekening opgenomen in de bijlage bij deze overeenkomst uitsluitend wijden aan activiteiten in verband met de programma's en revalidatiezittingen waarvan sprake in de punten II en III.

§ 2. Het uurrooster der openingsuren van de inrichting, binnen hetwelk de in aanmerking genomen uren vermeld in § I zijn vervat, is opgemaakt per ononderbroken tijdsblokken van halve dagen (minstens drie uur). Het gaat om het uurrooster medegedeeld aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. op datum van #< 20>. De inrichting verbindt zich ertoe om aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. elke eventuele wijziging van dit uurrooster mee te delen, tenminste één maand voor zij van kracht wordt.

§ 3. Gedurende dit uurrooster zal geen enkele verstrekking voor een patiënt waarvan de revalidatie niet ten laste genomen wordt in het kader van deze overeenkomst worden verricht of gefactureerd, noch aan een zelf betalende patiënt, noch aan een patiënt of aan de verzekeringsinstellingen in het kader van het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, noch in het kader van het Koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen.

Artikel 39. § I. Teneinde de kwaliteit van de revalidatie te verzekeren, verbindt de inrichting zich ertoe steeds het personeelskader voorzien in bijlage bij deze overeenkomst te werk te stellen. Dit houdt in dat zij zich ertoe verbindt steeds alle schikkingen te treffen om te vermijden dat een in het personeelskader voorziene functie niet zou opgevuld worden. Zo zal de inrichting, zodra een in het personeelskader voorziene functie open zal komen door ontslagneming,

afdanking of door redenen van gewettigde langdurige afwezigheid (loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ziekte, ...) onmiddellijk maatregelen nemen om in de vervanging van het tijdelijk of definitief weggevallen personeelslid te voorzien.

De inrichting is evenwel niet verplicht een door haar ontslagen personeelslid te vervangen dat op verzoek van de inrichting geen arbeidsprestaties meer verricht tijdens de nog bezoldigde wettelijke vooropzegperiode, zolang dat personeelslid nog effectief door de inrichting vergoed wordt. De inrichting is evenmin verplicht een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte te vervangen gedurende de wettelijke periode van gewaarborgd loon, tijdens welke het zieke personeelslid nog effectief door de inrichting bezoldigd wordt.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. in te lichten nopens het personeel effectief in functie in de inrichting.

Daartoe deelt de inrichting elk kwartaal, schriftelijk, de Dienst voor geneeskundige verzorging alle wijzigingen mee die optraden binnen het personeelskader, ongeacht of het tijdelijke wijzigingen (wegens ziekte, loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde,...) of definitieve wijzigingen (wegens afdanking, ontslag,...) betreft.

§ 3. Voor elke wijziging dienen de volgende gegevens medegedeeld te worden :

- naam, voornaam en functie van het vervangen personeelslid, de datum vanaf wanneer het zijn functie niet meer vervult en de reden van de personeelswijziging (ziekte, afdanking, ontslag, ...);

- naam, voornaam, kwalificatie en functie van het nieuwe personeelslid, het aantal te presteren u/week en de datum van indiensttreding in de inrichting.

Indien een personeelslid ontslagen is door de inrichting en daar op haar verzoek niet meer werkt tijdens de wettelijke vooropzegperiode, dient dit uitdrukkelijk vermeld te worden;

in dat geval dienen zowel de datum vanaf dewelke het afdankte personeelslid niet meer voor de inrichting werkt, als de datum van het einde van de wettelijke vooropzegperiode medegedeeld te worden.

Afwezigheden van een personeelslid wegens ziekte moeten niet medegedeeld worden indien deze afwezigheid niet langer duurt dan de wettelijke periode van gewaarborgd loon.

Indien dat toch het geval is, dient de datum van begin van de ziekte vermeld te worden als datum vanaf dewelke de functie niet meer vervuld wordt.

§ 4. Elke andere wijziging binnen de personeelsformatie waar geen nieuwe aanwerving mee gemoeid is dient ook medegedeeld te worden, evenals het ontbreken van enige wijziging gedurende het betrokken kwartaal.

§ 5. Elke mededeling voorzien in dit artikel zal gebeuren door middel van een formulier waaryan het model vastgesteld is door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

§ 6. Indien het Verzekeringscomité vaststelt dat de inrichting de beschikkingen van § 1 van dit artikel niet naleefde, kan het beslissen, naast andere nuttig geachte maatregelen, het in artikel 17, § 2, vastgestelde forfait en de in artikel 19, § 4, vastgestelde bedragen met een bepaald bedrag en voor een bepaalde periode te verminderen. In geen geval mag deze periode langer duren dan deze van de niet-naleving van de verplichtingen van § 1 van dit artikel en in ieder geval moet de inrichting de kans gekregen hebben schriftelijk de redenen van deze niet-naleving uit te leggen.

Indien tegelijk de bepalingen van § 1 én van § 2 van dit artikel niet nageleefd worden, is in ieder geval een vermindering van toepassing, welke ook de redenen van de niet-naleving zijn.

Deze vermindering bedraagt 10 % van het in artikel 17, § 2, vastgestelde forfait en de in artikel 19, § 4, vastgestelde bedragen, en dit per equivalent van ontbrekende volijdse betrekking. Deze vermindering bedraagt #> 21 <% van het in

artikel 17, § 2, vastgestelde forfait en de in artikel 19, § 4, vastgestelde bedragen, en dit per equivalent van ontbrekende voltijdse betrekking zodat op jaarbasis de vermindering voor de inrichting een verlies van inkomsten zou betekenen dat 120 % bedraagt van de gemiddelde kost van een equivalent van voltijdse betrekking. ***** voor een inrichting die een equipe vergoedt die minder dan 12 equivalenten van voltijdse betrekking telt ***** Deze basisbedragen worden gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 op 1 juni 2003 (basis 1996) en aangepast volgens de bepalingen van de in artikel 17, § 2, genoemde wet.

De inrichting verbindt zich ertoe om in geen geval de verminderingen toegepast op basis van deze paragraaf te verhalen op de patiënten die ze ten laste neemt, noch op de andere personeelsleden.

Artikel 40. De inrichting verbindt zich er toe elk personeelslid schriftelijk op de hoogte te brengen van de inhoud van de artikelen 3 tot en met 13, 15, 16, 19, §§ 1 tot en met 3, artikel 20, § 2 tot en met 27, 36, 38 en 46 van deze overeenkomst, die ook de verantwoordelijkheid van het personeel binden, alsmede van elke eventuele wijziging ervan. De inrichting bewaart de daartoe door het personeel gedateerde en ondertekende ontvangstbewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V..

Artikel 41. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe haar personeel minstens te bezoldigen op basis van de principes gebruikt bij de berekening van de kosten; deze berekening is opgenomen in bijlage bij deze overeenkomst.

Deze berekening is gebaseerd enerzijds op de loonschalen van het Paritair Subcomité 305.I - met inbegrip van de toepassing van de maatregelen opgenomen in het sociaal akkoord van 4 juli 1991 (meerjarenplan voor de gezondheidssector) en van de C.A.O.'s van 10 december 1992 en 24 april 1995 -, voor de geneesheren op de loonschalen van de adviserend geneesheren en voor de directeur op de loonschalen van de ambtenaren van de federale overheidsdiensten, en anderzijds

op de beslissingen van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V..

De inrichting verbindt zich eveneens ertoe het betrokken personeel de voordelen voorzien in het kader van nieuwe collectieve arbeidsovereenkomsten gesloten in het kader van het Paritair Subcomité 305.I, in het kader van nieuwe beschikkingen genomen inzake de loonschalen van de adviserend geneesheren of in het kader van nieuwe beschikkingen genomen inzake de loonschalen van de ambtenaren van de federale overheidsdiensten toe te kennen, op voorwaarde dat de kosten ervan door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. geïntegreerd worden in het bedrag van het forfait.

De inrichting verbindt zich ertoe jaarlijks, uiterlijk op 31 maart, het door het Verzekeringscomité toegestane bedrag, bepaald per equivalent van in de loop van het voorgaande kalenderjaar vergoede forfait, te storten aan het Fonds voor de betaling van een syndicale premie in de Gezondheidssector.

§ 2. In geval een in het personeelskader van de inrichting voorziene functie contractueel vervuld wordt door een zelfstandige, verbindt de inrichting zich ertoe voor diens prestaties een honorarium te betalen dat minstens gelijk is aan de totale loonkost in geval van tewerkstelling op basis van een werknemersstatuut. De voornoemde totale loonkost omvat, naast de brutobezoldiging onder meer de toeslag voor onregelmatige uren, het vakantiegeld, alle premies en de patronale R.S.Z.-bijdragen, wetsverzekering... .

§ 3. De inrichting verbindt zich er toe in elke situatie en welk ook het statuut weze van de persoon die haar vervult, voor elke functie opgenomen in de tabel in bijlage bij deze overeenkomst aan de Dienst voor geneeskundige verzorging kopie over te maken van het contract dat de naam en de kwalificatie van het personeelslid vermeldt dat de functie vervult, evenals het effectief aantal u/week waartoe het personeelslid zich verbindt om daadwerkelijk in de inrichting aanwezig te zijn.

§ 4. Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. kan niet beschouwd worden als partij betrokken bij de contracten afgesloten tussen de inrichting en haar personeel.

Artikel 42. Het aandeel van de personeelskosten in de in artikels 17 en 19 vastgestelde prijzen zal aan de realiteit aangepast worden, indien de werkelijke personeelsuitgaven, tengevolge van de evolutie van de anciënniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel, 1% hoger zouden komen te liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de prijzen.

De inrichting zal daartoe in overleg met de Dienst voor geneeskundige verzorging een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier samenstellen dat aan het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité zal voorgelegd worden, samen met een wijzigingsclausule bij de overeenkomst, waardoor de in deze overeenkomst vastgestelde prijzen kunnen aangepast worden.

Het door de inrichting samen te stellen personeelskostendossier moet het model en de uitgangspunten volgen van de personeelskostenberekening die zich in bijlage bij deze overeenkomst bevindt, onder meer wat het aantal personeelsleden van de inrichting en hun kwalificatie betreft. Afwijkingen van deze uitgangspunten zijn alleen maar mogelijk als ze het gevolg zijn van door het Verzekeringscomité toegepaste nieuwe C.A.O.'s of van wettelijk opgelegde maatregelen. In geen geval mag de actualisering van de personeelskosten op bepaalde punten tegenstrijdig zijn met de berekeningsprincipes die door de Dienst voor geneeskundige verzorging normalerwijze toegepast worden.

Een personeelskostendossier dat niet aan deze vereisten beantwoordt, zal door de Dienst voor geneeskundige verzorging als onontvankelijk worden beschouwd, wat zal aan de inrichting meegeleid worden.

De aldus herberekende prijzen zullen van kracht worden de eerste dag van de maand volgend op de goedkeuring door het Verzekeringscomité en ten laatste op de eerste dag van de vierde maand volgend op de datum van ontvangst door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het volledig en nauwkeurig personeelsdossier.

Artikel 43 § 1. Bij elke aanvraag tot herberekening van de personeelskosten verbindt de inrichting zich er toe om telkens de volgende kosten die zij zelf op jaarbasis heeft in het kader van de revalidatieovereenkomst duidelijk en afzonderlijk op te geven en aan te tonen, of, indien de inrichting geen dergelijke kosten heeft, aan te geven waarom niet:

- 1) De kosten voor wetsverzekering en arbeidsgeneeskunde voor haar personeel.
- 2) De kosten voor sociaal secretariaat voor haar personeel. Indien gebeurlijk personeel van de inrichting zelf de taken van een sociaal secretariaat waarneemt worden duidelijk en afzonderlijk het betrokken personeelslid of -leden opgegeven, evenals het gemiddeld aantal u/week dat (door elk van hen) aan deze taken besteed wordt.
- 3) De kosten voor haar boekhouding. Indien gebeurlijk personeel van de inrichting zelf de taken van boekhouder waarneemt worden duidelijk en afzonderlijk het betrokken personeelslid of -leden opgegeven, evenals het gemiddeld aantal u/week dat (door elk van hen) aan deze taken besteed wordt.
- 4) De kosten voor allerlei wettelijke verplichtingen zoals preventieadviseur, startbanen in organisaties met meer dan 50 werknemers, comité preventie en bescherming op het werk, ...

§ 2. De inrichting verbindt er zich ook toe bij elke aanvraag tot herberekening van de personeelskosten het gemiddeld aantal uren per week dat zij op jaarbasis besteedt voor de administratieve directie, het onthaal, het secretariaat en de (ondersteuning van) informatica op te geven, evenals voor het onderhoud.

§ 3. Geen enkele aanvraag tot herberekening zal onderzocht worden indien de in §§ 1 en 2 vermelde gegevens er niet in voorkomen.

Anderzijds zullen bij de opmaak van de herberekening alle in §§ 1 en 2 vermelde punten afzonderlijk vermeld worden indien er werkelijke personeels- of uitbestedingskosten tegenover staan.

Artikel 44. De inrichting verbindt zich ertoe elk personeelslid schriftelijk de verplichtingen mee te delen die vermeld zijn in artikel 41 en die betrekking hebben op het loon van het personeel.

De inrichting bewaart de bewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V., waaruit blijkt dat het personeel kennis heeft genomen van deze verplichtingen.

De inrichting verleent de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. toestemming om elk personeelslid dat erom verzoekt, de beschikkingen mede te delen in verband met de berekeningswijze van diens loon die voortvloeien uit die verplichtingen.

VIII - ANDERE MEDISCH-ADMINISTRATIEVE EN BOEKHOUDKUNDIGE VERPLICHTINGEN

Artikel 45 De inrichting verbindt zich ertoe aan het College van geneesheren-directeurs, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. en aan de verzekeringsinstellingen alle inlichtingen te verschaffen betreffende enerzijds de controle op de naleving van de therapeutische en financiële aspecten van deze overeenkomst en anderzijds op de werking van deze overeenkomst kaderend in het algemeen beheer van overeenkomsten voorzien in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (met inachtneming van het medisch geheim).

Artikel 46. § 1. De inrichting houdt dagelijks een aanwezigheidsregister bij, waarvan het model bepaald is door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V., waarop voor elke openingsdag van de inrichting de identiteit

vermeld wordt van alle rechthebbenden aanwezig binnen het in artikel 38 bedoelde uurrooster, de reden van hun aanwezigheid (welke zitting voorzien in punt III).

§ 2. De inrichting dient door middel van een systeem van volledige registratie, tijd van (onderdelen van) zittingen en namen van de respectieve prestatieverleners inbegrepen, te bewijzen op welke manier elke revalidatiezitting, vermeld in het in § 1 bedoelde register is uitgevoerd. De inrichting verbindt zich er toe de revalidatieverstrekkingen terug te betalen die in rekening gebracht werden bij een verzekeringsinstelling en voor dewelke een geneesheer-inspecteur van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle heeft vastgesteld dat het bovenvermelde bewijs niet kon geleverd worden.

§ 3. Het niet nakomen van de in §§ 1 en 2 van dit artikel bedoelde verplichtingen wordt als een zware fout beschouwd.

§ 4. De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbenden niet de forfaits aan te rekenen waarvoor de verzekeringstegemoetkoming wordt geweigerd krachtens de bepalingen van §§ 1 en 2 van dit artikel.

§ 5. Een afschrift van dit register wordt maandelijks, vóór het einde van de maand die volgt op de betrokken maand, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. bezorgd.

§ 6. De inrichting verbindt zich ertoe om in een systeem van volledige registratie:

- per EFT therapeut minimum het equivalent van 15 werkuren/jaar vorming te voorzien;
- per EFT therapeut minimum het equivalent van 1u/week teamvergadering (= minimum 3 therapeuten van 3 verschillende disciplines) te voorzien, gewijd aan besprekning van rechthebbenden en coördinatie van hun revalidatie. In de regel is ook een geneesheer van de inrichting aanwezig op elke teamvergadering en in geen geval kunnen na een teamvergadering wijzigingen in het therapeutisch programma

van een rechthebbende doorgevoerd worden zonder dat de voorschrijvende geneesheer van de inrichting daarover geïnformeerd werd en er schriftelijk zijn goedkeuring aan gaf.

§ 7. In het dossier van de rechthebbende moet een verslag bewaard worden van elke besprekking op een teamvergadering waarbij minimum 3 therapeuten van 3 verschillende disciplines betrokken zijn, en in voorkomend geval de door de geneesheer mede bekraftigde wijziging in het revalidatieprogramma.

§ 8. De inrichting verklaart de eventueel door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. gegeven instructies te aanvaarden, die bestemd zijn om de naleving van de in dit artikel voorziene verplichtingen via magnetische drager te regelen.

Artikel 47. De inrichting verbindt zich ertoe alle afgevaardigden van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. en van de verzekeringsinstellingen toe te staan alle bezoeken af te leggen die zij nuttig achten voor de vervulling van hun taak.

Artikel 48. De inrichting verbindt zich ertoe de boekhoudkundige regels te eerbiedigen opgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze regels houden met name in, het voeren van een boekhouding op basis van het minimum genormaliseerd boekhoudkundig plan goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, evenals het jaarlijks opmaken van een bilan en een resultatenrekening op basis van de voorgescreven modellen en het jaarlijks binnen de zes maanden na het afsluiten van het boekjaar naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. opsturen van deze laatste.

Bovendien moet de inrichting de bewijsstukken van de uitgaven en ontvangsten bewaren en ter beschikking houden van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

@@@ In de overeenkomst van inrichtingen voor wie na 31 maart 2003 reeds een herberekening van hun kostenveloppe werd goedgekeurd met uitwerking ten laatste op de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst, luidt de tekst van Artikel 48 als volgt @@@

Artikel 48 § 1. De inrichting verbindt zich ertoe de boekhoudkundige regels te eerbiedigen opgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze regels houden met name in, het voeren van een boekhouding op basis van het minimum genormaliseerd boekhoudkundig plan goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, evenals het jaarlijks opmaken van een bilan en een resultatenrekening op basis van de voorgescreven modellen en het jaarlijks binnen de zes maanden na het afsluiten van het boekjaar naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. opsturen van deze laatste.

Bovendien moet de inrichting de bewijsstukken van de uitgaven en ontvangsten bewaren en ter beschikking houden van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe elke in Artikel 43 §§ 1 en 2 vermelde personeelskostenpost duidelijk en nominatief aan te geven in haar resultatenrekening of minstens in de toelichting daarbij, en dit voor elk betrokken kalenderjaar te beginnen met dat waarin deze wijzigingsclausule in werking treedt, ook wanneer sommige van die kosten voor het betrokken jaar 0,00 EUR zouden bedragen.

§ 3. De inrichting verbindt zich er ook toe in haar resultatenrekening of minstens in de toelichting daarbij, voor elk betrokken kalenderjaar te beginnen met dat waarin deze wijzigingsclausule in werking treedt afzonderlijk en nominatief minstens volgende kostenposten te vermelden, ook wanneer sommige ervan voor het betrokken jaar 0,00 EUR zouden bedragen:

- kosten voor vorming en studiedagen van haar personeel,
- kosten voor lidgelden,
- kosten voor bibliotheek en abonnementen,
- representatiekosten,
- de kosten voor therapeutisch materiaal,
- kosten voor verbruiksmateriaal voor de werking van de inrichting,
- kosten voor materiaal voor onderhoud,
- kosten voor telefoon,
- kosten voor elektriciteit,
- kosten voor water,
- kosten voor (brandstof voor) de verwarming,
- uitzonderlijke kosten.

Deze kosten zullen worden toegelicht volgens het schema zoals opgemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging.

IX - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 49. De inrichting verbindt zich ertoe alle nuttige maatregelen te nemen op het vlak van de brandveiligheid; zij blijft daartoe bestendig in contact met een bevoegde dienst en voert de door die dienst opgelegde maatregelen en werken onmiddellijk uit.

***** dit artikel is alleen in te voegen voor de inrichtingen die niet gelegen zijn in een ziekenhuis *****

Artikel 50. § 1. Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op 1 januari 2004. Zij vernietigt en vervangt de overeenkomst gesloten tussen de inrichting en het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in werking getreden op #.

§ 2. Deze overeenkomst is geldig voor onbepaalde duur, evenwel behoudens opzegging ervan door één van beide partijen per aangetekende brief gericht aan de andere partij, waarbij een opzeggingstermijn van drie maand dient in acht genomen, die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief.

§ 3. De bijlage bij deze overeenkomst maakt een integrerend deel daarvan uit. Het gaat om de bijlage die de berekening van het forfait bevat.

X - OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 51. Elke individuele beslissing inzake de terugbetaling van revalidatieverstrekkingen, genomen door de adviserend geneesheer krachtens de tekst vernietigd en vervangen door de huidige in toepassing van artikel 50, § 1, blijft van toepassing tot op de vervaldag voorzien bij deze individuele beslissing.

Ook elke individuele beslissing inzake de terugbetaling van revalidatieverstrekkingen voor een rechthebbende behorend tot groep 13 van artikel 3, genomen door de adviserend geneesheer krachtens de tekst geldig tot en met 30 juni 2004, blijft van toepassing tot op de vervaldag voorzien bij deze individuele beslissing.

Artikel 52. De bepalingen van deze overeenkomst geven geen aanleiding tot een verhoging van het aantal uren van de medische equipe zoals reeds opgenomen in de bijlage bij de overeenkomst geldig op 31.12.2003.

Voor #« 5» die de inrichting #« 1» « 2» beheert (handtekeningen) De Voorzitter van de Inrichtende Macht #« 23» De Administratief Verantwoordelijke van de inrichting #« 24» De Medisch Verantwoordelijke van de inrichting	#« 22» Voor het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invalidi-teitsverzekering: Brussel, De wnd. Leidend Ambtenaar, G. VEREECKE,
--	---

APPENDIX 2 TO CHAPTER I CONVENTIONS FOR PSY REHABILITATION CENTRES

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 — 1150 BRUSSEL
Dienst voor geneeskundige verzorging

OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITE VAN DE
VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING EN DE #« 5», VOOR #« 1» «
2» - « 3» - « 4» MET BETrekking tot de REVALIDATIE
VAN RECHTHEBBENDEN VAN DE VERPLICHTE
VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
DIE HUN NEGENTIENDE VERJAARDAG NIET BEREIKTEN,
VOOR WIE OP HET OGENBLIK VAN DE
TENLASTENEMING DE ERNST VAN DE MENTALE OF
GEDRAGSSTOORNISSEN EEN INTENSIEVE
MULTIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE VERGT.

Gelet op de wet inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Wordt overeengekomen wat volgt tussen: enerzijds, het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

en anderzijds,

#« 5»

voor,

#« 1» « 2» - « 3» - « 4» de inrichting met dezelfde naam.

Artikel 1. De revalidatieinrichting #« 1» « 2» wordt in deze overeenkomst "inrichting" genoemd.

ONDERWERP VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 2. Deze overeenkomst omschrijft de financiële en administratieve betrekkingen tussen de inrichting en de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, alsmede de betrekkingen tussen deze inrichting, het R.I.Z.I.V. en de verzekeringsinstellingen, meer bepaald betreffende de rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de revalidatieprogramma's, de revalidatieverstrekkingen, zitting genoemd, de prijs van de zittingen en de betalingswijze ervan.

Zij omvat verder de volgende punten:

I - RECHTHEBBENDEN OP DE REVALIDATIE:

artikelen 3 t.e.m. 6

II - REVALIDATIEPROGRAMMA:

PSY-21.11.03 2

artikelen 7 t.e.m. 13

III - VERSTREKKINGEN FUNCTIONELE REVALIDATIE ARTIKEL 14:

III - A - zittingen in het kader van een aanvangsbilan. artikelen 15 t.e.m. 18

III - B - zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan. artikel 19

III - C - Beschikkingen geldend zowel voor een in III - A als voor een in III - B vermelde zitting.

artikelen 20 t.e.m. 23

IV - PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING IN DE REVALIDATIEKOSTEN

artikelen 24 t.e.m. 27

V - FACTURATIE EN FACTURATIECAPACITEIT

artikelen 28 t.e.m. 35

VI - CUMULVERBODEN

artikelen 36 t.e.m. 37

VII - PERSONEEL VAN DE INRICHTING

artikelen 38 t.e.m. 44

VIII - ANDERE MEDISCH-ADMINISTRATIEVE EN BOEKHOUDKUNDIGE VERPLICHTINGEN

artikelen 45 t.e.m. 48

IX - ALGEMENE BEPALINGEN

artikelen 49 t.e.m. 50

X - OVERGANGSBEPALINGEN ARTIKELEN 51 EN 52

I - RECHTHEBBENDEN OP DE REVALIDATIE

Artikel 3. Onder rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, dienen te worden verstaan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die hun negentiendaagse verjaardag niet bereiken, voor wie op het ogenblik van de tenlasteneming de ernst van de mentale- of gedragsstoornissen een intensieve multidisciplinaire revalidatie vergt en waarvan de pathologie opgenomen is in één van de volgende groepen:

groep 1 : hersenletsel van vasculaire, toxische, tumorale, infectieuze of traumatische oorsprong, zonder

symptomen van dementie. De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op het begin van de aandoening;

groep 2 : mentale handicap o.a. gekenmerkt door een totaal intelligentiequotiënt of, bij de kinderen vóór hun zesde verjaardag, door een ontwikkelingsquotiënt van minder dan 70, vastgesteld door een algemene intelligentie- of ontwikkelingstest;

groep 3 : autismespectrumstoornissen, behorende tot één van de volgende categorieën van de internationale

classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10):

- infantiel autisme (F84.0),
- atypisch autisme (F84.1),
- syndroom van Rett (F84.2)
- andere desintegratiestoornis op kinderleeftijd (F84.3),
- hyperactieve stoornis samengaand met zwakzinnigheid en stereotypieën (F84.4),
- syndroom van Asperger (F84.5);

groep 4 : ernstige gedragsstoornissen gekenmerkt door een geheel van dissociële, agressieve of provocerende gedragingen, die herhaaldelijk optreden en al gedurende minstens zes maand aanhouden en die behoren tot de categorie F91, gedragsstoornissen, van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10);

groep 5 : chronische of met exacerbaties optredende schizofrenie, behorende tot één van de volgende

categorieën van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10):

- F20.0 : paranoïde vorm van schizofrenie,
- F20.1 : hebephrene vorm van schizofrenie,
- F20.2 : katatone vorm van schizofrenie,
- F20.3 : niet gedifferentieerde schizofrenie,
- F20.4 : post-schizofrene depressie,
- F20.5 : defectschizofrenie,
- F20.6 : eenvoudige vorm van schizofrenie;

groep 6 : stemmingstoornissen gekenmerkt door een manische episode (met uitsluiting van hypomanie,

categorie F31.0 van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening - ICD-10), door een ernstige depressieve

episode of door bipolaire affectieve stoornissen met minstens twee episodes gedurende dewelke de stemming en het activiteitenniveau grondig verstoord waren, behorende tot één van de volgende categorieën van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10) :

- F30.1 : manie zonder psychotische symptomen,
- F30.2 : manie met psychotische symptomen,
- F31.1 : bipolaire affectieve stoornis, met actuele manische episode zonder psychotische symptomen,
- F31.2 : bipolaire affectieve stoornis, met actuele manische episode met psychotische symptomen,
- F31.4 : bipolaire affectieve stoornis, met actueel een episode van ernstige depressie zonder psychotische symptomen,
- F31.5 : bipolaire affectieve stoornis, met actueel een episode van ernstige depressie met psychotische symptomen,
- F31.6 : bipolaire affectieve stoornis, met actueel een gemengde episode,
- F32.2 : episode van ernstige depressie, zonder psychotische symptomen,
- F32.3 : episode van ernstige depressie, met psychotische symptomen;

groep 7 : hersenverlamming;

groep 8 : specifieke ontwikkelingsstoornissen van de gesproken taal, van het expressieve en/of van het receptieve type, aanwezig sinds de vroegste kinderjaren en geëvalueerd uiterlijk vóór de achtste verjaardag van de rechthebbende, met een evaluatie van de gesproken taal in haar receptieve (= R) en expressieve of productieve (= P) dimensie. Voor elke dimensie omvat de evaluatie de volgende aspecten: articulatie (= P) en fonologie (= R), lexicon (P + R), semantiek (P + R), morfologie (P + R), syntax (P + R), evenals een beoordeling van de pragmatiek. Voor de vijf eerste aspecten moet de evaluatie een resultaat geven lager dan- of gelijk aan het derde percentile of

twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde voor minstens drie aspecten in de receptieve en/of expressieve dimensie. Het aspect of de aspecten geëvalueerd door elke test of subtest worden nader aangegeven in de limitatieve lijst waarvan sprake in artikel 4.

Daarenboven houdt de kwalificatie "specifiek" van deze stoornissen, bij een rechthebbende de afwezigheid in van een mentale handicap (totaal intelligentiequotiënt, of, bij kinderen vóór hun zesde verjaardag, ontwikkelingsquotiënt van minstens 85, gemeten met een individuele test), van een belangrijke gehoorstoornis (gemiddeld gehoorverlies van de metingen tegen 1000, 2000 en 4000 hertz niet meer dan 40 dBA voor het beste oor), van een ernstige neurologische stoornis en van een ernstige anatomische afwijking van de spraakorganen.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen;

groep 9, A : randbegaafdheid met harmonisch profiel en die gepaard gaat met geassocieerde functionele stoornissen;

Het behoren van een rechthebbende tot deze groep houdt de aanwezigheid in van een randbegaafdheid, d.w.z. als resultaat op een individuele intelligentietest een totaal intelligentiequotiënt of, voor kinderen vóór hun zesde verjaardag, een ontwikkelingsquotiënt van 70 tot en met 84.

De vaststelling van een harmonie van intelligentie- of ontwikkelingsprofiel berust op een verschil gelijk aan of kleiner dan één standaarddeviatie tussen de score voor het verbaal intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) en het performaalm intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) of vice versa.

De vaststelling van de aanwezigheid van geassocieerde functionele stoornissen die een intensieve multidisciplinaire revalidatie wettigen berust op een resultaat lager dan- of gelijk aan het derde percentile of twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde verwacht voor de chronologische leeftijd van de rechthebbende, van (een) op dat vlak specifieke test(en) voor tenminste drie van de volgende domeinen:

1. dat van de aandacht en/of het geheugen (visueel of auditief) en/of de executieve functies;
2. het psychosociale (gedrag);
3. dat van de gesproken taal;
4. dat van de auditieve en/of visuele perceptie;
5. dat van de motoriek;
6. dat van het visuospatiëel functioneren.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen.

groep 9, B : randbegaafheid met disharmonisch profiel en die gepaard gaat met geassocieerde functionele stoornissen;

Het behoren van een rechthebbende tot deze groep houdt de aanwezigheid in van een randbegaafheid, d.w.z. als resultaat op een individuele intelligentietest een totaal intelligentiequotiënt of, voor kinderen vóór hun zesde verjaardag, een ontwikkelingsquotiënt van 70 tot en met 84.

De vaststelling van een disharmonie van intelligentie- of ontwikkelingsprofiel berust op een verschil groter dan één standaarddeviatie tussen de score voor het verbaal intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) en het performaalm intelligentiequotiënt (of ontwikkelingsquotiënt) of vice versa.

De vaststelling van de aanwezigheid van geassocieerde functionele stoornissen die een intensieve multidisciplinaire revalidatie wettigen berust op een resultaat lager dan- of gelijk aan het derde percentile of twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde verwacht voor de chronologische leeftijd van de rechthebbende, van (een) op dat vlak specifieke test(en) voor tenminste twee van de volgende domeinen:

1. dat van de aandacht en/of het geheugen (visueel of auditief) en/of de executieve functies;
2. het psychosociale (gedrag);
3. dat van de gesproken taal;
4. dat van de auditieve en/of visuele perceptie;

5. dat van de motoriek;
6. dat van het visuospatiëel functioneren.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen.

groep 10 : specifieke ontwikkelingsstoornissen van schoolvaardigheden - al dan niet samengaand met een specifieke ontwikkelingsstoornis van motorische functies - namelijk een specifieke lees- en/of spellingsstoornis en/of een specifieke stoornis van rekenvaardigheden, aanwezig vanaf de eerste jaren op school en aangetoond met een individuele test van de schoolse vaardigheden, die een resultaat geeft lager dan- of gelijk aan het derde percentile of twee standaardafwijkingen onder het verwachte gemiddelde voor de chronologische leeftijd van de rechthebbende die minstens zes maand leerplichtig moet zijn en zijn vijfde verjaardag niet mag bereikt hebben, die een totaal intelligentiequotiënt van minstens 85 vertoont, gemeten met een individuele test, zonder belangrijke gehoorstoornis (gemiddeld gehoorverlies van de metingen tegen 1000, 2000 en 4000 hertz niet meer dan 40 dB voor het beste oor) of stoornis van de gezichtsscherpte, zonder ernstige neurologische of emotionele stoornis die het probleem veroorzaakt heeft.

De revalidatie moet beginnen binnen de zes maand volgend op de evaluatie van de stoornissen.

groep 11 : hyperkinetische stoornissen gekenmerkt door een tekort aan aandacht en een gelijktijdige overactiviteit, optredend vóór de zesde verjaardag van de rechthebbende en vervolgens voortdurend aanwezig, d.w.z. gedurende tenminste 6 maanden na het begin ervan, en zich voordoend in meerdere situaties, vooral in deze die gestructureerd en georganiseerd zijn en die een goede zelfcontrole vereisen.

Geldig tot en met 30 juni 2004: groep 12 : stotteren dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag,

- dat gepaard gaat met secundaire kenmerken zoals vermijdingsgedrag, afstotingsreacties, wisselende fobieën,
- en dat een duidelijke weerslag heeft op het schoolse of professionele leven,

Artikel 4. Voor de evaluatie van bepaalde groepen van stoornissen vermeld in artikel 3, baseren de equipe van de inrichting, evenals de beslissende instanties vermeld in artikel 26 zich op een limitatieve lijst van testen, vastgelegd door het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs na raadpleging van de Raad voor advies inzake functionele revalidatie.

PSY-21.11.03 5

Artikel 5. Worden nooit beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die één of meerdere van de navolgende stoornissen vertonen :

- secundaire stoornissen ten gevolge van emotionele toestanden, van relatieproblemen, van een verwaarloosd of gebrekkig schoolbezoek (bij voorbeeld wegens ziekte), van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of van een meertalige opvoeding;
- eenvoudige spraakstoornissen, zoals sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, broddelen, bradylalie;
- stemstoornissen zoals functionele afonie of dysfonie, fonastenie, stemwisselingsstoornissen.

Artikel 6. § 1. Worden nooit beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die ter verpleging zijn opgenomen in een dienst die erkend is onder één van de kenletters V, G, Sp (chronisch), T, A, of K, of die gehuisvest zijn in hetzij een rustoord voor bejaarden, hetzij een rust- en verzorgingstehuis, hetzij een psychiatrisch verzorgingstehuis.

§ 2. Worden evenmin beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die gehuisvest zijn in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut en

die er genieten van een revalidatie. In geval van een aanvraag tot terugbetaling ingediend voor een dergelijk persoon, wordt er een verklaring bijgevoegd van de verantwoordelijke van voornoemd instituut, waarin deze verklaart dat de betrokkenen in het instituut niet kan genieten van enige verstrekking met het oog op zijn revalidatie.

§ 3. Voor een rechthebbende die leerplichtig is en school loopt, kan de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, die gebeurt binnen de schooluren, terugbetaald worden op voorwaarde dat ze verloopt in het kader van een tussen de inrichting en de betrokken school afgesloten schriftelijk contract waarbij deze laatste zich verbindt zich te conformeren aan de reglementaire beschikkingen van het Bestuur van onderwijs terzake.

De bepalingen van deze paragraaf dienen te worden begrepen en toegepast in een geest die de harmonische coördinatie en integratie van de middelen, ter behoud van een coherent onderwijs- en opvoedingsprogramma van de leerling/rechthebbende stimuleert en ten goede komt.

II - REVALIDATIEPROGRAMMA

Artikel 7. § 1. Onverminderd § 2 van dit artikel, verbindt de inrichting er zich toe alleen een intensief multidisciplinair revalidatieprogramma zoals gedefinieerd in deze overeenkomst te beginnen na toesturen door een geneesheer die niet behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatieequipe, die haar de rechthebbende doorverwezen heeft.

§ 2. Voor de rechthebbenden behorende tot groep 10 uit artikel 3, kan, onder de verantwoordelijkheid van de arts ervan, dit toesturen gebeuren door een C.L.B. waarvan geen enkel lid behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatieequipe.

Artikel 8. § 1. De inrichting stelt aan de rechthebbenden op revalidatie, bepaald in artikel 3 van deze overeenkomst, een intensief multidisciplinair revalidatieprogramma voor.

§ 2. Voor elke rechthebbende vangt een intensief multidisciplinair revalidatieprogramma terugbetaalbaar in het kader van deze overeenkomst altijd aan met het opmaken van een "multidisciplinair aanvangsbilan".

Een "multidisciplinair aanvangsbilan" wordt over het algemeen gevuld door een "intensieve multidisciplinaire revalidatie stricto sensu", hierna "intensieve multidisciplinaire revalidatie" genoemd, verstrekt door de equipe die vooraf het "multidisciplinair aanvangsbilan" verrichtte. Deze "intensieve multidisciplinaire revalidatie" omvat tevens voor elke rechthebbende het opmaken van 1 "multidisciplinair evaluatieverslag" per jaar en het opmaken van een "multidisciplinair eindverslag".

§ 3. Bij wijze van uitzondering kan een multidisciplinair aanvangsbilan of een jaarlijks "multidisciplinair evaluatieverslag" opgemaakt door de bij deze overeenkomst voorziene equipe gevuld worden, hetzij door een "intensieve multidisciplinaire revalidatie" verstrekt in een andere inrichting met overeenkomst, hetzij door een monodisciplinaire revalidatie, of het kan niet door revalidatie gevuld worden.

Artikel 9. § 1. Voor elke rechthebbende wordt het multidisciplinair karakter van een aanvangsbilan bepaald door de uitvoering ervan tegenover elke rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover een of meerdere leden van zijn familie in de loop van de periode vermeld in artikel 15 door tenminste drie personen van drie verschillende disciplines, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe.

§ 2. Onvermindert § 1, wordt, buiten een aanvangsbilan, voor elke rechthebbende het multidisciplinair karakter van de revalidatie stricto sensu bepaald door de uitvoering ervan tegenover elke rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover een of meerdere leden van zijn familie in de loop van elke maand door tenminste drie personen van drie verschillende disciplines, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe.

Bij wijze van uitzondering kan een geval van plotselinge, niet te voorziene overmacht de oorzaak zijn dat dit multidisciplinair karakter van de revalidatie stricto sensu bij een rechthebbende niet kan geëerbiedigd worden gedurende een bepaalde maand, zonder dat de terugbetaalbaarheid van de hem in de betrokken maand in het kader van deze overeenkomst verleende en in punt III-B en punt III-C omschreven zittingen daardoor in het gedrang komt.

Voor een rechthebbende kan elke periode van overmacht nooit langer dan 1 maand duren.

§ 3. De inrichting houdt een lijst bij van de gevallen van de in § 2, tweede lid, bedoelde overmacht. De omschrijving van de omstandigheden die deze veroorzaakten blijft in het dossier van elke betrokken rechthebbende bewaard. De lijst omvat voor elke betrokken rechthebbende naam en voornaam, verzekeringsinstelling aan dewelke de zitting(en) werd(en) aangerekend, inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de verzekeringsinstelling en datum of data van uitvoering van de met beroep op § 2, tweede lid, aangerekende zitting(en).

In voorkomend geval stuurt de inrichting, vóór 31 januari van het daaropvolgende kalenderjaar kopie van deze lijst op aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 10. In het kader van artikel 9 kan "een persoon van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zijn:

- een geneesheer die:
 1. ofwel specialist is in de psychiatrie,
 2. ofwel specialist is in de neuropsychiatrie,
 3. ofwel specialist is in de pediatrie of in de neurologie, en die eventueel een bijkomende erkenning verwierf in de pediatrische neurologie,
 4. ofwel specialist is in de otorhinolaryngologie,
 5. ofwel specialist is in de fysische geneeskunde en revalidatie.

Eén van deze geneesheren moet een bijkomende erkenning als specialist in de revalidatie bekomen hebben; zo er slechts één is in de equipe van de inrichting, dan is diens bijkomende erkenning als specialist in de revalidatie verplicht;

- een licentiaat in de psychologie, in de pedagogie of in de orthopedagogie;
- een psychologisch assistent;
- een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om logopedieverstrekkingen uit te voeren;
- een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om audiologieverstrekkingen uit te voeren;
- een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om kinesitherapieverstrekkingen uit te voeren;
- een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om ergotherapieverstrekkingen uit te voeren;
- een paramedische kracht, gegradueerde of licentiaat, gerechtigd om psychomotoriekverstrekkingen uit te voeren;
- een opvoeder;
- een maatschappelijk werker of sociaal verpleegster;

PSY-21.11.03 7

Artikel 11. § 1. In de loop van elk jaar begrepen in het revalidatieprogramma moeten er minstens twee contacten plaatsvinden tussen een geneesheer behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe, en de rechthebbende en/of gebeurlijk één of meerdere leden van zijn familie. Bovendien moet ingegaan worden op elke vraag vanwege de rechthebbende of één of meerdere leden van zijn familie naar een bijkomend contact.

§ 2. Uitzonderlijk kan een geval van plotse, niet te voorziene overmacht veroorzaakt door een rechthebbende de oorzaak zijn dat deze beschikking bij hem niet kan geëerbiedigd worden voor een bepaald jaar, zonder dat de terugbetaalbaarheid van de hem in het betrokken jaar in het kader van deze

overeenkomst verleende en in punt III omschreven zittingen daardoor in het gedrang komt.

§ 3. De inrichting houdt een lijst bij van de gevallen van de in § 2 bedoelde overmacht. De omschrijving van de omstandigheden die deze veroorzaakten blijft in het dossier van elke betrokken rechthebbende bewaard. Deze lijst omvat voor elke betrokken rechthebbende naam en voornaam, verzekeringsinstelling aan dewelke de zitting(en) werd(en) aangerekend, inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de verzekeringsinstelling en datum of data van uitvoering van de met beroep op § 2 aangerekende zitting(en).

In voorkomend geval stuurt de inrichting, vóór 31 januari van het daaropvolgende kalenderjaar kopie van deze lijst op aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 12. Voor een rechthebbende komt het multidisciplinair aanvangsbilan niet in aanmerking voor het bepalen van de maximale terugbetalingsperiode waarvan sprake in artikel 13.

Artikel 13. Onvermindert artikel 12, wordt voor elke rechthebbende een maximale terugbetalingsperiode bepaald voor zijn intensief multidisciplinair revalidatieprogramma, en dit ongeacht de inrichting waar dit programma wordt verstrekt:

- voor groep 1 : per afzonderlijk opgetreden hersenletsel, 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 2 : - tot de leeftijd van zes jaar inbegrepen;
- van de leeftijd van 7 tot 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 6 maal 1 jaar.
- voor groep 3 : eerste tot en met vijfde streepje :
- tot de leeftijd van zes jaar inbegrepen;
- van de leeftijd van 7 tot 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 3 maal 1 jaar.

- voor groep 3, zesde streepje : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 3 maal 1 jaar.
- voor groep 4 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 5 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 6 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 7 : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen
- voor groep 8 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 9, A : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 4 maal 1 jaar vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 9, B : tot de leeftijd van 18 jaar inbegrepen, een kapitaal van 4 maal 1 jaar vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 10 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 11 : een éénmalige periode van 2 opeenvolgende jaren vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".
- voor groep 12 : een kapitaal van 2 maal 1 jaar vanaf het begin van de "intensieve multidisciplinaire revalidatie".

In het kader van dit artikel kan in voorkomend geval voor dezelfde rechthebbende:

- aanvaard worden dat hij achtereenvolgens behoort tot groep 8 en tot groep 10, terwijl niet kan aanvaard worden dat hij achtereenvolgens behoort tot groep 10 en tot groep 8;
- niet aanvaard worden dat hij achtereenvolgens behoort tot groep 9, A, en tot groep 9, B, of vice versa.

III - VERSTREKKINGEN FUNCTIONELE REVALIDATIE

Artikel 14. Een in punt II omschreven intensief multidisciplinair revalidatieprogramma bestaat voor elke rechthebbende uit verstrekkingen functionele revalidatie die in dit punt III worden omschreven.

Elke terugbetaalbare verstrekking functionele revalidatie wordt elders in deze overeenkomst "zitting" genoemd.

III - A - ZITTINGEN IN HET KADER VAN EEN AANVANGSBILAN.

Artikel 15. Zittingen deel uitmakend van een aanvangsbilan zijn steeds individuele zittingen, dit wil zeggen met één therapeut tegenover één rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie.

De zittingen deel uitmakend van éénzelfde aanvangsbilan worden verricht binnen een periode van maximum twee maand. Begin- en einddatum van deze periode worden opgegeven bij de aanvraag tot terugbetaling.

Artikel 16. § 1. Onverminderd artikel 9, duurt het geheel van individuele verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie dat deel uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in artikel 15, minimum 1 uur. Het geheel van individuele verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie, dat deel uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in artikel 15, kan ook minimum anderhalf uur of minimum 2 uren per dag en per rechthebbende duren. Een zitting kan onderverdeeld zijn in deelzittingen van elk minimum 30 minuten.

Alleen voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft kan de zitting ook samengesteld zijn uit 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel uit 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende.

Elke therapeut, arts uitgezonderd, is bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken. De arts kan bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken zijn.

§ 2. Elke (deel)zitting moet zijn opgenomen in het dossier van de rechthebbende, met meerbepaald de namen van de "personen van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zoals bepaald in artikel 10, die tussenkwamen.

§ 3. Voor verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie, of voor andere activiteiten van een geneesheer van de bij overeenkomst voorziene equipe, zoals bepaald in artikel 10, is per zitting vermeld in artikel 15, een globale gemiddelde duur van minimum 15 minuten beschikbaar.

De jaarlijks aldus beschikbare tijd wordt berekend op het totaal van dit soort zittingen dat een inrichting voorziet uit te voeren in de loop van elk kalenderjaar, totaal dat vermeld wordt in artikel 30.

§ 4. In de loop van een aanvangsbilan dient elke rechthebbende minstens 1 keer door een geneesheer van de bij overeenkomst voorziene equipe onderzocht te worden.

Artikel 17. § 1. De prijs per uur voor een individuele zitting zoals bepaald in de artikelen 15 en 16, "forfait" genaamd, wordt vastgesteld volgens de berekeningen vermeld in de bijlage bij deze overeenkomst.

§ 2. Het bedrag van het forfait bedraagt vanaf 1 januari 2004 #« 11 » EURO. Het indexeerbare gedeelte van dit bedrag is gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 van 1 juni 2003 (basis 1996) van de consumptieprijsen. Dit indexeerbare gedeelte wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van

1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijsen van het Rijk worden gekoppeld.

@@@ navolgende § wordt enkel opgenomen in de overeenkomst van inrichtingen voor wie na 31 maart 2003 reeds een herberekening van hun kostenveloppe werd goedgekeurd met uitwerking ten laatste op de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst @@@

§ 3. Het in de bijlage van deze overeenkomst vermelde bedrag aan algemene kosten is gelijk aan 15% van de erin vermelde personeelskosten.

Het indexeerbaar gedeelte van het bedrag van deze algemene kosten is gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 van 1 juni 2003 (basis 1996) van de consumptieprijsen. Dit indexeerbare gedeelte wordt vanaf de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst uitsluitend nog aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijsen van het Rijk worden gekoppeld.

Artikel 18. De inrichting verbindt zich ertoe om per dag en per rechthebbende slechts een bedrag gelijk aan 1, 1,5 of 2 forfaits te factureren voor zittingen zoals bepaald in de artikelen 15 en 16 met een duur van respectievelijk minimum 1 uur, anderhalf uur of 2 uren per dag en per rechthebbende.

III - B - ZITTINGEN DIE GEEN DEEL UITMAKEN VAN EEN AANVANGSBILAN.

Artikel 19. § 1. In het kader van een intensieve multidisciplinair revalidatie kan een zitting die geen deel uitmaakt van een aanvangsbilan een individuele, een groeps-, of een gemengde zitting zijn.

§ 2. Onverminderd artikel 9, duurt het geheel van verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie dat deel

uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in § 1, minimum 1 uur. Het geheel van verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie dat deel uitmaakt van 1 zitting zoals vermeld in § 1 kan ook minimum anderhalf uur of minimum 2 uren per dag en per rechthebbende duren. Een zitting kan voor elke rechthebbende onderverdeeld zijn in deelzittingen van elk minimum 30 minuten.

Alleen voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft kan de zitting ook samengesteld zijn uit 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel uit 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende.

Elke therapeut, arts uitgezonderd, is bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken. De arts kan bij dezelfde zitting minimum 30 minuten betrokken zijn.

§ 3. Elke zitting is opgenomen in het dossier van de rechthebbende. De namen van de "personen van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zoals bepaald in artikel 10, die tussenkwamen worden daarbij vermeld en in voorkomend geval ook de naam van de andere rechthebbenden die dezelfde zitting volgden. Zo een zitting samengesteld is uit deelzittingen worden deze gegevens voor elke deelzitting vermeld.

§ 4. Onverminderd §§ 2 en 3, is een zitting of deelzitting voor de hele duur ervan:

- ofwel individueel, met een verhouding van 1 therapeut tegenover 1 rechthebbende en maximum 4 therapeuten tegenover 4 rechthebbenden,

- ofwel in groep, waarbij per therapeut maximum 4 rechthebbenden tegelijk betrokken zijn en tegenover maximum 8 rechthebbenden minimum 2 therapeuten.

§ 5. Voor verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie, of

voor andere activiteiten van een geneesheer van de bij overeenkomst voorziene equipe, zoals bepaald in artikel 10, is per (deel)zitting van 1 uur een globale gemiddelde duur van minimum 2,5 minuten beschikbaar.

De aldus beschikbare tijd wordt berekend op het totaal van dit soort zittingen van de inrichting voor het geheel van de rechthebbenden en lopend over een activiteitsperiode die niet meer dan één maand mag bedragen.

§ 6. TABEL I bevat alle bedragen die kunnen gefactureerd worden voor terugbetaalbare zittingen vermeld in § 1 die beantwoorden aan de beschikkingen van §§ 2, 3 en 4. Daarbij is het bedrag van 1 forfait gelijk aan het bedrag van het forfait bepaald in artikel 17, § 2.

De vaststelling van het bedrag uit TABEL I dat per dag en per rechthebbende factureerbaar is voor elke overeenstemmende zitting waarvan de samenstelling qua aantal rechthebbenden en aantal therapeuten gedurende de hele duur ervan niet veranderde wordt bepaald door het quotiënt van de deling totaal aantal effectief door therapeut(en) tegenover de rechthebbende(n) 1 gepresteerde uren aantal betrokken rechthebbende(n)

* Onder "de rechthebbende" wordt verstaan de rechthebbende en/of gebeurlijk één of meerdere leden van zijn familie

De vaststelling van het bedrag uit TABEL I dat per dag en per rechthebbende factureerbaar is voor elke overeenstemmende zitting die bestaat uit deelzittingen waarvan de samenstelling onderling qua aantal rechthebbenden en/of aantal therapeuten veranderde, wordt bepaald door de som van de quotiënten van de voormalde deling voor elke deelzitting waar een rechthebbende aan deelnam.

Voor elke deling blijft de arts buiten beschouwing, behalve indien hij 0,5 u of langer bij een (deel)zitting betrokken is. Voor elke deling is ook het aantal therapeuten nooit groter dan het aantal rechthebbenden.

De inrichting verbindt zich ertoe de zittingen zo te organiseren dat per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen vermeld in TABEL I aanrekenbaar is. Gebeurlijk is afronding naar een lager aanrekenbaar bedrag mogelijk bij een zitting waarvoor het quotiënt of de som van quotiënten van de deelzittingen niet overeenstemt met een in TABEL I vermeld aanrekenbaar bedrag.

TABEL I: mogelijk aanrekenbare bedragen

2 forfaits =	EURO
1,75 forfaits =	EURO
1,66 forfaits =	EURO
1,5 forfaits =	EURO
1,33 forfaits =	EURO
1,25 forfaits =	EURO
1 forfait =	EURO
0,75 forfait =	EURO
0,66 forfait =	EURO
0,50 forfait =	EURO
0,33 forfait =	EURO
0,25 forfait =	EURO

1 forfait = EURO voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende

*Onder "rechthebbende" wordt hier verstaan "de rechthebbende en /of gebeurlijk één of meerdere leden van zijn familie".

§ 7. Onverminderd de bepalingen van de vorige paragrafen van dit artikel, is voor een rechthebbende op dezelfde dag een zitting mogelijk bestaande uit een (deel)zitting face à de rechthebbende in combinatie met een (deel)zitting face à de familie.

III - C - BESCHIKKINGEN GELDEND ZOWEL VOOR EEN IN III - A ALS VOOR EEN IN III - B VERMELDE ZITTING.

Artikel 20. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe geen enkele toeslag te vorderen bij een forfait of een ander bedrag vermeld

in de artikelen 17, § 2, en 19, § 6, noch bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling.

§ 2. Per individuele, groeps- of gemengde zitting zijn bijkomend 25 minuten beschikbaar voor andere activiteiten, berekend op basis van een zitting van 1 uur. Deze aanvullende tijd beoogt onder meer de vorming van personeel, de voorbereiding van zittingen, de vergaderingen van de equipe en de diverse contacten nodig voor de terugbetaling van de rechthebbende, het bijhouden van dossiers, het opstellen van rapporten ...

Artikel 21. Nog de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij art. 3, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, noch de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 10 en volgende van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit worden beschouwd als deel uitmakend van de in artikel 16, § 1, artikel 19, § 2, en artikel 20, § 2, bepaalde duurtijden.

Artikel 22. De inrichting verbindt er zich toe om per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen aan te rekenen zoals vermeld in Artikel 18 of in TABEL I van artikel 19 § 6.

Artikel 23. § 1. Onverminderd § 2 kunnen in het kader van een zitting verstrekkingen tegenover gezondheidswerkers, maatschappelijk werkers, sociaal verpleegkundigen of leerkrachten in geen enkel geval verstrekkingen tegenover één of meerdere leden van de familie van een rechthebbende vervangen om de duurtijden vermeld in artikel 16, § 1, eerste lid, en in artikel 19, § 2, eerste lid te bereiken.

§ 2. Bij wijze van uitzondering evenwel kunnen, in geval een jeugdige rechthebbende geen ouders of familie meer heeft of in geval deze hem in de steek laten, verstrekkingen tegenover de wettelijke vertegenwoordiger van de rechthebbende of tegenover een andere derde vertrouwenspersoon of -personen, die in de plaats van ouders of familie treedt/treden,

de plaats innemen van verstrekkingen tegenover één of meerdere leden van de familie van een rechthebbende om de hierboven vermelde duurtijden te bereiken.

§ 3. Waar zittingen in de Inrichting en netwerkinterventies niet volstaan, kunnen voor een aanvangsbilan of voor evaluatie van resultaten gedurende en op het einde van de revalidatie ook een aanrekenbare aanvangsbilan(deel)zitting of een aanrekenbare (deel)zitting ter observatie van de rechthebbende en gebeurlijk van één of meerdere leden van zijn familie in zijn natuurlijk milieu uitgevoerd worden. De personeelstijd voor de verplaatsingen daartoe is evenwel al begrepen in de tijd bedoeld in Artikel 20, § 2 en eventuele andere daarmee gemoeide kosten zijn al begrepen in de werkingsmiddelen van de inrichting, zoals vastgesteld bij inwerkingtreding van deze overeenkomst.

§ 4. Onverminderd de bepalingen van Artikel 46, §§ 1 en 2, moeten in het dossier van de rechthebbende de zittingen waarvan sprake in § 3 vermeld worden, met motief en plaats van uitvoering.

IV - PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING IN DE REVALIDATIEKOSTEN

Artikel 24. § 1. De aanvraag tot tegemoetkoming in de revalidatiekosten evenals de eventuele aanvraag tot verlenging hiervan moet ingediend worden door de rechthebbende bij de adviserend geneesheer van zijn verzekерingsinstelling volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbende daarover behoorlijk in te lichten en hem daarbij te helpen.

§ 2. Het in § 1 vernoemd koninklijk besluit voorziet onder andere dat de rechthebbende de aanvraag tot tegemoetkoming indient door middel van het formulier goedgekeurd door het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 3. De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger behoorlijk schriftelijk in te lichten omtrent de beschikkingen van artikel 13 die, in geval van akkoord met zijn aanvraag, op hem van toepassing zijn, en omtrent het feit dat door het indienen van zijn aanvraag, hij geacht wordt akkoord te zijn met deze beschikkingen. De inrichting bewaart een dubbel van deze informatie getekend door de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Artikel 25. § 1. Bij het formulier waarvan sprake in artikel 24, moet een medisch verslag van de inrichting gevoegd worden, opgemaakt volgens een model bepaald door het College van geneesheren-directeurs, dat bewijst dat de rechthebbende beantwoordt aan de voorwaarden van de overeenkomst.

In geval van een aanvraag betreffende een rechthebbende die gehuisvest is in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut en die er niet geniet van een revalidatie, is het medisch verslag steeds vergezeld van de verklaring bedoeld in artikel 6, § 2, tweede lid, van de verantwoordelijke van voornoemd instituut.

§ 2. De aanvraag betreffende een aanvangsbilan moet elke eventuele andere aanvraag inzake revalidatie voorafgaan. In dat geval zal het medisch verslag bedoeld in § 1 omvatten :

- een kopie van de verwijzingsbrief van een geneesheer waarvan sprake in artikel 7;
- een anamnese door de equipe van de inrichting, die aantonit dat de symptomatologie van de rechthebbende vermoedelijk overeenstemt met deze van één der groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst of met de criteria van één van de stoornissen vermeld in Art. 36, § 2, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (logopedieverstrekkingen); tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 het vermoedelijk gaat.

- begin- en einddatum van de periode waarvan sprake in artikel 15, met vermelding van het aantal binnen die periode voorgeschreven individuele zittingen.

§ 3. Indien het gaat om een aanvraag voor zittingen "intensieve multidisciplinaire revalidatie" volgend op een aanvangsbilan of evaluatieverslag verricht in een andere inrichting met overeenkomst, zal het medisch verslag bedoeld in § 1 omvatten :

- kopie van het eerder verricht aanvangsbilan of evaluatieverslag, vergezeld van de resultaten van de verrichte testen, met besluiten die aantonen dat de symptomen van de rechthebbende overeenstemmen met deze van één van de groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst; voor de groepen 8, 9 A, 9 B en 10, zal voor de verrichte tests kopie bijgevoegd worden van het samenvattende scoreblad waarop de behaalde bruto scores uiteindelijk uitgedrukt worden in standaardafwijkingen of centiles, overeenstemmend met de leeftijd van de rechthebbende; tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 het gaat.

- het voorschrift voor het geïndividualiseerd programma van "intensieve multidisciplinaire revalidatieverstrekkingen", met :

- het therapeutisch schema;
- de revalidatieprognose;
- de voorziene revalidatieperiode;
- de discipline van de verstrekkers die elke maand tussenkomen.

§ 4. Indien het gaat om een aanvraag voor een "intensieve multidisciplinaire revalidatie" uit te voeren in de inrichting, zal het medisch verslag bedoeld in § 1 omvatten :

- kopie van het voorafgaand aanvangsbilan of evaluatieverslag, vergezeld van de resultaten van de verrichte testen, met besluiten die aantonen dat de symptomen van de rechthebbende overeenstemmen met deze van één van de groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst; voor de groepen 8, 9 A, 9 B en 10, zal voor de verrichte tests kopie

bijgevoegd worden van het samenvattende scoreblad waarop de behaalde bruto scores uiteindelijk uitgedrukt worden in standaardafwijkingen of centiles, overeenstemmend met de leeftijd van de rechthebbende; tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 het gaat.

- het voorschrift voor het geïndividualiseerd programma van "intensieve multidisciplinaire revalidatzittingen", met :

- a. het therapeutisch schema;
- b. de revalidatieprognose;
- c. de voorziene revalidatieperiode;
- d. de discipline van de verstrekkers die elke maand tussenkomen.

§ 5. Er wordt aanbevolen dat, vooraleer beslist wordt een aanvraag tot terugbetaling in te dienen voor een schoolgaande rechthebbende, een beraadslaging zou plaatsgevonden hebben tussen de equipe van de inrichting enerzijds, de school en het C.L.B. anderzijds.

Er wordt aanbevolen dat in voorkomend geval de aanvraag tot terugbetaling van de revalidatie melding zou maken van deze beraadslaging en dat de besluiten ervan zouden vermeld worden.

Artikel 26. Het akkoord voor de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van een revalidatieprogramma in het kader van deze overeenkomst wordt gegeven door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Ieder akkoord voor een aanvraag vermeld in artikel 25, § 2, wordt gegeven voor een periode van maximum 2 maand. Ieder akkoord voor een aanvraag vermeld in artikel 25, §§ 3 of 4, wordt gegeven voor een periode van maximum 1 jaar. Elke beslissing wordt behoorlijk gemotiveerd.

Artikel 27. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe aan de adviserend geneesheer van de betrokken verzekeringsinstelling elke gewenste inlichting te verstrekken omtrent het intensief

multidisciplinair revalidatieprogramma gevolgd door de rechthebbende.

§ 2. De inrichting zal aan de adviserend geneesheer en aan de geneesheer die de rechthebbende heeft doorverwezen een kopie overmaken van het eindverslag van de revalidatie.

Dit verslag moet een samenvatting van de uitgevoerde revalidatie bevatten, de verworven resultaten vermelden en de noodzakelijke elementen geven om deze resultaten in stand te houden en te verlengen.

V - FACTURATIE EN FACTURATIECAPACITEIT

Artikel 28. De inrichting verbindt zich ertoe de aanrekenbare bedragen aan de verzekeringsinstellingen te factureren op basis van een factuur waarvan het model is goedgekeurd door het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.. Inlichtingshalve zijn ook de door de inrichting aan de rechthebbende gefactureerde bedragen voor diensten die niet tot de revalidatie behoren, op die facturen vermeld. Een afschrift van deze facturen wordt aan de rechthebbende of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger overhandigd.

Artikel 29. § 1. Het equivalent van aantal individuele zittingen op basis van een duur van 1 uur beschreven in punt III, uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar bedraagt Dit aantal stemt overeen met de realiseerbare capaciteit.

Het maximum aantal dergelijke zittingen uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar en terugbetaalbaar krachtens deze overeenkomst bedraagt, dit is 93% van de realiseerbare capaciteit. Dit aantal stemt overeen met de "maximale facturatiecapaciteit" van de inrichting.

§ 2. De realiseerbare capaciteit wordt bepaald door het jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel dat behoort tot andere disciplines dan de medische, vermeld in artikel 10, te delen door 1 uur 25 minuten.

Het voormelde jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel wordt op de volgende manier bepaald :

a - In het algemeen wordt elke therapeut die zoals in bijlage bij deze overeenkomst voorzien een uurrooster van 38 u./week presteert geacht op jaARBasis een equivalent van een fulltime te presteren - 215 werkdagen à 7 u.36' aanwezigheid per werkdag - en elke therapeut die zoals in bijlage bij deze overeenkomst voorzien een fractie van 38 u./week presteert wordt geacht op jaARBasis een zelfde fractie van een equivalent van een fulltime te presteren;

b - evenwel, voor de licentiaten in de psychologie, in de pedagogie of in de orthopedagogie en voor de sociaal assistenten of sociaal verplegers wordt voor de berekening van het jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel de helft van de aanwezigheidstijd geneutraliseerd;

c - het totaal aan tijd per week in aanmerking genomen voor de berekening van het jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel kan maximum gelijk zijn aan dit van het therapeutisch personeel contractueel aanwezig en in functie in de inrichting op 31 december 1992.

Artikel 30. Het maximum aantal zittingen beschreven in punt III -A, deel uitmakend van een aanvangsbilan, uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar en terugbetaalbaar krachtens deze overeenkomst bedraagt #». Dit aantal maakt deel uit van de maximale facturatiecapaciteit bepaald in artikel 29, § 1, en is datgene wat de inrichting op #» 19» aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. verklaarde.

Artikel 31. § 1. Voor het bepalen van het bereikte aandeel van deze maximale facturatiecapaciteit stemt elke zitting beschreven in punt III overeen met een bepaald getal. Deze getallen worden opgegeven in TABEL 2.

TABEL 2: aandeel van de maximale facturatiecapaciteit

2 forfaits = 2
1,75 forfaits = 1,75
1,66 forfaits = 1,66
1,5 forfaits = 1,5
1,33 forfaits = 1,33
1,25 forfaits = 1,25
1 forfait zoals vermeld in Art. 17, § 2 = 1
0,75 forfait = 0,75
0,66 forfait = 0,66
0,50 forfait = 0,50
0,33 forfait = 0,33
0,25 forfait = 0,25

I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechtheb-bende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechtheb-bende = 1

Artikel 32. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe de maxima en hierboven bepaald in artikel 29, § 1, en in artikel 30 nooit te overschrijden.

§ 2. Indien blijkt, op basis van statistische gegevens over een periode van minimum 12 opeenvolgende maanden, dat de verhouding tussen het aantal uitgevoerde zittingen beschreven in punt III - A en de "maximale facturatiecapaciteit" bepaald in artikel 29, § 1, niet overeenstemt met wat de inrichting verwacht heeft, dan kan deze aangepast worden, zonder overschrijding van de "maximale facturatiecapaciteit" bepaald in artikel 29, § 1, zonder de bepalingen van artikel 16, § 1, en van artikel 19, § 2, te wijzigen en rekening houdende met de wijzigingen in personeelskader die moeten opgelegd worden.

Artikel 33. § 1. De "normale facturatiecapaciteit" van de inrichting voor zittingen beschreven in punt III is bepaald op 90 % van de realiseerbare capaciteit van de inrichting bepaald in artikel 29, § 1. Ze bedraagt

Voor het bepalen van het bereikte aandeel van deze normale facturatiecapaciteit stemt elke zitting beschreven in punt III

overeen met een bepaald getal. Deze getallen zijn opgegeven in TABEL 2 hierboven.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe om, in geval van overschrijding van de "normale facturatiecapaciteit" in de loop van een kalenderjaar, aan de verzekeringsinstellingen een verminderd forfait of ander bedrag uit TABEL 1 te factureren boven de "normale facturatiecapaciteit". Het bedrag van het verminderd forfait bedraagt 50% van het forfait bepaald bij artikel 17, § 2. Het bedrag van het verminderd ander bedrag bedraagt 50% van het ander bedrag bepaald in TABEL 1 hierboven.

De inrichting verbindt er zich tevens toe nooit de "maximale facturatiecapaciteit" zoals bepaald in artikel 29, § 1, te overschrijden in de loop van een kalenderjaar. Boven het aantal #« 9» zal elke in de loop van een kalenderjaar gerealiseerde zitting niet meer worden gefactureerd, noch aan de verzekeringsinstellingen, noch aan de rechthebbenden.

§ 3. Voor het kalenderjaar van in werking treden van deze overeenkomst en het kalenderjaar van aflopen ervan moeten de aantallen betreffende de "normale facturatiecapaciteit" en de "maximale facturatiecapaciteit" proportioneel verminderd worden rekening houdende met de periode van geldigheid van deze overeenkomst in de loop van die kalenderjaren.

Artikel 34. Onverminderd artikel 33, kan in geen enkel geval het totaal bedrag vertegenwoordigd door de in 1 kalenderjaar verrichte terugbetaalbare zittingen tegenover een rechthebbende of tegenover één of meerdere leden van zijn familie groter zijn dan 101,666% van het bedrag vertegenwoordigd door de normale facturatiecapaciteit.

Artikel 35. De naargelang de aard van de zitting en van het gefactureerde bedrag te gebruiken pseudonomenclatuurcodenummers worden opgegeven in TABEL 3 voor ambulante rechthebbenden, in TABEL 4 voor gehospitaliseerde rechthebbenden.

TABEL 3 : zittingen voor ambulante rechthebbenden

Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan: 2 forfaits 1,5 forfaits 1 forfait 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	782014 782036 782051 782073	zittingen boven de normale facturatiecapaciteit tot en met bereiken van de maximale Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan: 2 forfaits 1,5 forfaits 1 forfait 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	782353 782375 782390 782412
Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan : 2 forfaits 1,75 forfaits 1,66 forfaits 1,5 forfaits 1,33 forfaits 1,25 forfaits 1 forfait 0,75 forfait 0,66 forfait 0,50 forfait 0,33 forfait 0,25 forfait 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	782095 782110 782132 782154 782176 782191 782213 782235 782250 782272 782294 782316	Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan : 2 forfaits 1,75 forfaits 1,66 forfaits 1,5 forfaits 1,33 forfaits 1,25 forfaits 1 forfait 0,75 forfait 0,66 forfait 0,50 forfait 0,33 forfait 0,25 forfait 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	782434 782456 782471 782493 782515 782530 782552 782574 782596 782611 782633 782655 782670

TABEL 4 : zittingen voor gehospitaliseerde rechthebbenden

Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan:	
2 forfaits	782025
1,5 forfaits	782040
1 forfait	782062
I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: I therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd I therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	782084
Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan :	
2 forfaits	782106
1,75 forfaits	782121
1,66 forfaits	782143
1,5 forfaits	782165
1,33 forfaits	782180
1,25 forfaits	782202
1 forfait	782224
0,75 forfait	782246
0,66 forfait	782261
0,50 forfait	782283
0,33 forfait	782305

0,25 forfait	I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: I therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd I therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende 782320
zittingen boven de normale facturatiecapaciteit tot en met bereiken van de maximale	

Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan:	I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: I therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd I therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende 782364
2 forfaits	782386
1,5 forfaits	782401
1 forfait	782423
Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan :	
2 forfaits	782445
1,75 forfaits	782460
1,66 forfaits	782482
1,5 forfaits	782504
1,33 forfaits	782526
1,25 forfaits	782541
1 forfait	782563
0,75 forfait	782585
0,66 forfait	782600
0,50 forfait	782622
0,33 forfait	782644
0,25 forfait	782666
I forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: I therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd I therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	782681

VI - CUMULVERBODEN

Artikel 36. § 1. Geen enkele handeling of tussenkomst behalve de revalidatiezittingen vermeld in punt III voor één van de in de inrichting gerevalideerde rechthebbenden en voor een in

artikel 3 voorziene pathologie, uitgevoerd door het personeel van de inrichting, ook al wordt zij uitgevoerd buiten de inrichting, kan in rekening gebracht worden bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling gedurende de ganse periode van terugbetaling van de revalidatie, uitgezonderd indien het gaat over één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 3, § 1 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of van één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 10 en volgende van de bijlage bij het voornoemd Koninklijk besluit.

§ 2. Geen enkele handeling of tussenkomst behalve de revalidatiezittingen vermeld in punt III voor één van de in de inrichting gere valideerde rechthebbenden uitgevoerd door het personeel van de inrichting, ook al wordt zij uitgevoerd buiten de inrichting, kan in rekening gebracht worden bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling op een dag van terugbetaling van de revalidatie, uitgezonderd indien het gaat over één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 3, § 1 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of van één van de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld bij artikel 10 en volgende van de bijlage bij het voornoemd Koninklijk besluit.

§ 3. De inrichting verbindt er zich toe alle nuttige maatregelen te treffen met het oog op de toepassing van dit artikel. Met het oog hierop, verbindt zij zich ertoe de beschikkingen van dit artikel schriftelijk te betekenen, met ontvangstbewijs ondertekend door de rechthebbende, en de draagwijde ervan toe te lichten. Een dubbel van dit ondertekend document wordt bewaard door de inrichting.

§ 4. De anamnese door de equipe, waarvan sprake in artikel 25, § 2, mag niet het voorwerp uitmaken van facturatie aan de patiënt of aan zijn verzekeringsinstelling van één der verstrekkingen vernoemd in artikel 2, I, A en B, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 37. De terugbetaling van een forfait of een ander bedrag uit TABEL I door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging sluit de terugbetaling uit op dezelfde dag van één van de verstrekkingen vermeld in artikel 7, § 1 en in artikel 22, II, a en b, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en dit in het kader van de revalidatie voor één van de stoornissen vermeld in artikel 3 van deze overeenkomst, met uitzondering van deze uitgevoerd voor rechthebbenden lijdend aan één der aandoeningen bedoeld in artikel 7, derde lid, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen. Tenzij anders bepaald in Art. 36 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (logopedieverstrekkingen), sluit de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van de revalidatie in de inrichting eveneens de terugbetaling uit van logopedieverstrekkingen vermeld in voornoemd Art. 36.

Met het oog hierop, verbindt de inrichting zich ertoe de bewoordingen van dit artikel schriftelijk te betekenen, met ontvangstbewijs ondertekend door de rechthebbende, en de draagwijde ervan toe te lichten. Een dubbel van dit ondertekend document wordt bewaard door de inrichting.

VII - PERSONEEL VAN DE INRICHTING

Artikel 38. § 1. Het voorziene medisch en therapeutisch personeelskader, opgenomen in de bijlage bij deze overeenkomst, zal zich voor zijn activiteiten in de inrichting en gedurende de uren in aanmerking genomen voor de berekening opgenomen in de bijlage bij deze overeenkomst uitsluitend wijden aan activiteiten in verband met de programma's en revalidatiezittingen waarvan sprake in de punten II en III.

§ 2. Het uurrooster der openingsuren van de inrichting, binnen hetwelk de in aanmerking genomen uren vermeld in § 1 zijn vervat, is opgemaakt per ononderbroken tijdsblokken van halve dagen (minstens drie uur). Het gaat om het uurrooster medegedeeld aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. op datum van #« 20 ». De inrichting verbindt zich ertoe om aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. elke eventuele wijziging van dit uurrooster mee te delen, tenminste één maand voor zij van kracht wordt.

§ 3. Gedurende dit uurrooster zal geen enkele verstrekking voor een patiënt waarvan de revalidatie niet ten laste genomen wordt in het kader van deze overeenkomst worden verricht of gefactureerd, noch aan een zelf betalende patiënt, noch aan een patiënt of aan de verzekeringsinstellingen in het kader van het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, noch in het kader van het Koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen.

Artikel 39. § 1. Teneinde de kwaliteit van de revalidatie te verzekeren, verbindt de inrichting zich ertoe steeds het personeelskader voorzien in bijlage bij deze overeenkomst te werk te stellen. Dit houdt in dat zij zich ertoe verbindt steeds alle schikkingen te treffen om te vermijden dat een in het personeelskader voorziene functie niet zou opgevuld worden. Zo zal de inrichting, zodra een in het personeelskader voorziene functie open zal komen door ontslagneming,

afdanking of door redenen van gewettigde langdurige afwezigheid (loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ziekte, ...) onmiddellijk maatregelen nemen om in de vervanging van het tijdelijk of definitief weggevallen personeelslid te voorzien.

De inrichting is evenwel niet verplicht een door haar ontslagen personeelslid te vervangen dat op verzoek van de inrichting geen arbeidsprestaties meer verricht tijdens de nog bezoldigde wettelijke vooropzegperiode, zolang dat personeelslid nog effectief door de inrichting vergoed wordt. De inrichting is evenmin verplicht een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte te vervangen gedurende de wettelijke periode van gewaarborgd loon, tijdens welke het zieke personeelslid nog effectief door de inrichting bezoldigd wordt.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. in te lichten nopens het personeel effectief in functie in de inrichting.

Daartoe deelt de inrichting elk kwartaal, schriftelijk, de Dienst voor geneeskundige verzorging alle wijzigingen mee die optraden binnen het personeelskader, ongeacht of het tijdelijke wijzigingen (wegen ziekte, loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde,...) of definitieve wijzigingen (wegen afdanking, ontslag,...) betreft.

§ 3. Voor elke wijziging dienen de volgende gegevens medegedeeld te worden :

- naam, voornaam en functie van het vervangen personeelslid, de datum vanaf wanneer het zijn functie niet meer vervult en de reden van de personeelswijziging (ziekte, afdanking, ontslag, ...);

- naam, voornaam, kwalificatie en functie van het nieuwe personeelslid, het aantal te presteren uur/week en de datum van indiensttreding in de inrichting.

Indien een personeelslid ontslagen is door de inrichting en daar op haar verzoek niet meer werkt tijdens de wettelijke vooropzegperiode, dient dit uitdrukkelijk vermeld te worden;

in dat geval dienen zowel de datum vanaf dewelke het afgedankte personeelslid niet meer voor de inrichting werkt, als de datum van het einde van de wettelijke vooropzegperiode medegeleed te worden.

Afwezigheden van een personeelslid wegens ziekte moeten niet medegeleed worden indien deze afwezigheid niet langer duurt dan de wettelijke periode van gewaarborgd loon. Indien dat toch het geval is, dient de datum van begin van de ziekte vermeld te worden als datum vanaf dewelke de functie niet meer vervuld wordt.

§ 4. Elke andere wijziging binnen de personeelsformatie waar geen nieuwe aanwerving mee gemoeid is dient ook medegeleed te worden, evenals het ontbreken van enige wijziging gedurende het betrokken kwartaal.

§ 5. Elke mededeling voorzien in dit artikel zal gebeuren door middel van een formulier waarvan het model vastgesteld is door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

§ 6. Indien het Verzekeringscomité vaststelt dat de inrichting de beschikkingen van § 1 van dit artikel niet naleefde, kan het beslissen, naast andere nuttig geachte maatregelen, het in artikel 17, § 2, vastgestelde forfait en de in artikel 19, § 4, vastgestelde bedragen met een bepaald bedrag en voor een bepaalde periode te verminderen. In geen geval mag deze periode langer duren dan deze van de niet-naleving van de verplichtingen van § 1 van dit artikel en in ieder geval moet de inrichting de kans gekregen hebben schriftelijk de redenen van deze niet-naleving uit te leggen.

Indien tegelijk de bepalingen van § 1 én van § 2 van dit artikel niet nageleefd worden, is in ieder geval een vermindering van toepassing, welke ook de redenen van de niet-naleving zijn.

Deze vermindering bedraagt 10 % van het in artikel 17, § 2, vastgestelde forfait en de in artikel 19, § 4, vastgestelde bedragen, en dit per equivalent van ontbrekende voltijdse betrekking. Deze vermindering bedraagt #« 21 » % van het in artikel 17, § 2, vastgestelde forfait en de in artikel 19, § 4,

vastgestelde bedragen, en dit per equivalent van ontbrekende voltijdse betrekking zodat op jaarbasis de vermindering voor de inrichting een verlies van inkomsten zou betekenen dat 120 % bedraagt van de gemiddelde kost van een equivalent van voltijdse betrekking. ***** voor een inrichting die een *equipe vergoedt die minder dan 12 equivalenten van voltijdse betrekking telt* ***** Deze basisbedragen worden gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 op 1 juni 2003 (basis 1996) en aangepast volgens de bepalingen van de in artikel 17, § 2, genoemde wet.

De inrichting verbindt zich ertoe om in geen geval de verminderingen toegepast op basis van deze paragraaf te verhalen op de patinten die ze ten laste neemt, noch op de andere personeelsleden.

Artikel 40. De inrichting verbindt zich er toe elk personeelslid schriftelijk op de hoogte te brengen van de inhoud van de artikelen 3 tot en met 13, 15, 16, 19, §§ 1 tot en met 3, artikel 20, § 2 tot en met 27, 36, 38 en 46 van deze overeenkomst, die ook de verantwoordelijkheid van het personeel binden, alsmede van elke eventuele wijziging ervan. De inrichting bewaart de daartoe door het personeel gedeerde en ondertekende ontvangstbewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V..

Artikel 41. § 1. De inrichting verbindt zich haar personeel minstens te bezoldigen op basis van de principes gebruikt bij de berekening van de kosten; deze berekening is opgenomen in bijlage bij deze overeenkomst.

Deze berekening is gebaseerd enerzijds op de loonschalen van het Paritair Subcomité 305.I - met inbegrip van de toepassing van de maatregelen opgenomen in het sociaal akkoord van 4 juli 1991 (meerjarenplan voor de gezondheidssector) en van de C.A.O.'s van 10 december 1992 en 24 april 1995 -, voor de geneesheren op de loonschalen van de adviserend geneesheren en voor de directeur op de loonschalen van de ambtenaren van de federale overheidsdiensten, en anderzijds op de beslissingen van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V..

De inrichting verbindt zich eveneens ertoe het betrokken personeel de voordelen voorzien in het kader van nieuwe collectieve arbeidsovereenkomsten gesloten in het kader van het Paritair Subcomité 305.I, in het kader van nieuwe beschikkingen genomen inzake de loonschalen van de adviserend geneesheren of in het kader van nieuwe beschikkingen genomen inzake de loonschalen van de ambtenaren van de federale overheidsdiensten toe te kennen, op voorwaarde dat de kosten ervan door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. geïntegreerd worden in het bedrag van het forfait.

De inrichting verbindt zich ertoe jaarlijks, uiterlijk op 31 maart, het door het Verzekeringscomité toegestane bedrag, bepaald per equivalent van in de loop van het voorgaande kalenderjaar vergoede forfait, te storten aan het Fonds voor de betaling van een syndicale premie in de Gezondheidssector.

§ 2. In geval een in het personeelskader van de inrichting voorziene functie contractueel vervuld wordt door een zelfstandige, verbindt de inrichting zich ertoe voor diens prestaties een honorarium te betalen dat minstens gelijk is aan de totale loonkost in geval van tewerkstelling op basis van een werknemersstatuut. De voornoemde totale loonkost omvat, naast de brutobezoldiging onder meer de toeslag voor onregelmatige uren, het vakantiegeld, alle premies en de patronale R.S.Z.-bijdragen, wetsverzekering... .

§ 3. De inrichting verbindt zich er toe in elke situatie en welk ook het statuut wezen van de persoon die haar vervult, voor elke functie opgenomen in de tabel in bijlage bij deze overeenkomst aan de Dienst voor geneeskundige verzorging kopie over te maken van het contract dat de naam en de kwalificatie van het personeelslid vermeldt dat de functie vervult, evenals het effectief aantal u./week waartoe het personeelslid zich verbindt om daadwerkelijk in de inrichting aanwezig te zijn.

§ 4. Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. kan niet beschouwd worden als

partij betrokken bij de contracten afgesloten tussen de inrichting en haar personeel.

Artikel 42. Het aandeel van de personeelskosten in de in artikels 17 en 19 vastgestelde prijzen zal aan de realiteit aangepast worden, indien de werkelijke personeelsuitgaven, tengevolge van de evolutie van de aancienniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel, 1% hoger zouden komen te liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de prijzen.

De inrichting zal daartoe in overleg met de Dienst voor geneeskundige verzorging een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier samenstellen dat aan het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité zal voorgelegd worden, samen met een wijzigingsclausule bij de overeenkomst, waardoor de in deze overeenkomst vastgestelde prijzen kunnen aangepast worden.

Het door de inrichting samen te stellen personeelskostendossier moet het model en de uitgangspunten volgen van de personeelskostenberekening die zich in bijlage bij deze overeenkomst bevindt, onder meer wat het aantal personeelsleden van de inrichting en hun kwalificatie betreft. Afwijkingen van deze uitgangspunten zijn alleen maar mogelijk als ze het gevolg zijn van door het Verzekeringscomité toegepaste nieuwe C.A.O.'s of van wettelijk opgelegde maatregelen. In geen geval mag de actualisering van de personeelskosten op bepaalde punten tegenstrijdig zijn met de berekeningsprincipes die door de Dienst voor geneeskundige verzorging normalerwijze toegepast worden.

Een personeelskostendossier dat niet aan deze vereisten beantwoordt, zal door de Dienst voor geneeskundige verzorging als onontvankelijk worden beschouwd, wat zal aan de inrichting meegedeeld worden.

De aldus herberekende prijzen zullen van kracht worden de eerste dag van de maand volgend op de goedkeuring door het Verzekeringscomité en ten laatste op de eerste dag van de

vierde maand volgend op de datum van ontvangst door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het volledig en nauwkeurig personeelsdossier.

Artikel 43 § 1. Bij elke aanvraag tot herberekening van de personeelskosten verbindt de inrichting zich er toe om telkens de volgende kosten die zij zelf op jaarbasis heeft in het kader van de revalidatieovereenkomst duidelijk en afzonderlijk op te geven en aan te tonen, of, indien de inrichting geen dergelijke kosten heeft, aan te geven waarom niet:

- 1) De kosten voor wetsverzekering en arbeidsgeneeskunde voor haar personeel.
- 2) De kosten voor sociaal secretariaat voor haar personeel. Indien gebeurlijk personeel van de inrichting zelf de taken van een sociaal secretariaat waardeert worden duidelijk en afzonderlijk het betrokken personeelslid of -leden opgegeven, evenals het gemiddeld aantal u/week dat (door elk van hen) aan deze taken besteed wordt.
- 3) De kosten voor haar boekhouding. Indien gebeurlijk personeel van de inrichting zelf de taken van boekhouder waardeert worden duidelijk en afzonderlijk het betrokken personeelslid of -leden opgegeven, evenals het gemiddeld aantal u/week dat (door elk van hen) aan deze taken besteed wordt.
- 4) De kosten voor allerlei wettelijke verplichtingen zoals preventieadviseur, startbanen in organisaties met meer dan 50 werknemers, comité preventie en bescherming op het werk,
...

§ 2. De inrichting verbindt er zich ook toe bij elke aanvraag tot herberekening van de personeelskosten het gemiddeld aantal uren per week dat zij op jaarbasis besteedt voor de administratieve directie, het onthaal, het secretariaat en de (ondersteuning van) informatica op te geven, evenals voor het onderhoud.

§ 3. Geen enkele aanvraag tot herberekening zal onderzocht worden indien de in §§ 1 en 2 vermelde gegevens er niet in voorkomen.

Anderzijds zullen bij de opmaak van de herberekening alle in §§ 1 en 2 vermelde punten afzonderlijk vermeld worden indien er werkelijke personeels- of uitbestedingskosten tegenover staan.

Artikel 44. De inrichting verbindt zich ertoe elk personeelslid schriftelijk de verplichtingen mee te delen die vermeld zijn in artikel 41 en die betrekking hebben op het loon van het personeel.

De inrichting bewaart de bewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V., waaruit blijkt dat het personeel kennis heeft genomen van deze verplichtingen.

De inrichting verleent de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. toestemming om elk personeelslid dat erom verzoekt, de beschikkingen mede te delen in verband met de berekeningswijze van diens loon die voortvloeien uit die verplichtingen.

VIII - ANDERE MEDISCH-ADMINISTRATIEVE EN BOEKHOUDKUNDIGE VERPLICHTINGEN

Artikel 45 De inrichting verbindt zich ertoe aan het College van geneesheren-directeurs, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. en aan de verzekeringsinstellingen alle inlichtingen te verschaffen betreffende enerzijds de controle op de naleving van de therapeutische en financiële aspecten van deze overeenkomst en anderzijds op de werking van deze overeenkomst kaderend in het algemeen beheer van overeenkomsten voorzien in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (met inachtneming van het medisch geheim).

Artikel 46. § 1. De inrichting houdt dagelijks een aanwezigheidsregister bij, waarvan het model bepaald is door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V., waarop voor elke openingsdag van de inrichting de identiteit

vermeld wordt van alle rechthebbenden aanwezig binnen het in artikel 38 bedoelde uurrooster, de reden van hun aanwezigheid (welke zitting voorzien in punt III).

§ 2. De inrichting dient door middel van een systeem van volledige registratie, tijd van (onderdelen van) zittingen en namen van de respectieve prestatieverleners inbegrepen, te bewijzen op welke manier elke revalidatiezitting, vermeld in het in § 1 bedoelde register is uitgevoerd. De inrichting verbindt zich er toe de revalidatieverstrekkingen terug te betalen die in rekening gebracht werden bij een verzekeringsinstelling en voor dewelke een geneesheerinspecteurs van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle heeft vastgesteld dat het bovenvermelde bewijs niet kon geleverd worden.

§ 3. Het niet nakomen van de in §§ 1 en 2 van dit artikel bedoelde verplichtingen wordt als een zware fout beschouwd.

§ 4. De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbenden niet de forfaits aan te rekenen waarvoor de verzekeringstegemoetkoming wordt geweigerd krachtens de bepalingen van §§ 1 en 2 van dit artikel.

§ 5. Een afschrift van dit register wordt maandelijks, vóór het einde van de maand die volgt op de betrokken maand, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. bezorgd.

§ 6. De inrichting verbindt zich ertoe om in een systeem van volledige registratie:

- per EFT therapeut minimum het equivalent van 15 werkuren/jaar vorming te voorzien;

- per EFT therapeut minimum het equivalent van 1u/week teamvergadering (= minimum 3 therapeuten van 3 verschillende disciplines) te voorzien, gewijd aan besprekning van rechthebbenden en coördinatie van hun revalidatie. In de regel is ook een geneesheer van de inrichting aanwezig op elke teamvergadering en in geen geval kunnen na een teamvergadering wijzigingen in het therapeutisch programma

van een rechthebbende doorgevoerd worden zonder dat de voorschrijvende geneesheer van de inrichting daarover geïnformeerd werd en er schriftelijk zijn goedkeuring aan gaf.

§ 7. In het dossier van de rechthebbende moet een verslag bewaard worden van elke besprekking op een teamvergadering waarbij minimum 3 therapeuten van 3 verschillende disciplines betrokken zijn, en in voorkomend geval de door de geneesheer mede bekraftigde wijziging in het revalidatieprogramma.

§ 8. De inrichting verklaart de eventueel door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. gegeven instructies te aanvaarden, die bestemd zijn om de naleving van de in dit artikel voorziene verplichtingen via magnetische drager te regelen.

Artikel 47. De inrichting verbindt zich ertoe alle afgevaardigden van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. en van de verzekeringsinstellingen toe te staan alle bezoeken af te leggen die zij nuttig achten voor de vervulling van hun taak.

Artikel 48. De inrichting verbindt zich ertoe de boekhoudkundige regels te eerbiedigen opgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze regels houden met name in, het voeren van een boekhouding op basis van het minimum genormaliseerd boekhoudkundig plan goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, evenals het jaarlijks opmaken van een bilan en een resultatenrekening op basis van de voorgescreven modellen en het jaarlijks binnen de zes maanden na het afsluiten van het boekjaar naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. opstellen van deze laatste.

Bovendien moet de inrichting de bewijsstukken van de uitgaven en ontvangsten bewaren en ter beschikking houden van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

@@@ In de overeenkomst van inrichtingen voor wie na 31 maart 2003 reeds een herberekening van hun kostenenveloppe

werd goedgekeurd met uitwerking ten laatste op de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst, luidt de tekst van Artikel 48 als volgt @@@

Artikel 48 § 1. De inrichting verbindt zich ertoe de boekhoudkundige regels te eerbiedigen opgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze regels houden met name in, het voeren van een boekhouding op basis van het minimum genormaliseerd boekhoudkundig plan goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, evenals het jaarlijks opmaken van een bilan en een resultatenrekening op basis van de voorgeschreven modellen en het jaarlijks binnen de zes maanden na het afsluiten van het boekjaar naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. opsturen van deze laatste.

Bovendien moet de inrichting de bewijsstukken van de uitgaven en ontvangsten bewaren en ter beschikking houden van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe elke in Artikel 43 §§ 1 en 2 vermelde personeelskostenpost duidelijk en nominatief aan te geven in haar resultatenrekening of minstens in de toelichting daarbij, en dit voor elk betrokken kalenderjaar te beginnen met dat waarin deze wijzigingsclausule in werking treedt, ook wanneer sommige van die kosten voor het betrokken jaar 0,00 EUR zouden bedragen.

§ 3. De inrichting verbindt zich er ook toe in haar resultatenrekening of minstens in de toelichting daarbij, voor elk betrokken kalenderjaar te beginnen met dat waarin deze wijzigingsclausule in werking treedt afzonderlijk en nominatief minstens volgende kostenposten te vermelden, ook wanneer sommige ervan voor het betrokken jaar 0,00 EUR zouden bedragen:

- kosten voor vorming en studiedagen van haar personeel,
- kosten voor lidgelden,
- kosten voor bibliotheek en abonnementen,

- representatiekosten,
- de kosten voor therapeutisch materiaal,
- kosten voor verbruksmateriaal voor de werking van de inrichting,
- kosten voor materiaal voor onderhoud,
- kosten voor telefoon,
- kosten voor elektriciteit,
- kosten voor water,
- kosten voor (brandstof voor) de verwarming,
- uitzonderlijke kosten.

Deze kosten zullen worden toegelicht volgens het schema zoals opgemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging.

IX - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 49. De inrichting verbindt zich ertoe alle nuttige maatregelen te nemen op het vlak van de brandveiligheid; zij blijft daartoe bestendig in contact met een bevoegde dienst en voert de door die dienst opgelegde maatregelen en werken onmiddellijk uit.

Voor #« 5 » die de inrichting #« 1 » « 2 » beheert (datum en handtekening) De Voorzitter van de Inrichtende Macht #« 23 » De Administratief Verantwoordelijke van de inrichting #« 24 » De Medisch Verantwoordelijke van de inrichting	#« 22 » Voor het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering: Brussel, De wnd. Leidend Ambtenaar, G. VEREECKE,
--	--

***** dit artikel is alleen in te voegen voor de inrichtingen die niet gelegen zijn in een ziekenhuis *****

Artikel 50. § 1. Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op 1 januari 2004. Zij vernietigt en vervangt de overeenkomst gesloten tussen de inrichting en het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in werking getreden op #.

§ 2. Deze overeenkomst is geldig voor onbepaalde duur, evenwel behoudens opzegging ervan door één van beide partijen per aangetekende brief gericht aan de andere partij, waarbij een opzeggingstermijn van drie maand dient in acht genomen, die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief.

§ 3. De bijlage bij deze overeenkomst maakt een integrerend deel daarvan uit. Het gaat om de bijlage die de berekening van het forfait bevat.

X - OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 51. Elke individuele beslissing inzake de terugbetaling van revalidatieverstrekkingen, genomen door de adviserend geneesheer krachtens de tekst vernietigd en vervangen door de huidige in toepassing van artikel 50, § 1, blijft van toepassing tot op de vervaldag voorzien bij deze individuele beslissing.

Ook elke individuele beslissing inzake de terugbetaling van revalidatieverstrekkingen voor een rechthebbende behorend tot groep 12 van artikel 3, genomen door de adviserend geneesheer krachtens de telst geldig tot en met 30 juni 2004, blijft van toepassing tot op de vervaldag voorzien bij deze individuele beslissing. Artikel 52. De bepalingen van deze overeenkomst geven geen aanleiding tot een verhoging van het aantal uren van de medische equipe zoals reeds opgenomen in de bijlage bij de overeenkomst geldig op 31.12.2003.

APPENDIX 3 TO CHAPTER I TOEVOEGINGSCLAUSULE STOTTEREN NOK REHABILITATION CENTRES

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963

TERVURENLAAN 211 — 1150 BRUSSEL

Dienst voor geneeskundige verzorging

WIJZIGINGSCLAUSULE BIJ DE OVEREENKOMST TUSSEN
HET COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR
GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET
RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING EN DE #, VOOR # MET
BETREKKING TOT DE REVALIDATIE VAN
RECHTHEBBENDEN VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING
VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING, VOOR WIE OP
HET OGENBLIK VAN DE TENLASTENEMING DE ERNST
VAN DE TAAL-, SPRAAK- OF STEMSTOORNISSEN EEN
INTENSIEVE MULTIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE VERGT.

Gelet op de wet inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uit-keringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Wordt overeengekomen wat volgt tussen: enerzijds, het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en anderzijds,

#

voor,

#- -. de inrichting met dezelfde naam.

Artikel 1. § 1. In artikel 3 van de in rand vermelde overeenkomst worden vóór de woorden “groep 13: stotteren dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag” de woorden “Geldig tot en met 31 december 2004” geschrapt.

§ 2. In hetzelfde artikel 3 wordt tussen de woorden “groep 13: stotteren” en de woorden “dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag” de woorden “zoals omschreven in ICD-10 (F.98.5)” ingevoegd.

§ 3. In hetzelfde artikel 3 wordt de tekst in de twee streepjes na de woorden “dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag” vervangen door de volgende tekst:

“ - Ofwel samen voorkomend met een andere stoornis omschreven in ICD-10, die de complexiteit van de globale problematiek van de rechthebbende verzwaart;

- Ofwel waarbij uit de diagnosestelling op basis van I.C.F. blijkt dat het stotteren voor 2

de rechthebbende matige tot ernstige repercussies heeft op de domeinen “activiteiten” en “participatie” I , en/of wordt verzuaid met matig, aanzienlijk of volledig belemmerende externe 2 en/of persoonlijke factoren.”

Artikel 2. In artikel 7 van de in rand vermelde overeenkomst wordt een § 3 ingevoegd luidend als volgt:

“ § 3. Voor de rechthebbenden behorende tot groep 13 (NOK-conventie; groep 12 in PSY-conventie) uit artikel 3, dient dit toesturen te gebeuren door een geneesheer-specialist die niet behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatieequipe, met één van de volgende specialismen: neurologie – psychiatrie – pediatrie – O.R.L. ”

Artikel 3. Deze wijzigingsclausule, opgemaakt in 2 exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op 1 januari 2005.

Voor # die de inrichting # beheert (datum en handtekening) De Voorzitter van de Inrichtende Macht #« 23» De Administratief Verantwoordelijke van de inrichting #« 24» De Medisch Verantwoordelijke van de inrichting	#« 22» Voor het Comité van de verzekering voor genees-kundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering: Brussel, De wnd. Leidend Ambtenaar, Dr. G. VEREECKE
---	--

APPENDIX 4 TO CHAPTER I TOEVOLGINGSCLAUSULE STOTTEREN PSY REHABILITATION CENTRES

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 — 1150 BRUSSEL
Dienst voor geneeskundige verzorging

**WIJZIGINGSCLAUSULE BIJ DE OVEREENKOMST TUSSEN
HET COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR
GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET
RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING EN DE #, VOOR # MET
BETrekking tot de REVALIDATIE VAN
RECHTHEBBENDEN VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING
VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING DIE HUN
NEGENTIENDE VERJAARDAG NIET BEREIKTEN, VOOR
WIE OP HET OGENBLIK VAN DE TENLASTENEMING DE
ERNST VAN DE MENTALE OF GEDRAGSSTOORNISSEN
EEN INTENSIEVE MULTIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE
VERGT.**

Gelet op de wet inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uit-keringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Wordt overeengekomen wat volgt tussen: enerzijds, het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en anderzijds,

#

voor,

#- de inrichting met dezelfde naam.

Artikel 1. § 1. In artikel 3 van de in rand vermelde overeenkomst worden vóór de woorden “groep 12: stotteren dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag” de woorden “Geldig tot en met 31 december 2004” geschrapt.

§ 2. In hetzelfde artikel 3 wordt tussen de woorden “groep 12: stotteren” en de woorden “dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag” de woorden “zoals omschreven in ICD-10 (F.98.5)” ingevoegd.

§ 3. In hetzelfde artikel 3 wordt de tekst in de twee streepjes na de woorden “dat voortduurt of optreedt na de vijfde verjaardag” vervangen door de volgende tekst:

“ - Ofwel samen voorkomend met een andere stoornis omschreven in ICD-10, die de complexiteit van de globale problematiek van de rechthebbende verzuwt; 2

- Ofwel waarbij uit de diagnosestelling op basis van I.C.F. blijkt dat het stotteren voor de rechthebbende matig tot ernstige repercussies heeft op de domeinen “activiteiten” en “participatie” 1 , en/of wordt verzuwd met matig, aanzienlijk of volledig belemmerende externe 2 en/of persoonlijke factoren.”

Artikel 2. In artikel 7 van de in rand vermelde overeenkomst wordt een § 3 ingevoegd luidend als volgt:

“ § 3. Voor de rechthebbenden behorende tot groep 12 uit artikel 3, dient dit toesturen te gebeuren door een geneesheer-specialist die niet behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatieequipe, met één van de volgende specialismen: neurologie – psychiatrie – pediatrie – O.R.L.”

Artikel 3. Deze wijzigingsclausule, opgemaakt in 2 exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op 1 januari 2005.

Voor # die de inrichting # beheert (datum en handtekening)	#« 22»
De Voorzitter van de Inrichtende Macht	Voor het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering:
#« 23»	Brussel,
De Administratief Verantwoordelijke van de inrichting	De wnd. Leidend Ambtenaar,
#« 24»	Dr. G. VEREECKE
De Medisch Verantwoordelijke van de inrichting	

APPENDIX 5 TO CHAPTER I: RIZIV 2004

<http://www.riziv.fgov.be/care/nl/revalidatie/general-information/studies/study/index.htm>

APPENDIX 6 TO CHAPTER I VERZEKERINGSTEGERMOETKOMING VOOR DE VERSTREKKINGEN VERRICHT DOOR DE LOGOPEDISTEN

<http://www.riziv.fgov.be/insurer/nl/rate/pdf/2008/other/logo20080101nl.pdf>

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963

TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

Omzendbrief V.I. nr. 2007/444

3910/

Tarieven die tot basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen verricht door de logopedisten vanaf 1 januari 2008.

Ingevolge het besluit van de Overeenkomstencommissie logopedisten- verzekeringsinstellingen (R/2007) van 29 november 2007 vindt u als bijlage de tarieven die van toepassing zijn voor verstrekkingen verricht door de logopedisten vanaf 1 januari 2008.

Het betreft een uniforme verhoging met 1,62 % van de honoraria van toepassing op 31 december 2007, uitgezonderd de aanvangsbalan. De honoraria van de individuele zitting van ten minste 30 minuten zijn op 19,25 EUR geherwaardeerd.

Logopedisten

Datum van toepassing : 11 januari 2008

De wnd. Leidend Ambtenaar,

Directeur-generaal.

H. DE RIDDER

RIZIV - INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging - Service des soins de santé

Brussel,

W.U. 1.08

APPENDIX 7 TO CHAPTER I TARGET GROUPS AND WORKING MODALITIES (THE CONVERSION PROJECT)

Target groups

In the future, some target groups would be common to all NOK/PSY centres, whereas other target groups would only be treated in centres specifically applying for it. The conversion project describes its advice for the common target groups. For the specific target groups (e.g. conductive and sensorineural hearing loss), the conversion project did not offer advice yet. Recently proposals were made concerning hearing disorders, stuttering, cerebral palsy and brain damage.

The target groups described in the conversion project are mainly based on ICD-10 and ICF and concern developmental disorders (e.g. pervasive developmental disorders, developmental disorders of language and speech).

Pervasive developmental disorders (conform ICD-10)

Hyperkinetic disorders (conform ICD-10)

Specific developmental disorders of language and speech: the consensus note asks thereby for explicit attention on co-morbid disorders and/or psychosocial or upbringing problems aggravating the complexity of the problems and demanding a multidisciplinary approach for intervention, diagnosis before the age of 8, and uses percentile 10 (instead of percentile 3 which is currently in use) or an equivalent score as a cut-off score for children with an Total Intelligence Quotient (TIQ) of 70 or more.

Specific developmental disorders of scholastic skills: also here, explicit attention is drawn on co-morbid disorders and/or psychosocial or upbringing problems aggravating the complexity of the global problem. Another important difference with the current description of the target groups in the conventions is the fact that the severity of the disorders will be specified

(referring is only possible after 6 months of adequate help in the school was provided). The proposed cut off score is also pc 10 for children with a TIQ of 70 or more.

Specific developmental disorders of motor functions: except attention on co-morbid disorders and/or psychosocial or upbringing problems aggravating the complexity of the global problem and the introduction of pc 10 as cut off score, this proposition demands the possibility to diagnose after the age of 8.

Mild mental retardation: this target group holds children with a DQ (developmental quotient) <70 between 0 en 6 years old, children from 7 till 8 yrs old in the 50 < IQ < 70-range and children within the same range that are 9 yrs or older with also co-morbid disorders.

Differences in target groups are made on the level of child characteristics with the knowledge of the presence of co-morbid and/or psychosocial or upbringing problems. This suggests the necessity of multidisciplinary treatment. According to the consensus note, co-morbidity can be an important variable in distinguishing target groups, that should be treated in a multidisciplinary way, from the mono-disciplinary treatments provided by private speech therapists, psychomotor therapists etc. Through accurately describing the target groups, networks in mental health care can be created (for example the choice of treating pervasive developmental disorders in rehabilitation centres, psychiatric institutions, outpatient care...) which is crucial to start creating a policy. In the consensus note it is argued that not only ICD-10 as a tool for categorical determination of disorders, but also ICF as an instrument to evaluate the impact of the disorder in personal and social functioning, are useful guidelines in this.

Working Modalities

The description of desired working modalities in the consensus note is a reaction towards the actual regulations of the conventions. The following key points of the changes in working modalities can be distinguished: strengthen the

diagnostic function, make duration of the therapy more flexible, mark out the multidisciplinary work, reimburse extra muros activities with others than child or parents; adjust the composition of the team. For more details, see Appendix...

Strengthen the diagnostic function

This concerns mainly the ratio 'face-to-face' versus other activities, and the report period. Partly due to the extra time required for completing the diagnostic process, the rehabilitation sector asks for a revision of the proportion face-to-face/time for meetings, reporting, school visits... of 70/30 to 60/40.

Concerning the report period, some cases require more than 2 months accomplishing all performances due to practical problems (e.g. child is absent due to illness...). Content-diagnostic reasons can also demand an extension of the rehabilitation period. The proposal is to extend the 2 month period to a 3 month period after a motivated inquiry.

Duration of therapy

According to the consensus note, the current regulation concerning rehabilitation time is strict and interferes with the flexibility to respond to the patients needs. The proposal for change encloses a 'capital of time', linked to average rehabilitation time of 3 times 1 year for diverse pathologies. The capital for pervasive developmental disorders and complex mental function disorders of the intellectual development should be preserved (between 0 and 6 years, 6 years included).

Multidisciplinary teams: mark out the multidisciplinary work

Multidisciplinary work is not limited to 'three different disciplines for each patient'. It also contains other important quality criteria that guarantee the multidisciplinary character of the rehabilitation such as: complexity of target groups, the composition of the team, the regular multidisciplinary team meetings, inter- and transdisciplinary work practice, an individual multidisciplinary rehabilitation record for each

patient, multidisciplinary rehabilitation goals, the integrated working multidisciplinary team under the guidance of the rehabilitation physician on one location. The 'Raad voor advies inzake revalidatie' notes in 'Kinder- en adolescentenrevalidatie' (1998) that minimum two subfields (problems in two function areas) requires a rehabilitation team. The proposal in the consensus note is minimum 2 disciplines per month, except the interventions of the physicians.

Extra muros

According to the consensus note, therapeutic interventions (not with the child/parents themselves but with connected persons, e.g. teachers,...) should be possible in situations out of the rehabilitation centre.

Adjustment of the team

The consensus note states that the growing complexity of target group asks for more physicians, psychosocial, logistic and administratively personnel.... The extra budget for the personnel should be decided for by politicians.

2 APPENDIX TO CHAPTER 2

DATA ANALYSES

APPENDIX I TO CHAPTER 2 DOCUMENTS REGISTRATION PROCESS

Implementatielnota

Werkgroep ‘categorisering’

Trees Dewael

Dirk florin

Jan Scheiris

Implementatielnota : 21 december 2004^b

Deze nota is een licht gewijzigde versie van de *Planningsnota* (9 december) en geldt als leidraad bij de start van de registratie volgens ICD-10.

- Problemen bij het beschrijven van de revalidatiepopulatie NOK en PSY

Het is evident om een correct beeld te hebben van de cliënten die op het centrum een beroep doen.

Op cliëtniveau is dit gegarandeerd door de informatie in de aanvragen voor de start of de verlenging van de revalidatie.

Op centrumniveau is er momenteel enkel een registratie volgens de stoornisgroepen die opgenomen zijn in de overeenkomst met het Riziv. Deze registratie biedt echter geen mogelijkheden om een realistische beschrijving te geven van wie er in het centrum onderzocht en/of behandeld wordt, voornamelijk omdat de cliënt enkel via de hoofdstoornis (indexstoornis) gecategoriseerd wordt. Comorbiditeit wordt niet geregistreerd waardoor de complexiteit van de problematieken buiten beeld blijft. *Dit is momenteel een grote handicap in de discussies met het Riziv, de logopedisten en het kabinet Sociale Zaken: wij hebben geen objectieve gegevens om de complexiteit van de behandelde problematieken aan te tonen, noch om de verschillen met bv. het cliënteel van logopedisten aan te tonen (in wiens nomenclatuur voor bepaalde doelgroepen immers grotendeels dezelfde labeling wordt gehanteerd als voor onze stoornisgroepen in de conventie!).* De stoornisgroepen in de conventie hebben eveneens het nadeel niet gebaseerd te zijn op een wetenschappelijk en breed aanvaard systeem. Hierdoor is er geen objectieve communicatie over mogelijk, noch intersectoriële of internationale vergelijkingen.

Een alternatief

Dit bestaat uit het registreren van de indexstoornis samen met de eventuele comorbide problematieken via een erkend classificatiesysteem.

Er bestaan verschillende soorten systemen. Eén daarvan is de ICD-10, ontwikkeld door de WHO. Het wordt door de meeste overheden in de gezondheids- en welzijnszorg gehanteerd en is complementair met de ICF, de nieuwste evolutie in de registratie van personen met problemen. Zowel Vlaams Fonds als Riziv gebruiken dit koppel of zijn van plan dit te doen. Er is dus alles voor te zeggen om hen alvast voor onze interne registratie te gebruiken.

Doelstellingen voor de sector

Door de populatie van de CAR via ICD-10/ICF in kaart te brengen is het de bedoeling

^b zie ook de Startnota (20 oktober 2004) en Planningsnota (9 december 2004)

- de transparantie van onze doelgroepen te vergroten voor onszelf, de overheid en diverse anderen (bv. onderzoekers, pers, ouderverenigingen...)
- de onderlinge communicatie en onderzoek te bevorderen; men gebruikt immers eenzelfde ‘taal’
- de verschillen en gelijkenissen aan te tonen tussen onze doelgroepen en deze die door andere hulpverleners worden geholpen
- de evolutie in onze doelgroepen in kaart te brengen
- gegevens te verzamelen inzake programmatie

Werkwijze

We kunnen best starten met de ICD-10^c. Hiermee kan de indexstoornis én de comorbiditeit geregistreerd worden. Klasseren met ICF is vooral interessant om de impact van de stoornis(sen) op het dagelijks leven (activiteiten en participatie) weer te geven. Dit is vooral belangrijk bij beslissingen om revalidatie te starten of niet. Men kan immers lijden aan een aanzienlijke stoornis die toch, bv. door voldoende omgevingsondersteuning, geen revalidatie behoeft. Omgekeerd kan iemand die bij wijze van spreken “geen pc 3 behaalt” toch erg belemmerd worden in zijn dagelijks functioneren en dus wel revalidatie behoeven. Het gebruik van ICF vergt echter nogal wat oefening en opleiding en is niet onmiddellijk nodig voor onze prioritaire doelstelling: *het weergeven van de complexiteitsgraad van de problematieken*. Daarvoor volstaat een stoornisclassificatie zoals de ICD-10 (waarin trouwens ook lijsten met belemmerende omgevings- en persoonlijke factoren zijn toegevoegd).

Concreet:

WAT : interne registratie van, naast de Rizivgroep, volgende gegevens:

- de ICD-10-codes voor de indexstoornis en desgevallend één tot drie comorbide stoornissen^d
- de zekerheidsgraad van de categorisering van de indexstoornis (vermoedelijk of waarschijnlijk)
- desgevallend de ICD-10-code voor een met de indexstoornis geassocieerde ‘aandoening’ andere dan de in de ICD-10 opgenomen psychische en gedragsstoornissen (denk bv. aan aandoeningen zoals epilepsie, fragiel-X..., maar ook bv. aan ‘problemen verband houdend met de sociale omgeving’)
- het feit of Nederlands al dan niet de moedertaal is
- leeftijd, geslacht, soort onderwijs, onderwijsniveau (leerjaar of groep)^e

HOE :

- aanschaffen van de ICD-10^f
 - opmaak ICD-10-bundel = inhoudstafel en meest courante stoornisbeschrijvingen:
 - voor de problematiek met kinderen zal het hoofdzakelijk gaan over de categorieën “zwakzinnigheid” (F70-79), “stoornissen in de psychische ontwikkeling” (F80-89) en “gedragsstoornissen en

^c in de meeste gevallen volstaat ‘De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen’, 1994, Swets&Zeitlinger, zijnde het vijfde hoofdstuk van de ICD-10 ; voor bepaalde populaties, bv. NAH, is dit hoofdstuk te beperkt en moet men andere delen van de ICD-10 gebruiken.

^d daar waar de Rizivconventie dit voorschrijft moeten we als stoorniscriterium ‘pc 3’ blijven hanteren; daar waar dit niet moet en voor alle comorbide stoornis hanteren we de beter te verantwoorden pc 10-grens of de overeenkomstige standaardscore, afhankelijk van met welke schaal de test is uitgerust, om van een stoornis te spreken ; indien de problematiek enkel klinisch kan ingeschat worden geldt het oordeel van het team ; in alle gevallen gelden de richtlijnen van de ICD-10 overeenkomend met de ICD-categorie van de problematieken

^e dit zijn variabelen die bij Amforagebruikers en allicht ook in andere beheerssystemen reeds geregistreerd werden

^f zie voetnoot 1

emotionele stoornissen die doorgaans op kinderleeftijd en in de adolescentie beginnen” (F90-98)

- voor bijkomende problematieken geldt het overzicht in de bijlage : “andere aandoeningen uit de ICD-10 die vaak in verband gebracht worden met psychische stoornissen en gedragsstoornissen (p.320 e.v.); dit is een selectie uit andere categorieën, bv. epilepsie, slaapstoornissen, inadequate gezinsondersteuning enz. ^g Dit wordt aangevuld door een numerieke lijst op basis van de recentste lijsten van het VF ten behoeve van de MDT’s^h. Deze lijst is immers veel omvangrijker dan de bijlage in het ICD-10-boek ‘psychische en gedragsstoornissen’ en handiger in gebruik.

Deze documentatie wordt door de Federatie ter beschikking gesteld.

- alle nieuwe aanvragen en verlengingen aldus coderen ; dit gebeurt in consensus met meerderen, waaronder de verantwoordelijke arts. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de codering. Niet alle categorieën zijn immers eenduidig te interpreteren. Deze werkwijze laat ook toe een leerproces door te maken dat leidt naar een ‘intersubjectieve’ registratie
- iedere cliënt wordt met zijn codering ingegeven in een bestand (bv. de aangepaste cliëntsteekkaart in Amfora)
- op geregelde tijdstippen (bv. trimestrieel) of ad hoc (bv. voor het jaarverslag) kunnen deze gegevens gegroepeerd worden in klassen die een gedifferentieerd beeld geven van de centrumpopulatie op dat moment. Naar believen kan deze analyse dan gelinkt worden met andere variabelen die nu reeds in de meeste systemen worden bijgehouden (verwijzer, in revalidatie of op wachtlijst, woonplaats...). Niet alleen het nemen van een individuele ‘foto’ maar ook sectorale beeldvorming wordt dan mogelijk (bv. als jaarrapport voor de sector, de overheid, de pers ; als antwoord op bepaalde vragen van de overheid, de pers...). Hiervoor is het uiteraard noodzakelijk dat de centra uit alle geledingen (Federatie, PPG, NVMSI, VVW) hieraan daadwerkelijk meewerken.

WANNEER :

- alle nodige documentatie en registratiemogelijkheid ⁱ ter beschikking begin januari 2005, zodat concrete introductie in de teams mogelijk wordt
- proefregistratie van 1 februari tot 30 juni 2005 met:
 - mogelijkheid tot het melden van problemen :
 - inzake software (enkel via trees.de.wael@pi.be)
 - inzake categorisering (enkel via caroostakker.janscheiris@skynet.be).

De werkgroep ‘categorisering’ zorgt gezamenlijk voor de beantwoording.

- een of meerdere evaluatiemomenten, bv. in maart en in mei
- eventuele bijsturingen en specifieeringen

^g let op : ‘randbegaafdheid’ (TIQ 70-84) is in deze selectie niet opgenomen ; randbegaafdheid kan gecodeerd worden als R41.8 en komt overeen met de DSM-IV-code V62.89 onder de rubriek ‘bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn’.

^h Met dank aan dr. J. Stevens van het VFSIPH voor het ter beschikking stellen hiervan

ⁱ voor Amforagebruikers : met de programmeur werd afgesproken dat registratie van bijkomende velden in de steekkaart van de cliënt vanaf begin januari operationeel zal zijn

- registratie vanaf 1 juli 2005.

Registration procedure documents: Dutch speaking centres

REGISTRATIEPROJECT CAR-POPULATIE

Door te sturen cliëntgegevens naar Sig door de CAR:

- Cliënten= alle actieve dossiers in de periode 01/01/06 tot 30/06/06
- Doorsturen via Excelbestand voor 31/12/06
- Cliëntgegevens:
 1. intern cliëntnummer (=recordnummer uit Amfora of ander gegevensbeheersysteem)
 2. geboortedatum
 3. postcode
 4. stoornisgroep RIZIV
 5. datum eerste behandeling
 6. desgevallend: datum laatste behandeling
 7. tussenkomende disciplines:
 - a. discipline=minstens 1 x per maand tussen gekomen gedurende de laatste 6 maanden voor de doorstuurdatum waarbij enkel sessies van minstens 30' met een therapiecode (P) meetellen
 - b. maximaal 8
 8. geslacht
 9. aanmeldingsklacht (= kenletter VAPH)
 10. onderwijsniveau (= kenletter Amfora of eigen gegevensbeheersysteem)
 11. icd-10-codes:
 - a. index (=hoofdstoornis)
 - b. maximaal 3 comorbide problematieken
 - c. maximaal 3 geassocieerde problematieken
 12. moedertaal

Bij de zending deelt het CAR zijn erkenningsnummer (RIZIVnummer) en de periode waarop de registratie slaat (in dit geval is dit standaard 01/01 tot 30/06/2006) mee.

Registration procedure documents: French speaking centres

Objet : les Diagnostics ICD-10

Vous n'êtes pas sans savoir que depuis quelques temps déjà un projet important est en cours au sein de la Fédération des Centres de Réadaptation.: suite aux différentes pressions, il apparaît de plus en plus nécessaire de mieux définir les pathologies dont nos Centres s'occupent.

Mais pour ce faire il est nécessaire de mieux connaître et de mieux présenter la population suivie. Un travail expérimental a été mis en place sur le premier semestre de 2005 tant en région néerlandophone que francophone.

Il s'agit de spécifier au moyen du guide diagnostique de l'ICD-10 la richesse et la diversité des troubles pris en charge. En effet le recours à la seule classification par groupes proposés par nos conventions est extrêmement réducteur et nous désert actuellement. Cette approche gomme la prise en compte de toute comorbidité et donne une part essentielle à la prise en compte du quotient intellectuel.

Comme cela a été déjà proposé à notre assemblée générale le 12 avril dernier un groupe de travail se propose d'analyser et de réfléchir sur cette expérimentation. Il se réunit pour la première fois en date du jeudi 26 mai au centre « les Perce-neige » de Jambes. Ce groupe est ouvert à tous les centres affiliés à la Fédération.

Cependant pour pouvoir travailler il est nécessaire de réunir des données. Nous vous demandons donc à tous de bien vouloir participer à cette expérience en spécifiant votre population pour laquelle il y a eu conclusion ou renouvellement de programme et ce dès le 1 janvier 2005 et au moins jusqu'en fin juin 2005. Ceci permettrait de réunir un nombre suffisant de diagnostics pour en tirer quelques conclusions. Ce travail peut apparaître fastidieux mais est indispensable si nous voulons pouvoir proposer aux décideurs une nouvelle manière moins réductrice de définir les populations traitées.

Vous trouverez en annexe un tableau Excel permettant d'encoder puis de transmettre ces données. Nous vous demandons de soigner particulièrement l'encodage, en utilisant seulement le pavé numérique (peu importe que le . devienne une ,) en respectant les codes précis du guide diagnostique, sans ajouter d'espace et sans commentaire pour que ces données puissent être traitées facilement. Le tableau comporte une colonne pour un diagnostic principal et trois colonnes pour des diagnostics de comorbidité dans le domaine des pathologies psychiatriques. Une colonne supplémentaire est prévue pour des diagnostics annexes, par exemple liées au contexte social. Enfin une dernière colonne permet d'encoder éventuellement un diagnostic médical, également suivant les codes annexes de l'ICD 10.

Une première version de ce tableau reprenant les 4 premiers mois de l'année peut être retransmise par mail dès que possible à l'adresse suivante : xxx. Ceci permettrait de préparer avec suffisamment de données la réunion du 26 mai.

Il est également joint à ce courrier l'invitation pour la réunion du groupe de travail du 26 mai ainsi une traduction pour information du projet proposé à nos collègues néerlandophones.

Pièces jointes:

- Texte de l'aile néerlandophone
- Tableau Excel
- Invitation au groupe de travail

Dr. MARC THOMAS
Administrateur de la Fédération

PS : il se peut que la réunion du 26 mai doive être déplacée en raison de l'interférence avec une réunion à l'INAMI, liée au groupe ministériel de réforme de la réadaptation. Vous en seriez avertis par mail et la date serait alors post-posée au 23 juin.



Cher(e) collègue,

Depuis quelques mois vous avez été sollicité pour participer à la phase expérimentale de spécification des diagnostics de vos consultants au moyen de l'ICD-10.

Avec tous ceux qui se sont inscrits dans la phase expérimentale, la méthodologie et les modalités pratiques ont pu être discutées et un consensus a été arrêté.

La Fédération a décidé de passer maintenant à la phase d'enregistrement des données et ce à partir du 1/10/2005.

Ce travail est primordial pour défendre les intérêts de nos consultants et par là même, les intérêts des Centres. Il doit permettre de montrer la complexité des situations prises en charge dans notre secteur et soutenir vos représentants lors des négociations en cours. Je donnerai pour seul exemple le sous groupe ministériel institué par le ministre DEMOTTE qui se penche actuellement sur l'organisation des réponses à donner aux problématiques de santé mentale des enfants et des adolescents. De ces discussions dépend une réorganisation de tout le secteur de la réadaptation.

Je vous invite dès lors avec insistance à participer activement à la prise de données et aux réunions de travail autour de ce projet.

La première étape est de vous inscrire comme Centre participant par mail à l'adresse de Jean-Paul LECLERCQ (xxx) et ce pour le 15 octobre.

La seconde sera de remplir soigneusement le tableau annexé au fur et à mesure des évaluations réalisée (bilans de départ ou renouvellements), en respectant les critères du manuel ICD-10, en n'y mettant que des codes officiels, complets et sans erreur. Les diagnostics médicaux éventuels sont partiellement répertoriés dans l'annexe du manuel (livre bleu !) et, liste plus complète, sur le site de l'OMS (voir pièce jointe).

La troisième étape est une réunion de concertation et d'échanges qui aura lieu le 24 novembre à 10 heures aux Perce-neige à Jambe.

La quatrième est une première transmission des tableaux pour le 10 janvier 2006 par courriel à l'adresse de Jean-Paul LECLERCQ (xxxx) qui, avec le docteur DENIS, se chargera de vérifier la conformité des tableaux, quitte à vous demander certaines corrections.

Ensuite à quelques-uns, et en concertation avec nos collègues néerlandophones, des pistes d'analyse pourront être dégagées pour exploiter cette masse de données tout en poursuivant les enregistrements.

Encore une fois, seule une participation massive des Centres affiliés permettra à la fois de bien identifier la spécificité des Centres francophones et surtout le bien fondé de leur place dans le dispositif des soins.

Je compte donc, au nom de la Fédération et plus particulièrement de sa Commission Scientifique, sur une réponse favorable et rapide de votre part.

Restant à votre disposition pour toute information complémentaire, soyez assuré, cher(e) collègue, de nos meilleurs sentiments.

ANNEXES:

Version actualisée du tableau à remplir.

Liste des diagnostics médicaux de l'OMS.

Compte-rendu de la dernière réunion de la Commission Scientifique.

Pour la commission scientifique,

Marc THOMAS

Date naissance	GROUPE	DIAGN ICD-10 PRINC	Diagn ICD-10 2	Diagn ICD-10 3	Diag ICD-10 4	Environnement	DIAG. MEDICAL	SE XE	Date de recueil	Nbre comorbidités
jj/mm/aaaa	Groupe selon convention INAMI	= diagnostic qui justifie le plus le traitement en CRF Toutes lettres sauf Z Codification complète de l'ICD-10	= autre diagnostic qui justifie le traitement en CRF Lettres F ou H>59 Codification complète de l'ICD-10	= autre diagnostic qui justifie le traitement en CRF Lettres F ou H>59 Codification complète de l'ICD-10	= autre diagnostic qui justifie le traitement en CRF Lettres F ou H>59 Codification complète de l'ICD-10	= autre éventuel diagnostic qui justifie le traitement en CRF Lettres Z (un seul) Codification complète de l'ICD-10	Comorbidité qui interfère sans justifier le traitement Toute lettre sauf F, H>59 ou Z Codification complète de l'ICD-10	F ou M	Date de la première évaluation ou du renouvellement du programme jj/mm/aaaa	Il s'agit des comorbidités supplémentaires : Compter tous les diagnostics non repris dans les colonnes précédentes
1/01/2000	2	R47.0	F90.0	F81.3	F93.1	Z63.2	G93.1	M	10/01/2005	2

Frequently asked questions

Implementatie van de registratie van cliëntproblematieken op basis van ICD-10

SAMENVATTENDE FAQ OKTOBER 2005

ALGEMENE OPMERKINGEN:

De registratie van de problematiek(en) van patiënten binnen het ICD10-registratieproject, verloopt parallel met de inschrijving van patiënten via de huidige conventiegroepen.

Beiden hebben in se niets met elkaar te maken:

- de registratie d.m.v. ICD-10 heeft de bedoeling de problematieken eenvormig te benoemen en zo in kaart te brengen
- de inschrijving d.m.v. de critaria in de verschillende pathologiegroepen opgenomen in de RIZIV-conventie heeft de bedoeling terugbetaling van revalidatiekosten te bekomen.

Indexstoornis en/of comorbiditeit hoeven m.a.w. niet noodzakelijk te corresponderen met de conventiegroep.

ICD-10 is een instrument om problematieken eenvormig te benoemen en is aldus slechts een onderdeel van het diagnostisch proces.

In de diagnostische cyclus kunnen we dit classificatiesysteem het best situeren in de tweede diagnostische fase (de onderkennende/categoriale diagnostiek (d.i. na de probleemverheldering (klachtenanalyse) en voor de verklarende diagnostiek en indicatiestelling)). Binnen de doelstellingen, mogelijkheden en verwachtingen inzake categoriale diagnostiek is de ICD-10 een van de beste systemen.

Een registratie is een momentopname en leidt niet per se tot een definitieve benoeming van de problematiek(en).

De problematiek kan evolueren of in het begin nog onduidelijk zijn. Hierdoor is het mogelijk dat een eerdere diagnose (=hypothese) vervalt of dat een onzekere diagnose evolueert naar een zekere.

Ook de wetenschap evolueert, waardoor bvb betere onderzoeksmiddelen kunnen gebruikt worden. Ook hierdoor kan de diagnose op zich, qua comorbiditeit(en), qua geassocieerde problematiek(en) of qua zekerheidsgraad in de tijd evolueren.

Verder is de invalshoek van het team medebepalend welke categorie als tekenend voor de hoofd- en hiermee samen voorkomende en/of geassocieerde problematiek zal worden genomen. Zo zal in het ene team voor eenzelfde casus de gedragsstoornis primeren (=als indexstoornis gecategoriseerd worden) en de dyslexie als comorbied probleem en kan/mag dit in een ander team andersom zijn.

Deze variaties zijn eigen aan het registeren zelf en kunnen niet worden gezien als tekenen van onbetrouwbaarheid of willekeur, zolang de diagnostische richtlijnen van het gekozen categoriseringssysteem volledig en eenvormig worden toegepast.

Iedereen registreren?

Zoals bekend is het onze bedoeling de cliëntpopulatie in CAR NOK en PSY met de ICD-10 als hulpmiddel in kaart te brengen. Daar vallen dus ook de cliënten onder wiens revalidatie dient verlengd te worden of die na onderzoek geen recht of nood hebben aan multidisciplinaire revalidatie. Ook cliënten bij wie met dit categoriseringssysteem en de daarin vervatte diagnostische richtlijnen geen comorbiede of/en geassocieerde problematieken kunnen gelabeld worden dienen geregistreerd te worden.

Coderen na intake?

Neen, enkel na het uitvoeren van het multidisciplinair onderzoek

Wat bij verlengingen? Aanvangsdiagnose? Vaak beter zicht op diagnose? Gezinssituatie anders?

Bij verlengingen moet men de aanvangsdiagnostiek registreren, tenzij in de loop van het revalidatieproces andere inzichten zijn ontstaan. Een ander probleem kan opgetreden zijn of de problematiek is duidelijker of gewijzigd, de gezinssituatie is gewijzigd. In dit geval dient de registratie aangepast te worden.

Indexstoornis en comorbiede stoornissen:

We beperken ons tot maximaal 3 comorbiede en 3 geassocieerde stoornissen ; als hierin keuzes moeten gemaakt worden dan is dit de bevoegdheid van het team.

Indexstoornis en comorbiede stoornis hoeven niet noodzakelijk in hiërarchie te staan tot elkaar. Het samengaan (=co) van verschillende facetten van een 'stoornis' ('=morbied') drukt inhoudelijk (bv. oorzakelijk) geen hiërarchische relatie uit.

Bij twijfel wat de index- en wat een comorbiede stoornis is, hanteren we de ICF-filosofie : de stoornis die volgens het team de grootste impact heeft op het dagelijks functioneren in de relevante levensdomeinen is de indexstoornis. Zonodig, moet elk team hierin een keuze maken.

Men kan zich voor het bepalen van de index- of comorbiede en geassocieerde stoornissen enkel baseren op de diagnostische richtlijnen beschreven in ICD-10. De 'Vlaams Fonds'-lijsten of andere samenvattingen zijn hiervoor ontoereikend.

Bij de meerderheid van de problematieken volstaat het 5^{de} hoofdstuk van ICD-10 (psychische en gedragsstoornissen, de diagnostische richtlijnen voor het toekennen van de zgn. F-codes).

We volgen hierbij de afspraak dat voor de indexstoornis en comorbiede stoornissen enkel deze codes worden gebruikt, uitezonderd indien:

- er geen stoornis is: hiervoor wordt de code Z 0321 gebruikt (in te vullen in vak indexstoornis)
- de indexstoornis of comorbiditeit gehoorstoornis is (H90-93)
- de indexstoornis of comorbiditeit hersenverlamming of een motorische stoornis is (G90-93)

Voor deze codes verwijzen we naar de andere ICD-10 hoofdstukken . Deze kan u raadplegen op <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (ICD10 online). De gehele ICD-10 kan je gratis downloaden vanop www.nictiz.nl/kr_nictiz/default.asp?datoom=87 (pdf-formaat).

Voor Amfora-gebruikers:

Indien een code niet in de lijst van amfora opgenomen is, gelieve deze code toch in te tikken, en deze code door te faxen of te mailen naar onderstaande. De werkgroep zorgt ervoor dat bij een volgende upgrade van het programma de ontbrekende codes worden opgenomen.

Met de programmeur werd overigens afgesproken dat vanuit het programma een lijst kan afdrukken worden met codes zonder omschrijving, zodat die lijst aan de werkgroep kan doorgestuurd worden.

Wanneer is een probleem ernstig genoeg om als indexstoornis of comorbiede stoornis te worden weerhouden? Wat als we geen percentielen/deciliën hebben?

Indien de problematiek kan ingeschatt worden met een test hanteren we de pc 10-grens of de overeenkomstige standaardscore, afhankelijk van welke schaal de test is uitgerust, om van een stoornis te spreken. Indien de problematiek enkel klinisch kan ingeschatt worden geldt het oordeel van het team . In alle gevallen gelden de richtlijnen van de ICD-10 overeenkomend met de ICD-categorie van de problematieken.

Geen indexstoornis (Z0321) en wel comorbiede stoornissen registreren = niet logisch?

Inderdaad, dit is niet logisch! Indien er geen stoornis is, dan zijn er ook geen comorbiede (co=samengaan).

Geen indexstoornis (Z0321) en wel geassocieerde stoornissen registreren, kan dit?

Ja, dit is mogelijk.

Wat als na onderzoek blijkt dat geen enkele stoornis (= niets beneden pc 10), dus op zich geen enkele stoornis?

Dan spreken we niet van een stoornis.

Indien een emotionele stoornis de primaire stoornis is: als indexstoornis of enkel als comorbiede stoornis registreren?

Wat volgens het klinisch oordeel van het team het meest op de voorgrond staat wordt als indexstoornis geregistreerd (ongeacht de groep uit de conventie). Zie ook antwoord op vraag 4: "...De stoornis die volgens het team de grootste impact heeft op het dagelijks functioneren in de relevante levensdomeinen is de indexstoornis."

Bij ASS en mentale handicap: wat is indexstoornis en wat comorbiede?

Ook dit is afhankelijk van wat het meest op de voorgrond treedt en het meest belemmert in het functioneren. Dus beide kunnen.

Comorbiede gedragsstoornis bij mentale handicap registreren als indexstoornis?

F7x.0,1,8,9: het vierde teken wordt in ICD10 gebruikt voor de aanduiding van samengaande gedragsstoornissen.

We kiezen ervoor om dit niet te doen om eenvormig te blijven in de wijze waarop comorbiditeit wordt geregistreerd. Desgevallend wordt dus de gedragsstoornis afzonderlijk als index of als comorbiede stoornis geregistreerd (afhankelijk van de impact van de stoornis op het functioneren).

Bij sterk vermoeden van: 6 mnd benutten voor differentiaaldiagnostiek en pas na 6 mnd diagnose stellen? Wat dan registreren? Mag R69 (uitgestelde diagnose) als hoofdstoornis eventueel gebruikt worden?

Hier is aangewezen om toch van bij aanvang (na onderzoek) te registreren, met aanduiding van de gepaste zekerheidsgraad. Van zodra men meer/beter zicht heeft op de problematiek, dient de registratie aangepast te worden. De zekerheidsindicator werd ingevoerd om onduidelijke aanhangssituaties toch in de registratie te kunnen opnemen.

Verschil 'comorbied' en 'geassocieerd':

Enkel psychische of gedragsstoornissen worden hier als comorbied beschouwd (dus een F-stoornis); alle andere klasseren we als 'geassocieerd' (bvb bepaalde neurologische ziektes of omgevingsomstandigheden). Dit geldt niet wanneer gehoor- of neuromotorische categorieën als indexstoornis wordt gebruikt (zie vraag 4).

Bvb kind met Syndroom van Down: als index/comorbiede stoornis zal men vermoedelijk 'verstandelijke beperking' registreren en het syndroom zal als geassocieerd worden aangegeven (Q90)

Het verschil tussen een .8 ('overige') en een .9 ('niet gespecificeerd') categorie :

Volgend voorbeeld kan dit verduidelijken:

Stel ik wil de kleur van een bloem coderen en ik gebruik daarbij het codelijstje:

1=rood, 2=geel, 3=wit, 8=overige gespecificeerd, 9=niet gespecificeerd.

Is de kleur van de bloem "blauw" dan word je geacht de code 8 te geven: de kleur is bekend, maar er is geen aparte code voor.

Is de kleur van de bloem niet bekend (niet gespecificeerd) dan gebruik je code 9. Soms wordt "overige" gebruikt (en dus niet overig gespecificeerd); "overige" is overig gespecificeerd + niet gespecificeerd.'(Y.Heerkens). Dit zijn alleszins restcategorieën, en dienen best zo weinig mogelijk te worden gebruikt.

Algemene ontwikkelingsproblemen bij heel jonge kleuters? Hoe registreren? Men heeft problemen om dit als intelligentiekort te registreren.

De problemen om de complexe problematieken te registreren bij jonge cliënten moet opgevangen worden door de 'hoofdstoornis' te catalogeren als indexstoornis, en de bijkomende problematieken als comorbiditeit of/een aanverwante stoornis. De (soms moeilijke) beslissing wat 'index' en wat 'comorbid' is, behoort tot de competentie en de verantwoordelijkheid van het team en kan desgevallend na verloop aangepast worden.

Wat het 'voortijdig' registreren betreft : de registratie van stoornissen kan ook bij twijfel/vermoeden via het gebruik van de zekerheidsindicatie.

Zoals gezegd kunnen registratie en diagnose tijdens het diagnostisch en therapeutisch proces veranderen en zijn aldus geen statistische gegevens of 'verdicten'

De beschrijving van ADHD is in ICD-10 strenger dan in DSM-IV (ICD-10 : aandachtsstoornissen én hyperactiviteit) : gebruiken we voor deze stoornis niet beter de DSM-IV.

Neen, registratie moet eenvormig zijn en er werd gekozen voor ICD-10 (later in combinatie met ICF en ICFYC). Dat hierdoor cliënten uit de boot zouden vallen is weinig waarschijnlijk : cliënten met een ernstige ADD zullen allicht leerstoornissen en/of gedragsproblemen hebben en zo 'gelabeld' kunnen worden.

ADD kan geregistreerd worden onder F98.8 (inclusie: aandachtstekortstoornis zonder hyperactiviteit) ; cliënten met enkel H (hyperactiviteit) beantwoorden mogelijks ook aan de criteria voor F82 of misschien vormt de H een element van een gedragsstoornis.

Waarom kan randbegaafheid niet als indexstoornis?

Het wordt niet beschouwd als een welbepaalde psychische of gedragstoornis (hoofdstuk 5).

Randbegaafheid kan als geassocieerd gecodeerd met de code R418 ("other and unspecified symptoms and signs involving cognitive functions and awareness, falling under the R-category 'symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified")ⁱ Randbegaafheid komt overeen met TIQ 70-84.

M.b.t randbegaafheid: is er ook een code voor visueel of auditief geheugen, executieve functies, auditieve of visuele perceptie, visuospatiële functioneren?

De ICD laat een classificatie toe van stoornissen die beantwoorden aan internationaal aanvaarde diagnostische richtlijnen en klinische beschrijvingen. Deze elementen maken daar deel van uit maar worden niet apart geclassificeerd. Het zijn tevens variabelen die deel uit maken van verklarende diagnostiek, daar waar ICD-10 thuis hoort in de beschrijvende, categoriale diagnostische fase.

M.b.t randbegaafheid: wat indien er geen andere stoornis is dan wat er kan verwacht worden rekening houdend met het cognitief niveau, en er geen pc of minder gescoord wordt?

In dit geval wordt er geen stoornis (Z0321) geregistreerd. Randbegaafheid kan wel als geassocieerde problematiek worden geregistreerd.

Code F79 –gebruiken voor randbegaafheid?

Neen, deze code kan alleen gebruikt worden als aan de algemene criteria van zwakzinnigheid (verstandelijke beperking) is voldaan.

Zijn leerstoornissen bij 'randbegaafheid' mogelijk?

Ja. Enerzijds zijn leerstoornissen te verwachten bij kinderen met minder verstandelijke mogelijkheden. Anderzijds kunnen ze zo ernstig zijn dat ze buiten deze verwachting vallen, dan kunnen ze als leerstoornis geregistreerd worden. Het probleem is evenwel hoe uit te maken wat binnen de verwachte marge valt. Met de meeste tests is het niet mogelijk om met voor iedere 'IQ-groep' aparte normen te werken. De expertise van het team zal hierin bepalend moeten zijn.

Verduidelijking omtrent expressieve en receptieve taalstoornis

F80.1 (expressieve) als indexstoornis en F80.2 (receptieve) als comorbide stoornis kan, maar niet omgekeerd.

Want als er sprake is van een receptieve taalstoornis (F80.2) als indexstoornis, is in vrijwel alle gevallen het expressieve taalgebruik gestoord, zodat we dit niet als aparte comorbiditeit registreren.

In tegenstelling tot de vorige FAQ's gebruiken we dan voortaan F80.2 en niet F80.8.

F81.3 (gemengde stoornis van schoolvaardigheden):

Ondanks het feit dat deze categorie wordt beschreven als slecht gedefinieerd en inadequaat geconceptualiseerd zouden we deze toch gebruiken voor cliënten die een lees-, en/of spellings- en/of rekenstoornis hebben ; zelfde reden als hierboven: vermijden om een artificiële comorbiditeit te creëren. Een kind met dyslexie en dyscalculie wordt aldus gelabeld als een kind met één hoofdprobleem, een gemengde leerstoornis, en niet als een kind met een leesstoornis (index) en rekenstoornis als comorbid fenomeen of vice versa.Dit blijkt ook uit de ICD-10 (F81.2 (specifieke stoornis van rekenvaardigheden): excl. samengaand met een leesstoornis (F81.0)).

Lees- en spellingsstoornissen komen samen zeer vaak voor en zitten beiden gevatt in het label 'dyslexie' ; analoog stellen we voor om zowel cliënten met een leesstoornis en cliënten met een lees- en spellingsstoornis te categoriseren met F81.0 (cf. ICD-10 : F81.1 (specifieke spellingsstoornis) : excl. samengaand met een leesstoornis (F81.0)).

Een stoornis in de schriftelijke uitdrukkingssvaardigheid (F81.8)

Dit is een stoornis in het schriftelijk formuleren van ideeën of mondelinge (?) communicatie (bvb een verslag maken). We zouden dit niet weerhouden als afzonderlijke stoornis. Ook F81.9 (niet gespecificeerde stoornissen van de schoolse vaardigheden) zouden we als categoriseringsmogelijkheid uitsluiten.

F82 (specifieke ontwikkelingsstoornis van de motorische functies):

Ok 'DCD' valt hieronder ; ontwikkelingsdyspraxie kan hier een subgroep van zijn ; hun relatie is dus een 'deel-geheel'-relatie.

ⁱ equivalent van de V-codes in de DSM-IV : "Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn " (zwakbegaafheid draagt code V62.89)

F83 (gemengde specifieke ontwikkelingsstoornissen) werd geschrapt?

Er werd afgesproken om deze restcategorie niet te gebruiken omdat zij comorbiditeit maskeert (we citeren hierbij de ICD-10, p.276“..... Deze categorie dient gebruikt te worden wanneer er sprake is van functiestoornissen die voldoen aan de criteria van twee of meer van de categoriën F80., F81.- en F82”).

Deze code impliceert en maskeert derhalve de complexiteit en comorbiditeit.

Bovendien geeft deze categorie ook niet weer over welke stoornissen het specifiek gaat bij een specifieke patiënt. Het is juist een van de bedoelingen van het project om de revalidatiepopulatie beter in beeld te brengen dan tot nu toe mogelijk is, d.w.z. inclusief de eventuele comorbiditeit.

F83 – Deze categorie is een uitweg om niet voortijdig ASS te registreren?

Neen.

Bij vermoeden ASS dient de code voor autisme gebruikt te worden, en het vermoeden via de zekerheidsindicator aan te geven.

F84.0 : vroegkinderlijk autisme is een verouderde term?

Inderdaad. Een classificatie loopt altijd wat achter (zo zou men bij F82 ook DCD kunnen vermelden). Kan vervangen worden door ‘autisme’.

Articulatieproblemen ten gevolge van dysmorfieën:

Dit zijn geen ontwikkelingsstoornis en kunnen dus niet als F80.8 gecodeerd worden (wellicht wel met een ICD-10-code uit andere hoofdstukken, zie WHO-website, bijvoorbeeld Q35 gespleten verhemelte en Q36 gespleten lip).

In hoeverre moet je specificeren? Bvb: F44: dissociatieve stoornissen. Moet je nog verder specificeren?

Zoveel mogelijk specificeren.

Kan je een subjectieve, klinische interpretatie laten meespelen in de keuze van een ICD-10 categorie?

Ja. Het oordeel van het team is bepalend voor de registratie en niet alleen het cijfermateriaal. De testuitslagen vormen een ondersteuning en kunnen het klinisch oordeel niet vervangen.

De ICD – code is voor bepaalde stoornissen verschillend van de DSM-4 codes. Rekening gehouden met DSM 4?

De sector heeft voor een ICD-registratie gekozen. Elke DSM – 4 code heeft trouwens ook een ICD- equivalent (cfr. DSM-4 voor een overzicht van deze lijsten).

Automatiseringsproblematiek met gevolgen voor: rekenen – lezen – schrijven moet je registreren als leerstoornis

Wij registeren binnen de mogelijkheden èn dus ook de beperkingen (eigen aan elk registratiesysteem) van ICD-10. De automatiseringsproblematiek is een verklaring voor de lees-, schrijf – en rekenproblemen en kan een element zijn in de verklarende diagnostiek. Als classificatiesysteem is de ICD-10 vooral beschrijvend (beschrijvende, categoriale diagnostiek)

Het zou handig zijn specifieker neurologische /neuro-psychologische stoornissen op te nemen.

Neurologische aandoeningen kunnen via ander een ander hoofdstuk van de ICD-10 gelabeld worden (zie www.who.int). De gehele ICD-10 kan je gratis downloaden vanop www.nictiz.nl/nictiz/default.asp?datoom=87 (pdf-formaat).

Kan er een onderscheid gemaakt worden tussen “ontwikkelingsvertraging” en “ontwikkelingsstoornis” bij jonge cliënten?

Neen, wij kunnen enkel ICD-10 categorieën registreren.

Ontwikkelingsdyspraxie/clumsy child als stoornis registreren of hoort dit in het ‘houterige van ASS’?

Wanneer het symptoom hoort tot de kernproblematiek zoals beschreven in ICD – 10 behoort het tot deze problematiek en tot de bijhorende indexcode, zoniet is het comorbid

Indien bij de afwezigheid van een gezinslid of het overlijden van een gezinslid geen impact heeft op het probleem, registreren?

Neen, enkel registreren wanneer relevant voor het probleem.

Falangst: hoe categoriseren?

Falangst blijkt een containerbegrip te zijn voor diverse fenomenen en komt op zich niet voor in ICD-10.

Naargelang de verschillende problematieken die als ‘faalangst’ gelabeld kunnen worden zijn onderstaande coderingen mogelijk:

- F93.1: fobische angststoornis op kinderleeftijd
- F93.2: wanneer de angst om te mislukken ingebed is in de angst voor vreemden als een excessieve en/of persistende vorm van de normale terughoudendheid of vermijding van vreemden tijdens een bepaalde periode in de psychosociale ontwikkeling
- F93.8: overige gespecificeerde: overbezorgdheidsstoornis
- F94.8: wanneer zij ingebed is of voortvloeit uit een gebrek aan sociale vaardigheden
- F40.1: wanneer dit kadert in een sociale fobie (bvb voor spreken of presteren in het openbaar) ; hierbij gaat het niet om angsten die een ‘overdrijving’ zijn van angsten die normaal zijn in een bepaalde periode van de psychosociale ontwikkeling (deze horen thuis in de F93-categorie)
- F40.2: in het geval het gaat om een specifieke fobie (bvb examenvrees)
- F41.8: overige gespecificeerde angststoornissen

Hoe zwangerschapscomplicaties (of vroegegeboorte) coderen? Is het nodig om deze te coderen?

Met ICD- O – codes; enkel indien relevant voor het functioneren

Visus- strabisme –verziendheid: coderen?

Enkel indien relevant voor het functioneren

Wat met moedertaal in volgend voorbeeld: vader is franstalig, moeder nederlandstalig, elke ouder spreekt zijn taal, wat is voor het kind dan de moedertaal?

Van zodra er meer dan één taal tegen het kind gesproken wordt wordt best “neen” aangeduid .

Krijgen we feed-back over de verdeling van doelgroepen binnen de verschillende centra? (anonimiteit)?

Ja, zie hiervoor ook de planningsnota van 9/12/04

Waar vind ik “broddelen” terug?

F986

Vragen kunnen nog steeds doorgestuurd worden naar Jan Scheiris: caroostakker.janscheiris@skynet.be

Problemen met registratie in het Beheerspakket Amfora melden aan Trees De Wael: trees.de.wael@scarlet.be of fax 053/767984

De werkgroep “categorisering”

Trees De Wael, Jan Scheiris, Dirk florin

APPENDIX 2 TO CHAPTER 2 REGISTERED VARIABLES

variabele	Nederlandstalige centra (CAR)	Centres francophones (CRF)
Centrumnummer RIZIV (INAMI)	+	+
Patiëntnummer (n° CRF)	+	+
geboortedatum	+	+
Rizivgroep (GR INAMI)	+	+
ICD-10 indexstoornis (principal)	+	+
Comorbiditeiten (3)	+	+
Geassocieerde stoornissen (3)	+	+ (onderscheid omgeving/medische diagnose) (2)
geslacht	+	+
Registratiedatum (receuil)	+	+
Aantal comorbiide stoornissen	-	+
registratieperiode	+	-
landcode	+	-
postcode	+	-
Eerste-laatste revalidatiedag	+	-
Teamsamenstelling (disciplines)	+	-
aanmeldingsklacht	+	-
Sociaal-economische status	+	-
Soort onderwijs	+	-
Totaal (maximaal)	21	13

APPENDIX 3 TO CHAPTER 2 CLEANING OF THE DATA

In general

Errors are changed in '888'

Errors were changed (non existing codes or out of range codes) in '888' to make a distinction between missing values and errors except F80, F81, F82, F84, F70, F71, F72, F90, F91, F92, F93, F94, F98, H90 (see Appendix to Chapter 2). Although registration in these categories implies the use of codes at the FXXX- instead at the FXX-level they were useful in the general analysis (e.g. Table 8). The frequencies of these codes are small and have no influence on the analysis of the subgroups (Table 9-23). ICD-10 codes, country labels, convention codes and discipline codes were adjusted in order to obtain a uniform database where all codes with the same content were registered in the same way.

6. Only F-codes, G80k, G90l, G91m, G92n, G93o, H90p, H91q, H92r, H93s, R69t and Z0321 were allowed as index or co-morbidity codes. These agreements were the result of 6 months of trial registration. Codes that were not allowed to be registered as index or co-morbidity codes were removed as index or co-morbidity codes and added to the associated codes. Further, when there was no code left as an index code, Z0321 was written (fixed as code for 'no index disorder') and the others became associated disorders.
7. F-codes, G80, G90-93, H90-93, R69 and Z0321 were allowed to be an associated code, if index and co-morbidity codes were already an F, G80, G90-93, H90-93, R69 or Z0321-code. When there were no codes registered

k	Cerebral palsy
l	Disorders of autonomic nervous system
m	Hydrocephalus
n	Toxic encephalopathy
o	Other disorders of brain
p	Conductive and sensorineural hearing loss
q	Other hearing loss
r	Otalgia and effusion of ear
s	Other disorders of ear not elsewhere classified
t	Unknown and unspecified causes of morbidity

as index or co-morbidity codes, the codes (F, G80, G90-93, H90-93, R69 and Z0321) registered as associated codes became index or co-morbidity codes.

8. If the index was Z0321, there could be no co-morbidity or associated codes. When there was a Z0321 and there were co-morbidity or associated disorders, Z0321 was removed and the co-morbidity (or associated) disorder became the index disorder.
9. F802u as index code can not go together with F801v as a co-morbidity disorder. F801 was deleted if necessary.
10. F810w can not go together with F811x and/or F812y. It was changed into F813z.
11. F810, F811 and F812 can not go together with F813, it became F813.
12. F810 can not go together with F811, if this was the case then F811 was deleted.
13. When there was a general F-code and a more specific, the general F-code was deleted.
14. Identical ICD-10 codes in the same record number were deleted.
15. The database was checked for out of range data like age, sex, education level, registration following the conventions of the RIZIV/INAMI, complaints by registration of the patient in NOK/PSY centres... In addition to this, the male/female distribution was verified in all centres in order to search for irregularities. Overall, no huge abnormalities were discovered.

Changing ICD-10-codes

Variable: ICD10 – Index: available from the authors

Educational level

Old	New	Number
0	888	4
11	888	7
12	888	8
6.1.	61	9
6.2.	62	23
6.3	63	4
6.3.	63	9

F-codes: index and comorbidities 1-2-3

Only F-codes, G80 , G90 , G91 , G92 , G93 ,H90 , H91 , H92 , H93 , R69 and Z0321 were allowed as index or comorbidity codes. These agreements were the result of 6 months of trial registration, where the centres concluded that associated disorders could not be registered as index disorders. Codes that were not allowed to be registered as index or comorbidity codes were removed as index or comorbidity codes and added to the associated codes. Further, when there was no code left as an index code, we wrote Z0321 (fixed as code for no index disorder) as an index code and the others became associated disorders.

(Tables available from the authors)

-
- | | |
|---|--|
| u | Receptive language disorder |
| v | Expressive language disorder |
| w | Specific reading disorder |
| x | Specific spelling disorder |
| y | Specific disorder of arithmetical skills |
| z | Mixed disorder of scholastic skills |

F-codes: associated I-2-3

F-codes, G80, G90-93, H90-93, R69 and Z0321 were allowed to be an associated code, if index and comorbidity codes were already an F, G80, G90-93, H90-93, R69 or Z0321-code. When there were no codes registered as index or comorbidity codes, the codes (F, G80, G90-93, H90-93, R69 and Z0321) registered as associated codes became index or comorbidity codes.

(Tables available from the authors)

Z0321

If the index was Z0321, there could be no comorbidity or associated codes (except no permitted codes as index or comorbidity codes). When there was a Z0321 and there were comorbidity or associated disorders, Z0321 was removed and the comorbidity (or associated) disorder became the index disorder.

(Tables available from the authors)

F801 and F802

F802 as index code can not go together with F801 as a comorbidity disorder

In the following Rec Nrs we deleted F801:

529

545

845

1121

1191

1214

2595

2996

(Tables available from the authors)

F810 and F811/F812

F810 can not go together with F811 and/or F812, it became F813

In the following Rec Nrs we changed it into F813:

602

617

673

855

1150

2350

2371

(Tables available from the authors)

F810/F811/F812 and F813

F810, F811 and F812 can not go together with F813, it became F813

(Tables available from the authors)

F810 AND F811

F810 can not go together with F811, then F811 was deleted

In the following Rec Nrs we deleted F811:

241

782

1061

2083

2338

2352

2385

2957
2979
2992
4401
24
114
630
1143
1588
2959
2994
3123
4632
4711
4849
4890

(Tables available from the authors)

more specific codes

When there was a general F-code and a more specific, the general F-code was deleted

(Tables available from the authors)

identical ICD-10-codes IN the same record number

1942
4698
1780
950
17
39
56
2436

DELETED PATIENT NUMBERS

3083 and 3086: 'non-existing' patients, we removed them from the database

3993: a patient who was registered twice, we removed it from the database

non existing icd-10 codes

E93 by record number 2409 is adjusted to '888'

APPENDIX 4 TO CHAPTER 2: OVERVIEW OF THE INDEX, COMORBID AND ASSOCIATED DISORDERS

Table I: Index, comorbid and associated disorders

ICD-10 code	Name	Index disorder		Comorbid disorder		Associated disorder	
		N	%	N	%	N	%
A39	Meningococcal infection					1	0.02
A87	Viral meningitis					1	0.02
B94	Sequelae of other and unspecified infectious and parasitic diseases					1	0.02
B99	Other and unspecified infectious diseases					1	0.02
C00	Malignant neoplasm of lip					1	0.02
C40	Malignant neoplasm of bone and articular cartilage of limbs					1	0.02
C70	Malignant neoplasm of meninges					2	0.04
C71	Malignant neoplasm of brain					1	0.02
C80	Malignant neoplasm without specification of site					1	0.02
C92	Myeloid leukaemia					1	0.02
C95	Leukaemia of unspecified cell type					2	0.04
E10	Insulin-dependent diabetes mellitus					1	0.02
E15	Nondiabetic hypoglycaemic coma					1	0.02
E20	Hypoparathyroidism					1	0.02
E30	Disorders of puberty, not elsewhere classified					2	0.04
E34	Other endocrine disorders					3	0.06
E64	Sequelae of malnutrition and other nutritional deficiencies					1	0.02
E65	Localized adiposity					1	0.02
E66	Obesity					16	0.32
E70	Disorders of aromatic amino-acid metabolism					4	0.08
E73	Lactose intolerance					1	0.02
E76	Disorders of glycosaminoglycan metabolism					1	0.02
F04	Organic amnesia syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances					1	0.02
F06	Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease	2	0.04				
F10	Mental and behavioural disorders due to use of alcohol	1	0.02				
F13	Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics	1	0.02				
F19	Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other					1	0.02

	psychoactive substances					
F20	Schizophrenia	6	0.12			
F25	Schizoaffective disorders			2	0.04	
F28	Other nonorganic psychotic disorders	2	0.04			
F29	Unspecified nonorganic psychosis			1	0.02	
F30	Manic episode	1	0.02	1	0.02	
F31	Bipolar affective disorder	6	0.12	1	0.02	
F32	Depressive episode	20	0.41	42	0.86	
F33	Recurrent depressive disorder	9	0.18	10	0.20	
F34	Persistent mood [affective] disorders	1	0.02	6	0.12	
F38	Recurrent depressive disorder			6	0.12	
F39	Unspecified mood [affective] disorder	1	0.02	2	0.04	
F40	Phobic anxiety disorders	3	0.06	18	0.36	
F41	Other anxiety disorders	29	0.59	86	1.75	
F42	Obsessive-compulsive disorder	1	0.02	12	0.24	
F43	Reaction to severe stress, and adjustment disorders	10	0.20	24	0.49	
F44	Dissociative [conversion] disorders	1	0.02	3	0.06	
F45	Somatoform disorders	1	0.02	10	0.20	
F48	Other neurotic disorders	3	0.06			
F50	Eating disorders	1	0.02	11	0.22	
F51	Nonorganic sleep disorders			9	0.18	
F60	Specific personality disorders	6	0.12	17	0.35	
F62	Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease			2	0.04	
F63	Habit and impulse disorders			2	0.04	
F64	Gender identity disorders			1	0.02	
F66	Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation			2	0.04	1 0.02
F69	Unspecified disorder of adult personality and behaviour	2	0.04	3	0.06	
F70	Mild mental retardation	870	17.70	225	4.59	
F71	Moderate mental retardation	181	3.69	57	1.16	
F72	Severe mental retardation	34	0.69	23	0.47	

F73	Profound mental retardation	28	0.57	31	0.63		
F78	Other mental retardation	2	0.04	5	0.10		
F79	Unspecified mental retardation	7	0.14	5	0.10		
F80	Specific developmental disorders of speech and language	661	13.47	1216	24.78	2	0.04
F81	Specific developmental disorders of scholastic skills	874	17.81	746	15.20	1	0.02
F82	Specific developmental disorder of motor function	176	3.59	886	18.06	2	0.04
F83	Mixed specific developmental disorders	85	1.73	118	2.40		
F84	Pervasive developmental disorders	585	11.92	271	5.52		
F88	Other disorders of psychological development	7	0.14	26	0.53		
F89	Unspecified disorder of psychological development	6	0.12	34	0.69		
F90	Hyperkinetic disorders	544	11.09	552	11.25	2	0.04
F91	Conduct disorders	61	1.24	171	3.48	2	0.04
F92	Mixed disorders of conduct and emotions	32	0.65	87	1.77		
F93	Emotional disorders with onset specific to childhood	46	0.94	225	4.59	2	0.04
F94	Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence	66	1.34	131	2.67	1	0.02
F95	Tic disorders	1	0.02	29	0.59		
F98	Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	72	1.47	274	5.58	1	0.02
G00	Bacterial meningitis, not elsewhere classified					2	0.04
G01	Meningitis in bacterial diseases classified elsewhere					4	0.08
G02	Meningitis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere					2	0.04
G03	Meningitis due to other and unspecified causes					3	0.06
G04	Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis					3	0.06
G05	Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis in diseases classified elsewhere					5	0.10
G06	Intracranial and intraspinal abscess and granuloma					1	0.02
G11	Hereditary ataxia					2	0.04
G12	Spinal muscular atrophy and related syndromes					1	0.02
G20	Parkinson's disease					5	0.10
G25	Other extrapyramidal and movement disorders					2	0.04
G31	Other degenerative diseases of nervous system, not elsewhere classified					1	0.02
G36	Other acute disseminated demyelination					1	0.02
G40	Epilepsy					88	1.79
G43	Migraine					4	0.08

G47	Sleep disorders				2	0.04	
G53	Cranial nerve disorders in diseases classified elsewhere				1	0.02	
G56	Mononeuropathies of upper limb				1	0.02	
G60	Hereditary and idiopathic neuropathy				1	0.02	
G71	Primary disorders of muscles				3	0.06	
G72	Other myopathies				1	0.02	
G73	Disorders of myoneural junction and muscle in diseases classified elsewhere				1	0.02	
G80	Cerebral palsy	69	1.41	20	0.41	2	0.04
G81	Hemiplegia				9	0.18	
G82	Paraplegia and tetraplegia				6	0.12	
G83	Other paralytic syndromes				2	0.04	
G91	Hydrocephalus	1	0.02	4	0.08		
G92	Toxic encephalopathy	1	0.02			2	0.04
G93	Other disorders of brain	5	0.11	30	0.61	9	0.18
G95	Other diseases of spinal cord					2	0.04
G97	Postprocedural disorders of nervous system, not elsewhere classified				1	0.02	
H00	Hordeolum and chalazion				1	0.02	
H40	Glaucoma				3	0.06	
H47	Other disorders of optic [2nd] nerve and visual pathways				1	0.02	
H50	Other strabismus				8	0.16	
H52	Disorders of refraction and accommodation				10	0.20	
H53	Visual disturbances				15	0.31	
H54	Blindness and low vision				6	0.12	
H55	Nystagmus and other irregular eye movements				1	0.02	
H60	Otitis externa				1	0.02	
H62	Disorders of external ear in diseases classified elsewhere				1	0.02	
H65	Nonsuppurative otitis media				10	0.20	
H66	Suppurative and unspecified otitis media				1	0.02	
H67	Otitis media in diseases classified elsewhere				1	0.02	
H72	Perforation of tympanic membrane				3	0.06	
H73	Other disorders of tympanic membrane				1	0.02	
H74	Other disorders of middle ear and mastoid				1	0.02	
H81	Disorders of vestibular function				3	0.06	
H83	Vertiginous syndromes in diseases classified elsewhere				6	0.12	

H90	Conductive and sensorineural hearing loss	280	5.71	34	0.69	I	0.02
H91	Other hearing loss	10	0.20	10	0.20		
H93	Otalgia and effusion of ear	I	0.02	14	0.69	5	0.10
I61	Intracerebral haemorrhage					I	0.02
I63	Cerebral infarction					3	0.06
I67	Other cerebrovascular diseases					I	0.02
I69	Sequelae of cerebrovascular disease					10	0.20
J18	Pneumonia, organism unspecified					I	0.02
J30	Vasomotor and allergic rhinitis					4	0.08
J40	Bronchitis, not specified as acute or chronic					12	0.24
J42	Unspecified chronic bronchitis					5	0.10
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease					I	0.02
J45	Asthma					16	0.32
K20	Oesophagitis					I	0.02
K21	Gastro-oesophageal reflux disease					3	0.06
K59	Other functional intestinal disorders					I	0.02
L20	Atopic dermatitis					3	0.06
L23	Allergic contact dermatitis					I	0.02
L80	Vitiligo					I	0.02
L98	Other disorders of skin and subcutaneous tissue, not elsewhere classified					3	0.06
M00	Pyogenic arthritis					I	0.02
M22	Disorders of patella					I	0.02
M40	Kyphosis and lordosis					12	0.24
M41	Scoliosis					3	0.06
M73	Soft tissue disorders in diseases classified elsewhere					4	0.08
M79	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified					3	0.06
O14	Gestational [pregnancy-induced] hypertension with significant proteinuria					I	0.02
O15	Eclampsia					3	0.06
O24	Diabetes mellitus in pregnancy					I	0.02
O30	Multiple gestation					5	0.10
O31	Complications specific to multiple gestation					2	0.04
O32	Maternal care for known or suspected malpresentation of fetus					I	0.02
O35	Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage					2	0.04
O45	Premature separation of placenta [abruptio placentae]					I	0.02

O60	Preterm labour	13	0.26
O63	Long labour	1	0.02
O69	Labour and delivery complicated by umbilical cord complications	3	0.06
O82	Single delivery by caesarean section	4	0.08
P00	Fetus and newborn affected by maternal conditions that may be unrelated to present pregnancy	4	0.08
P01	Fetus and newborn affected by maternal complications of pregnancy	6	0.12
P03	Fetus and newborn affected by other complications of labour and delivery	1	0.02
P04	Fetus and newborn affected by noxious influences transmitted via placenta or breast milk	12	0.24
P05	Slow fetal growth and fetal malnutrition	1	0.02
P07	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified	59	1.20
P10	Intracranial laceration and haemorrhage due to birth injury	1	0.02
P11	Other birth injuries to central nervous system	1	0.02
P20	Intrauterine hypoxia	1	0.02
P21	Birth asphyxia	13	0.26
P22	Respiratory distress of newborn	4	0.08
P28	Other respiratory conditions originating in the perinatal period	1	0.02
P35	Congenital viral diseases	8	0.16
P37	Other congenital infectious and parasitic diseases	1	0.02
P61	Other perinatal haematological disorders	1	0.02
P70	Transitory disorders of carbohydrate metabolism specific to fetus and newborn	1	0.02
P81	Other disturbances of temperature regulation of newborn	1	0.02
P91	Other disturbances of cerebral status of newborn	5	0.10
P93	Reactions and intoxications due to drugs administered to fetus and newborn	1	0.02
P94	Disorders of muscle tone of newborn	2	0.04
P96	Other conditions originating in the perinatal period	1	0.02
Q00	Anencephaly and similar malformations	1	0.02
Q02	Microcephaly	14	0.29
Q03	Congenital hydrocephalus	4	0.08
Q04	Other congenital malformations of brain	15	0.31
Q05	Spina bifida	3	0.06
Q07	Other congenital malformations of nervous system	2	0.04
Q10	Congenital malformations of eyelid, lacrimal apparatus and orbit	2	0.04
Q12	Congenital lens malformations	2	0.04

Q16	Congenital malformations of ear causing impairment of hearing	22	0.45
Q20	Congenital malformations of cardiac chambers and connections	9	0.18
Q21	Congenital malformations of cardiac septa	1	0.02
Q23	Congenital malformations of aortic and mitral valves	1	0.02
Q35	Cleft palate	6	0.12
Q36	Cleft lip	1	0.02
Q37	Cleft palate with cleft lip	2	0.04
Q43	Other congenital malformations of intestine	2	0.04
Q53	Undescended testicle	1	0.02
Q65	Congenital deformities of hip	2	0.04
Q66	Congenital deformities of feet	1	0.02
Q69	Polydactyly	1	0.02
Q71	Reduction defects of upper limb	1	0.02
Q75	Other congenital malformations of skull and face bones	18	0.37
Q76	Congenital malformations of spine and bony thorax	1	0.02
Q77	Osteochondrodysplasia with defects of growth of tubular bones and spine	1	0.02
Q79	Congenital malformations of the musculoskeletal system, not elsewhere classified	1	0.02
Q82	Other congenital malformations of skin	1	0.02
Q85	Phakomatoses, not elsewhere classified	13	0.26
Q86	Congenital malformation syndromes due to known exogenous causes, not elsewhere classified	9	0.18
Q87	Other specified congenital malformation syndromes affecting multiple systems	12	0.24
Q90	Down's syndrome	52	1.06
Q91	Edwards' syndrome and Patau's syndrome	1	0.02
Q92	Other trisomies and partial trisomies of the autosomes, not elsewhere classified	4	0.08
Q93	Monosomies and deletions from the autosomes, not elsewhere classified	10	0.20
Q95	Balanced rearrangements and structural markers, not elsewhere classified	1	0.02
Q96	Turner's syndrome	2	0.04
Q97	Other sex chromosome abnormalities, female phenotype, not elsewhere classified	2	0.04
Q98	Other sex chromosome abnormalities, male phenotype, not elsewhere classified	6	0.12
Q99	Other chromosome abnormalities, not elsewhere classified	59	1.20
R13	Dysphagia	6	0.12
R27	Other lack of coordination	1	0.02
R41	Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness	819	16.69

R47	Speech disturbances, not elsewhere classified		36	0.73
R48	Dyslexia and other symbolic dysfunctions, not elsewhere classified		1	0.02
R49	Voice disturbances		14	0.29
R55	Syncope and collapse		1	0.02
R56	Convulsions, not elsewhere classified		5	0.10
R61	Hyperhidrosis		1	0.02
R62	Lack of expected normal physiological development		46	0.94
R63	Symptoms and signs concerning food and fluid intake		3	0.06
R69	Unknown and unspecified causes of morbidity	I 0.02	I	0.02
R80	Isolated proteinuria		I	0.02
R83	Abnormal findings in cerebrospinal fluid		I	0.02
R94	Abnormal results of function studies		51	1.04
R98	Unattended death		I	0.02
S00	Superficial injury of head		I	0.02
S02	Fracture of skull and facial bones		I	0.02
S06	Intracranial injury		16	0.32
S13	Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments at neck level		I	0.02
T70	Effects of air pressure and water pressure		I	0.02
T85	Complications of other internal prosthetic devices, implants and grafts		I	0.02
T90	Sequelae of injuries of head		I	0.02
W42	Exposure to noise		I	0.02
W79	Inhalation and ingestion of food causing obstruction of respiratory tract		I	0.02
W92	Exposure to excessive heat of man-made origin		2	0.04
X84	Intentional self-harm by unspecified means		I	0.02
Y04	Assault by bodily force		I	0.02
Y06	Neglect and abandonment		I	0.02
Y07	Other maltreatment syndromes		2	0.04
Y40	Systemic antibiotics		4	0.08
Y46	Antiepileptics and antiparkinsonism drugs		I	0.02
Y49	Psychotropic drugs, not elsewhere classified		16	0.32
Y50	Central nervous system stimulants, not elsewhere classified		3	0.06
Z00	General examination and investigation of persons without complaint and reported diagnosis		2	0.04
Z01	Other special examinations and investigations of persons without complaint or reported diagnosis		I	0.02

Z0321	No diagnose	86	1.75	1	0.02
Z31	Procreative management			1	0.02
Z37	Outcome of delivery			1	0.02
Z45	Adjustment and management of implanted device	68	1.39		
Z46	Fitting and adjustment of other devices	56	1.14		
Z50	Care involving use of rehabilitation procedures	28	0.57		
Z55	Problems related to education and literacy	13	0.26		
Z56	Problems related to employment and unemployment	3	0.06		
Z59	Problems related to housing and economic circumstances	8	0.16		
Z60	Problems related to social environment	149	3.04		
Z61	Problems related to negative life events in childhood	200	4.08		
Z62	Other problems related to upbringing	448	9.13		
Z63	Other problems related to primary support group, including family circumstances	413	8.42		
Z64	Problems related to certain psychosocial circumstances	9	0.18		
Z65	Problems related to other psychosocial circumstances	3	0.06		
Z72	Problems related to lifestyle	4	0.08		
Z73	Problems related to life-management difficulty	46	0.94		
Z74	Problems related to care-provider dependency	1	0.02		
Z75	Problems related to medical facilities and other health care	1	0.02		
Z81	Family history of mental and behavioural disorders	160	3.26		
Z82	Family history of certain disabilities and chronic diseases leading to disablement	22	0.45		
Z85	Personal history of malignant neoplasm	1	0.02		
Z86	Personal history of certain other diseases	5	0.10		
Z87	Personal history of other diseases and conditions	8	0.16		
Z90	Acquired absence of organs, not elsewhere classified	1	0.02		
Z91	Personal history of risk-factors, not elsewhere classified	2	0.04		
Z92	Personal history of medical treatment	2	0.04		
Z93	Artificial opening status	3	0.06		
Z94	Transplanted organ and tissue status	1	0.02		
Z96	Presence of other functional implants	45	0.92		
Z97	Presence of other devices	8	0.16		

APPENDIX 5 TO CHAPTER 2: DETAILED ANALYSES OF THE ICD-10 MAIN INDEX, CO-MORBID AND ASSOCIATED DISORDERS

ICD-10 Main index disorders: in detail (see 2.4.1.3)

A more detailed description of the main index disorder 'Specific developmental disorders of scholastic skills' is illustrated in Table , showing that 'F813-Mixed disorder of scholastic skills' (64.1%) is most prevalent.

Table 9: 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder: in detail

F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	N	% within group 'F81'	% within the total sample
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	12	1.37	0.24
F810 'Specific reading disorder'	147	16.82	3
F811 'Specific spelling disorder'	34	3.89	0.69
F812 'Specific disorder of arithmetical skills'	95	10.87	1.94
F813 'Mixed disorder of scholastic skills'	560	64.07	11.41
F818 'Other developmental disorders of scholastic skills'	2	0.23	0.04
F819 'Developmental disorder of scholastic skills, unspecified'	24	2.75	0.49
Total (index disorders)	874	100	17.81

A more detailed description of the main index disorder 'Mild mental retardation' is illustrated in Table 2, showing that 'F70-Mild mental retardation' (69.9%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F703', which was registered for 1 patient, does not exist. In other analyses it was counted for a 'F70'. The remark should be made about the incompleteness of data concerning the presence of behavioural problems in patients with mental retardation, because different registration methods of these behavioural problems in French speaking centres (by extensions like F708) and Dutch speaking centres (with separate codes in comorbidities) were used.

Table 20: 'Mild mental retardation' as an index disorder: in detail

F70 'Mild mental retardation'	N	% within group 'F70'	% within the total sample
F70 'Mild mental retardation'	608	69.89	12.39
F700 'Mild mental retardation' with the statement of no, or minimal, impairment of behaviour'	96	11.03	1.96
F701 'Mild mental retardation. significant impairment of behaviour requiring attention or treatment'	127	14.6	2.59
F703	1	0.11	0.02
F708 'Mild mental retardation. other impairments of behaviour '	12	1.38	0.24
F709 'Mild mental retardation. without mention of impairment of behaviour'	26	2.99	0.53
Total (index disorders)	870	100	17.73

A more detailed description of the main index disorder 'Specific developmental disorders of speech and language' is illustrated in Table 3, showing that 'F801-Expressive language disorder' (33.6%) is most prevalent.

Table 3: 'Specific developmental disorders of speech and language' as an index disorder: in detail

F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	N	% within group 'F80'	% within the total sample
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	27	4.08	0.55
F800 'Specific speech articulation disorder'	42	6.35	0.86
F801 'Expressive language disorder'	222	33.59	4.52
F802 'Receptive language disorder'	167	25.26	3.4
F803 'Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner]'	1	0.15	0.02
F808 'Other developmental disorders of speech and language'	140	21.18	2.85
F809 'Developmental disorder of speech and language. unspecified'	62	9.38	1.26
Total (index disorders)	661	100	13.46

A more detailed description of the main index disorder 'Pervasive developmental disorders' is illustrated in Table 4, showing that 'F840-Childhood autism' (52.8%) is most prevalent.

Table 4: 'Pervasive developmental disorders' as an index disorder: in detail

F84 'Pervasive developmental disorders'	N	% within group 'F84'	% within the total sample
F84 'Pervasive developmental disorders'	13	2.22	0.26
F840 'Childhood autism'	309	52.82	6.3
F841 'Atypical autism'	202	34.53	4.12
F842 'Rett's syndrome'	0	0	0
F843 'Other childhood disintegrative disorder'	9	1.54	0.18
F844 'Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements'	3	0.51	0.06
F845 'Asperger's syndrome'	15	2.56	0.31
F848 'Other pervasive developmental disorders'	16	2.74	0.33
F849 'Pervasive developmental disorder, unspecified'	18	3.08	0.37
Total (index disorders)	585	100	11.93

A more detailed description of the main index disorder 'Hyperkinetic disorders' is illustrated in Table 5, showing that 'F900-Disturbance of activity and attention' (68.9%) is most prevalent.

Table 5: 'Hyperkinetic disorders' as an index disorder: in detail

F90 'Hyperkinetic disorders'	N	% within group 'F90'	% within the total sample
F90 'Hyperkinetic disorders'	16	2.94	0.33
F900 'Disturbance of activity and attention'	375	68.93	7.64
F901 'Hyperkinetic conduct disorder'	147	27.02	3
F908 'Other hyperkinetic disorders'	1	0.18	0.02
F909 'Hyperkinetic disorder, unspecified'	5	0.92	0.1
Total (index disorders)	544	100	11.09

A more detailed description of the main index disorder 'Conductive and sensorineural hearing loss' is illustrated in Table 6, showing that 'H903-Sensorineural hearing loss, bilateral' (81.4%) is most prevalent.

Table 6: 'Conductive and sensorineural hearing loss' as an index disorder: in detail

H90 'Conductive and sensorineural hearing loss'	N	% within group 'H90'	% within the total sample
H90 'Conductive and sensorineural hearing loss'	1	0.36	0.02
H900 'Conductive hearing loss, bilateral'	13	4.64	0.26
H901 'Conductive hearing loss, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side'	0	0	0
H902 'Conductive hearing loss, unspecified'	0	0	0
H903 'Sensorineural hearing loss, bilateral'	228	81.43	4.65
H904 'Sensorineural hearing loss, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side'	1	0.36	0.02
H905 'Sensorineural hearing loss, unspecified'	32	11.43	0.65
H906 'Mixed conductive and sensorineural hearing loss, bilateral'	5	1.79	0.1
H907 'Mixed conductive and sensorineural hearing loss, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side'	0	0	0
H908 'Mixed conductive and sensorineural hearing loss, unspecified'	0	0	0
Total (index disorders)	280	100	5.7

Although the registration process prohibited the registration of ICD-10 codes on the F XX level, the tables above show otherwise. These disorders were not excluded from the sample. In most analyses all ICD-10 codes on the FXXX- level were brought together in the FXX-level and therefore these abovementioned non-existent ICD-10 codes do provide us with interesting information.

ICD-10 Main comorbid disorders: in detail (see 2.4.1.3)

A more detailed description of the main comorbid disorder 'Specific developmental disorders of speech and language' is illustrated in Table 7, showing that 'F801-Expressive language disorder' (31.3%) is most prevalent.

Table 7: 'Specific developmental disorders of speech and language' as a comorbid disorder: in detail

F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	N	% within group 'F80'	% within the total sample
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	61	5.02	1.24
F800 'Specific speech articulation disorder'	142	11.68	2.89
F801 'Expressive language disorder'	381	31.33	7.76
F802 'Receptive language disorder'	357	29.36	7.28
F803 'Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner]'	1	0.08	0.02
F808 'Other developmental disorders of speech and language'	172	14.14	3.51
F809 'Developmental disorder of speech and language, unspecified'	102	8.39	2.08
Total (comorbid disorders)	1216	100	24.78

The main comorbid disorder 'Specific developmental disorder of motor function' is not divided in more specific categories in the ICD-10, so no more detailed analyses were possible.

A more detailed description of the main comorbid disorder 'Specific developmental disorders of scholastic skills' is illustrated in Table 8, showing that 'F813-Mixed disorder of scholastic skills' (50.4%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F814', which was registered for 1 patient, does not exist in the ICD-10 and could be a registration error. In other analyses it was counted for a 'F81'.

Table 8: 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as a comorbid disorder: in detail

F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	N	% within group 'F81'	% within the total sample
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	34	4.56	0.69
F810 'Specific reading disorder'	111	14.88	2.26
F811 'Specific spelling disorder'	46	6.17	0.94
F812 'Specific disorder of arithmetical skills'	93	12.47	1.9
F813 'Mixed disorder of scholastic skills'	376	50.4	7.66
F814	1	0.13	0.02
F818 'Other developmental disorders of scholastic skills'	29	3.89	0.59
F819 'Developmental disorder of scholastic skills, unspecified'	56	7.51	1.14
Total (comorbid disorders)	746	100	15.2

A more detailed description of the main comorbid disorder 'Hyperkinetic disorders' is illustrated in Table 9, showing that 'F900-Disturbance of activity and attention' (74.8%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F902', which was registered for 1 patient, does not exist in the ICD-10 and may be a registration error. In other analyses it was counted for a 'F90'.

Table 9: 'Hyperkinetic disorders' as a comorbid disorder: in detail

F90 'Hyperkinetic disorders'	N	% within group 'F90'	% within the total sample
F90 'Hyperkinetic disorders'	19	3.44	0.39
F900 'Disturbance of activity and attention'	413	74.82	8.42
F901 'Hyperkinetic conduct disorder'	96	17.39	1.96
F902	1	0.18	0.02
F908 'Other hyperkinetic disorders'	3	0.54	0.06
F909 'Hyperkinetic disorder,unspecified'	20	3.62	0.41
Total (comorbid disorders)	552	100	10.81

A more detailed description of the main comorbid disorder 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' is illustrated in Table 10, showing that 'F988-Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' (54.7%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F902',

which was registered for 1 patient, does not exist in the ICD-10 and may be a registration error. In other analyses it was counted for a 'F90'.

Table 10: 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' as a comorbid disorder: in detail

F98 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	N	% within group 'F98'	% within the total sample
F98 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	3	1.09	0.1
F980 'Nonorganic enuresis'	31	11.31	0.6
F981 'Nonorganic encopresis'	20	7.30	0.4
F982 'Feeding disorder of infancy and childhood'	9	3.28	0.2
F984 'Stereotyped movement disorders'	7	2.55	0.1
F985 'Stuttering [stammering]'	35	12.77	0.7
F986 'Cluttering'	4	1.46	0.1
F988 'Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	150	54.74	3.1
F989 'Unspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	15	5.47	0.3
Total (comorbid disorders)	274	100	5.6

A more detailed description of the main comorbid disorder 'Pervasive developmental disorders' is illustrated in Table 11, showing that F841-Atypical autism' (47.0%) is most prevalent.

Table 11: 'Pervasive developmental disorders' as a comorbid disorder: in detail

F84 'Pervasive developmental disorders'	N	% within group 'F84'	% within the total sample
F84 'Pervasive developmental disorders'	16	5.9	0.33
F840 'Childhood autism'	83	30.63	1.69
F841 'Atypical autism'	127	46.96	2.59
F842 'Rett's syndrome'	2	0.74	0.04
F843 'Other childhood disintegrative disorder'	2	0.74	0.04
F844 'Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements'	1	0.37	0.02
F845 'Asperger's syndrome'	2	0.74	0.04
F848 'Other pervasive developmental disorders'	5	1.85	0.1
F849 'Pervasive developmental disorder, unspecified'	33	12.18	0.67
Total (comorbid disorders)	271	100	5.52

These more detailed analyses showed a high similarity between the most frequent main index disorders and most frequent comorbid disorders. Except for the 'Pervasive developmental disorders': 'F840-Childhood autism' was the most prevalent index disorder and 'F841-Atypical autism' was the most prevalent comorbid disorder.

ICD-10 Main associated disorders: in detail (see 2.4.1.3)

In the sample, 'R418-Other and unspecified symptoms and signs involving cognitive functions and awareness' is the only subcategory registered within 'R41 Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness' (see Chapter XX for more detailed analyses of this associated disorder). This ICD-10 code is described in the registration procedure of the Dutch speaking rehabilitation centres as an artefact for registering 'borderline intellectual functioning' (see chapter XX for the registration procedure and chapter XX for further analysis of this subcategory). The registration of R418 in the French speaking rehabilitation centres was not specifically mentioned and is therefore covered by other registrations (for example F83).

A more detailed description of the main associated disorder 'Other problems related to upbringing' is illustrated in Table 12, showing that 'Z620- Inadequate parental supervision and control' (31.5%) is most prevalent.

Table 12: 'Other problems related to upbringing' as an associated disorder: in detail

Z62 'Other problems related to upbringing'	N	% within group 'Z62'	% within the total sample
Z62 'Other problems related to upbringing'	7	1.56	0.1
Z620 'Inadequate parental supervision and control'	141	31.47	2.9
Z621 'Parental overprotection'	92	20.54	1.9
Z622 'Institutional upbringing'	33	7.37	0.7
Z623 'Hostility towards and scapegoating of child'	6	1.34	0.1
Z624 'Emotional neglect of child'	20	4.46	0.4
Z625 'Other problems related to neglect in upbringing'	27	6.03	0.6
Z626 'Inappropriate parental pressure and other abnormal qualities of upbringing'	64	14.29	1.3
Z628 'Other specified problems related to upbringing'	51	11.38	1.0
Z629 'Problem related to upbringing, unspecified'	7	1.56	0.1
Total (associated disorders)	448	100	9.1

A more detailed description of the main associated disorder 'Other problems related to primary support group, including family circumstances' is illustrated in Table 13, showing that 'Z635-Disruption of family by separation and divorce' (34.1%) is most prevalent.

Table 13: 'Other problems related to primary support group, including family circumstances' as an associated disorder: in detail

Z63 'Other problems related to primary support group, including family circumstances'	N	% within group 'Z63'	% within the total sample
Z63 'Other problems related to primary support group, including family circumstances'	5	1.21	0.1
Z630 'Problems in relationship with spouse or partner'	10	2.42	0.2
Z631 'Problems in relationship with parents and in-laws'	26	6.30	0.5
Z632 'Inadequate family support'	77	18.64	1.6
Z633 'Absence of family member'	30	7.26	0.6
Z634 'Disappearance and death of family member'	33	7.99	0.7
Z635 'Disruption of family by separation and divorce'	141	34.14	2.9
Z636 'Dependent relative needing care at home'	6	1.45	0.1
Z637 'Other stressful life events affecting family and household'	53	12.83	1.1
Z638 'Other specified problems related to primary support group'	31	7.51	0.6
Z639 'Problem related to primary support group, unspecified'	1	0.24	0.0
Total (associated disorders)	413	100	8.4

A more detailed description of the main associated disorder 'Problems related to negative life events in childhood' is illustrated in Table 14, showing that 'Z612-Altered pattern of family relationships in childhood' (29.0%) is most prevalent.

Table 14: 'Problems related to negative life events in childhood' as an associated disorder: in detail

Z61 'Problems related to negative life events in childhood'	N	% within group 'Z61'	% within the total sample
Z61 'Problems related to negative life events in childhood'	3	1.50	0.1
Z610 'Loss of love relationship in childhood'	23	11.50	0.5
Z611 'Removal from home in childhood'	50	25.00	1.0
Z612 'Altered pattern of family relationships in childhood'	58	29.00	1.2
Z613 'Events resulting in loss of self-esteem in childhood'	8	4.00	0.2
Z614 'Problems related to alleged sexual abuse of child by person within primary support group'	13	6.50	0.3
Z615 'Problems related to alleged sexual abuse of child by person outside primary support group'	5	2.50	0.1
Z616 'Problems related to alleged physical abuse of child'	10	5.00	0.2
Z617 'Personal frightening experience in childhood'	16	8.00	0.3
Z618 'Other negative life events in childhood'	11	5.50	0.2

Z619 'Negative life event in childhood, unspecified'	3	1.50	0.1
Total (associated disorders)	200	100	4.2

A more detailed description of the main associated disorder 'Family history of mental and behavioural disorders' is illustrated in Table 15, showing that 'Z818-Family history of other mental and behavioural disorders' (58.1%) is most prevalent.

Table 15: 'Family history of mental and behavioural disorders' as an associated disorder: in detail

Z81 'Family history of mental and behavioural disorders'	N	% within group 'Z81'	% within the total sample
Z81 'Family history of mental and behavioural disorders'	14	8.75	0.3
Z810 'Family history of mental retardation'	35	21.88	0.7
Z811 'Family history of alcohol abuse'	9	5.63	0.2
Z813 'Family history of other psychoactive substance abuse'	9	5.63	0.2
Z818 'Family history of other mental and behavioural disorders'	93	58.13	1.9
Total (associated disorders)	160	100	3.3

ICD-10 Main index disorders by official language of the rehabilitation centre (see 2.4.1.6)

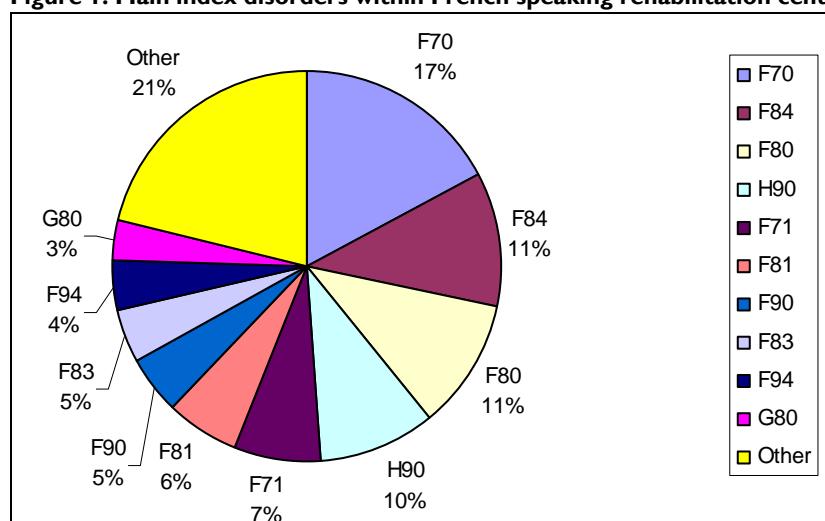
Together, the 6 most frequent index disorders in the Dutch speaking centres account for 83.9%, whereas they only account for 59.7% in the French speaking centres. Further analysis of the missing 40.3% in the French centres explained us 23.5% of other present index disorders (see Table 16) The remaining index disorders showed very low prevalence and were therefore not further analysed.

Table 16: Frequent index disorders, next to the main index disorders

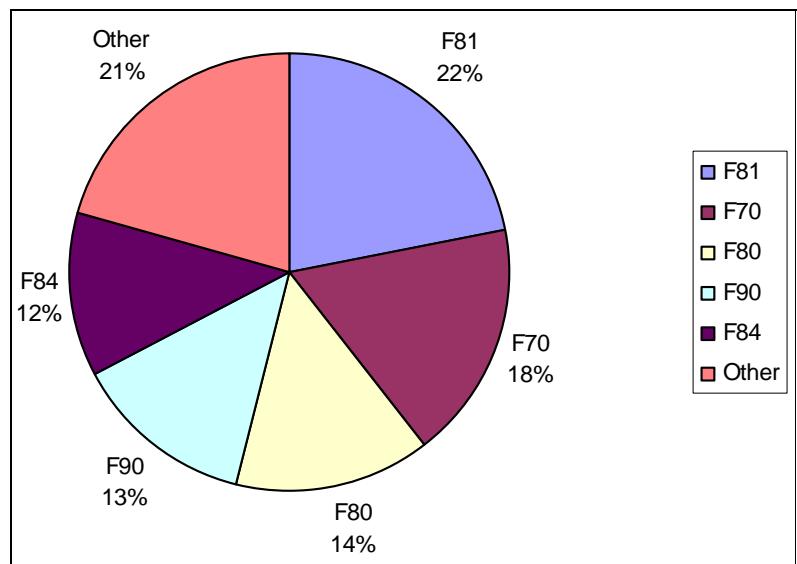
Index disorders	Dutch			French		
	N	% within ICD-10 code	% within Dutch centres	N	% within ICD-10 code	% within French centres
F71 'Moderate mental retardation'	91	50.3	2.5	90	49.7	7.2
F83 'Mixed specific developmental disorders'	28	32.9	0.8	57	67.1	4.6
F91 'Conduct disorders'	28	45.9	0.8	33	54.1	2.6
F94 'Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence'	15	22.7	0.4	51	77.3	4.1
G80 'Cerebral palsy'	27	39.1	0.7	42	60.9	3.4
Z0321 'No diagnose'	65	75.6	1.8	21	24.4	1.7
Total	254	46.4	6.9	294	53.6	23.5

The following 2 figures provide an overview of the main index disorders separately for French and Dutch speaking rehabilitation centres.

Figure 1: Main index disorders within French speaking rehabilitation centres*



* for content of the codes see Appendix 4 to chapter 2

Figure 2: Main index disorders within Dutch speaking rehabilitation centres*

* for content of the codes see Appendix 4 to chapter 2

Most frequent co-morbid and associated disorders by official language of the rehabilitation centre (see 2.4.1.6)

Most frequent co-morbid disorders by official language of the rehabilitation centre (see 2.4.1.6).

In Table 17, an overview is provided of the six most important co-morbid disorders, categorized by the language of the rehabilitation centre.

Table 17 Six most frequent co-morbid disorders within the language of the rehabilitation centre

Co-morbid disorders	Dutch			French		
	N	% within ICD-10 code	% within Dutch centres	N	% within ICD-10 code	% within French centres
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	752	72.0	20.6	293	28.0	23.5
F82 'Specific developmental disorder of motor function'	738	83.3	20.2	148	16.7	11.8
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	529	71.8	14.5	208	28.2	16.7
F90 'Hyperkinetic disorders'	463	84.2	12.7	87	15.8	7.0
F98 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	192	72.7	5.2	72	27.3	5.8
F84 'Pervasive developmental disorders'	216	79.7	5.9	55	20.3	4.4
Total	2890	79.0	79.0	863	69.1	69.1

The three most frequent co-morbid disorders are the same in Dutch and French speaking rehabilitation centres, except for 'specific developmental disorder of motor function' that is slightly less common in the Dutch speaking centres.

As only 69.1% of the main co-morbid disorders were accounted for in the French speaking centres, further analyses reveal that for frequent co-morbid disorders next to the main co-morbid disorders, especially disorders concerning behaviour, conduct problems, emotional and social functioning were registered (see Table 18).

Table 18: Frequent co-morbid disorders, next to the main co-morbid disorders

Co-morbid disorders	Dutch		French		% within ICD-10 code	% within French centres
	N	% within ICD-10 code	N	% within Dutch centres		
F41 'Other anxiety disorders'	18	26.5	0.5	68	73.5	5.4
F83 'Mixed specific developmental disorders'	36	30.5	1.0	82	69.5	6.6
F91 'Conduct disorders'	122	71.3	3.3	49	28.7	3.9
F93 'Emotional disorders with onset specific to childhood'	134	59.6	3.7	91	40.4	7.3
F94 'Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence'	83	63.4	2.3	48	36.6	3.8
Total	393	53.8	10.7	338	46.2	27.1

Most frequent associated disorders within the language (see 2.4.1.6)

In the table below, an overview is provided of the six most important associated disorders, categorized by the language of the rehabilitation centre.

Table 19: Six most frequent associated disorders within the language of the rehabilitation centre

Associated disorders	Dutch		French		% within ICD-10 code	% within French centres
	N	% within ICD-10 code	N	% within Dutch centres		
R41 'Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness'	819	100	22.4	0	0	0
Z62 'Other problems related to upbringing'	243	55.7	6.6	193	44.3	15.5
Z63 'Other problems related to primary support group, including family circumstances'	135	37.9	3.7	221	62.1	17.7
Z61 'Problems related to negative life events in childhood'	80	44.9	2.2	98	55.1	7.8
Z81 'Family history of mental and behavioural disorders'	111	71.6	3.0	44	28.4	3.5
Total	1388	37.9	556		44.5	

Due to the high diversity and low prevalence of associated disorders, no further analyses were performed to search for other prevalent associate disorders.

Most frequent co-morbid and associated disorders within NOK respectively PSY centres (see 2.4.1.7)

In Table 20 an overview is provided of the most common co-morbid disorders, categorized by NOK and PSY rehabilitation centre.

Table 20: Co-morbid disorders within NOK/PSY

Co-morbid disorders	NOK		PSY		% within ICD-10 code	% within PSY
	N	% within ICD-10 code	N	% within NOK		
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	645	61.7	25.6	400	38.3	16.8
F82 'Specific developmental disorder of motor function'	663	74.8	26.3	223	25.2	9.4
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	438	59.4	17.4	299	40.6	12.5
F90 'Hyperkinetic disorders'	336	61.1	13.3	214	38.9	9.0
F98 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	160	60.6	6.3	104	39.4	4.4
F84 'Pervasive developmental disorders'	88	32.5	3.5	183	67.5	7.7
Total	2330		92.4	1423		59.7

The 3 most prevalent co-morbid disorders are the same in NOK and PSY rehabilitation centres: 'Specific developmental disorders of speech and language' (25.6% in NOK centres and 16.8% in PSY centres), 'Specific developmental disorder of motor function' (26.3% in NOK centres and 9.4% in PSY centres), 'Specific developmental disorders of scholastic skills' (17.4% in NOK centres and 12.5% in PSY centres). However, in NOK centres they account for 69.3% of the most prevalent co-morbid disorders versus 38.7% in PSY centres. The remark can be made that 'Specific developmental disorders of speech and language' and 'Specific developmental disorder of motor function' are less often registered in PSY centres compared to NOK centres.

In Table 21, an overview is provided of the most common associated disorders, categorized by NOK and PSY rehabilitation centre.

Table 21: Associated disorders within NOK/PSY

Associated disorders	NOK		PSY		% within ICD-10 code	% within PSY
	N	% within ICD-10 code	N	% within NOK		
R41 'Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness'	449	54.8	17.8*	370	45.2	15.5*
Z62 'Other problems related to upbringing'	169	38.8	6.7	267	61.2	11.2
Z63 'Other problems related to primary support group, including family circumstances'	83	23.3	3.3	273	76.7	11.4
Z61 'Problems related to negative life events in childhood'	57	32.0	2.3	121	68.0	5.1
Z81 'Family history of mental and behavioural disorders'	78	50.3	3.1	77	49.7	3.2
Total	836		33.1	1108		46.5

* 'Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness' was only registered in the Dutch speaking centres

The most prevalent associated disorders are the same in NOK and PSY rehabilitation centres with 'Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness as most registered code (17.8% in NOK centres versus 15.5% in PSY centres). The second most prevalent associated disorders were Z-codes, slightly more often registered in PSY centres;

'Other problems related to upbringing' (11.2% in PSY centres versus 6.7% in NOK centres) and 'Other problems related to primary support group, including family circumstances' (11.4% in PSY centres versus 3.3% in NOK centres).

Due to the high diversity and low prevalence of associated disorders, no further analyses were performed to search for other prevalent associate disorders.

ICD-10 Main index disorders for Dutch/French and NOK/PSY (see 2.4.1.8)

Table 22 provides an overview of the 6 most common index disorders for Dutch and French speaking NOK and PSY rehabilitation centres.

Table 22: Main index disorders for Dutch/French and NOK/PSY

Index disorders	Dutch						French					
	NOK			PSY			NOK			PSY		
	N	% in ICD-10	% within NOK	N	% in ICD-10	% in PSY	N	% ICD-10	% within NOK	N	% ICD-10	% in PSY
F81	558	69.9	26.0	240	30.1	15.9	45	59.2	11.9	31	40.8	3.6
F70	301	46.0	14.0	354	54.0	23.4	42	19.5	11.1	173	80.5	19.8
F80	335	63.4	15.6	193	36.6	12.8	71	53.4	18.8	62	46.6	7.1
F84	217	48.8	10.1	228	51.2	15.1	6	4.3	1.6	134	95.7	15.4
F90	285	58.6	13.3	201	41.4	13.3	14	24.1	3.7	44	75.9	5.0
H90	156	100	7.3	0	0	0	124	100	32.9	0	0	0
Total	1852		86.3	1216		80.5	302		80	444		50.9

Differences between NOK and PSY registration of the main index disorders for the Dutch speaking centres and the French speaking centres were not found. We can conclude that the same disorders are treated within Dutch and French NOK/PSY rehabilitation centres.

Main comorbid disorders for Dutch/French and NOK/PSY (see 2.4.1.8)

Table 23 provides an overview of the most common comorbid disorders for Dutch and French speaking NOK and PSY rehabilitation centres.

Table 23: Most common comorbid disorders for Dutch/French and NOK/PSY

Index disorders	Dutch			French								
	NOK	PSY	NOK	PSY	% in ICD-10	% in PSY	N	% ICD-10	% PSY	% in		
F80	520	69.1	24.2	232	30.9	15.3	125	42.7	33.2	168	57.3	19.3
F82	588	79.7	27.4	150	20.3	9.9	75	50.7	19.9	73	49.3	8.4
F81	378	71.5	17.6	151	28.5	10.0	60	28.8	15.9	148	71.2	17.0
F90	310	67.0	14.5	153	33.0	10.1	26	29.9	6.9	61	70.1	7.0
F98	131	68.2	6.1	61	31.8	4.0	29	40.3	7.7	43	59.7	4.9
F84	84	38.9	3.9	132	61.1	8.7	4	7.3	1.1	51	92.7	5.8
Total	2011	93.7	879	58	319		84.7	544			62.4	

Differences between NOK and PSY registration of the main comorbid disorders for the Dutch speaking centres and the French speaking centres were not found. We can conclude the same comorbid disorders are treated within Dutch and French NOK/PSY rehabilitation centres.

ICD-10 Main disorders (index or co-morbid disorder): in detail (see 2.4.1.4)

Because the distinction of index disorder/comorbid disorder in practice is not always clear, analyses of the prevalence of the main disorders were made, independently of that distinction.

A more detailed description of the disorder 'Specific developmental disorders of scholastic skills' is illustrated in Table 24, showing that 'F813 Mixed disorder of scholastic skills' (57.7%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F814', which was registered for 1 patient, does not exist. In the other analysis it was counted for a 'F81'.

Table 24: 'Specific developmental disorders of scholastic skills' (index or comorbid disorder): in detail

F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	N	% within group 'F81'	% within the total sample
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	46	2.84	0.9
F810 'Specific reading disorder'	258	15.92	5.3
F811 'Specific spelling disorder'	81	5.00	1.7
F812 'Specific disorder of arithmetical skills'	188	11.60	3.8
F813 'Mixed disorder of scholastic skills'	936	57.74	19.1
F814	1	0.06	0.0
F818 'Other developmental disorders of scholastic skills'	31	1.91	0.6
F819 'Developmental disorder of scholastic skills, unspecified'	80	4.94	1.6
Total	1621	100	33

A more detailed description of the disorder 'Mild mental retardation' is illustrated in Table 25, showing that 'F70 Mild mental retardation' (64.2%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F703', which was registered for 1 patient, does not exist. In the other analysis it was counted for a 'F70'.

Table 25: 'Mild mental retardation' (index or comorbid disorder): in detail

F70 'Mild mental retardation'	N	% within group 'F70'	% within the total sample
F70 'Mild mental retardation'	703	64.20	14.3
F700 'Mild mental retardation' with the statement of no, or minimal, impairment of behaviour'	120	10.96	2.4
F701 'Mild mental retardation. significant impairment of behaviour requiring attention or treatment'	202	18.45	4.1

F703	1	0.09	0.0
F708 'Mild mental retardation, other impairments of behaviour'	16	1.46	0.3
F709 'Mild mental retardation, without mention of impairment of behaviour'	53	4.84	1.1
Total	1095	100	22.2

A more detailed description of the disorder 'Specific developmental disorders of speech and language' is illustrated in Table 26, showing that 'F801 'Expressive language disorder' (32.0%) is most prevalent.

Table 26: 'Specific developmental disorders of speech and language' (index or comorbid disorder): in detail

F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	N	% within group 'F80'	% within the total sample
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	88	4.68	1.8
F800 'Specific speech articulation disorder'	184	9.79	3.7
F801 'Expressive language disorder'	603	32.09	12.3
F802 'Receptive language disorder'	525	27.94	10.7
F803 'Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner]'	2	0.11	0.0
F808 'Other developmental disorders of speech and language'	313	16.66	6.4
F809 'Developmental disorder of speech and language, unspecified'	164	8.73	3.3
Total	1879	100	38.2

A more detailed description of the disorder 'Pervasive developmental disorders' is illustrated in Table 27, showing that 'F840 'Childhood autism' (45.8%) is most prevalent.

Table 27: 'Pervasive developmental disorders' (index or comorbid disorder): in detail

F84 'Pervasive developmental disorders'	N	% within group 'F84'	% within the total sample
F84 'Pervasive developmental disorders'	29	3.39	0.6
F840 'Childhood autism'	392	45.79	8.0
F841 'Atypical autism'	329	38.43	6.7
F842 'Rett's syndrome'	2	0.23	0.0
F843 'Other childhood disintegrative disorder'	11	1.29	0.2
F844 'Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements'	4	0.47	0.1
F845 'Asperger's syndrome'	17	1.99	0.3
F848 'Other pervasive developmental disorders'	21	2.45	0.4
F849 'Pervasive developmental disorder, unspecified'	51	5.96	1.0
Total	856	100	17.3

A more detailed description of the disorder 'Hyperkinetic disorders' is illustrated in Table 28, showing that 'F900 Disturbance of activity and attention' (72.0%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F902', which was registered for 1 patient, does not exist. In the other analysis it was counted for a 'F90'.

Table 28: 'Hyperkinetic disorders' (index or comorbid disorder): in detail

F90 'Hyperkinetic disorders'	N	% within group 'F90'	% within the total sample
F90 'Hyperkinetic disorders'	35	3.19	0.7
F900 'Disturbance of activity and attention'	790	71.95	16.1
F901 'Hyperkinetic conduct disorder'	243	22.13	5.0
F902	1	0.09	0.0
F908 'Other hyperkinetic disorders'	4	0.36	0.1
F909 'Hyperkinetic disorder, unspecified'	25	2.28	0.5
Total	1098	100	22.4

A more detailed description of the main index disorder 'Conductive and sensorineural hearing loss' is illustrated in Table 29, showing that 'H903 'Sensorineural hearing loss, bilateral' (76.5%) is most prevalent.

Table 29: 'Conductive and sensorineural hearing loss' (index or comorbid disorder): in detail

H90 'Conductive and sensorineural hearing loss'	N	% within group 'H90'	% within the total sample
H90 'Conductive and sensorineural hearing loss'	3	0.95	0.1
H900 'Conductive hearing loss, bilateral'	18	5.71	0.4
H901 'Conductive hearing loss, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side'	3	0.95	0.1
H902 'Conductive hearing loss, unspecified'	2	0.63	0.0
H903 'Sensorineural hearing loss,bilateral'	241	76.51	4.9
H904 'Sensorineural hearing loss, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side'	3	0.95	0.1
H905 'Sensorineural hearing loss,unspecified'	37	11.86	0.8
H906 'Mixed conductive and sensorineural hearing loss, bilateral'	5	1.59	0.1
H907 'Mixed conductive and sensorineural hearing loss, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side'	1	0.32	0.0
H908 'Mixed conductive and sensorineural hearing loss,unspecified'	2	0.63	0.0
Total	315	100	6.5

A more detailed description of the disorder 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' is illustrated in Table 30, showing that 'F988 Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' (55.0%) is most prevalent. The ICD-10 code 'F902', which was registered for 1 patient, does not exist. In the other analysis it was counted for a 'F90'.

Table 30: 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' (index or comorbid disorder): in detail

F98 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	N	% within group 'F98'	% within the total sample
F98 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	3	0.86	0.1
F980 'Nonorganic enuresis'	31	8.93	0.6
F981 'Nonorganic encopresis'	20	5.76	0.4
F982 'Feeding disorder of infancy and childhood'	9	2.59	0.2
F983 'Pica of infancy and childhood'			
F984 'Stereotyped movement disorders'	7	2.02	0.1
F985 'Stuttering [stammering]'	67	19.31	1.4
F986 'Cluttering'	4	1.15	0.1
F988 'Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	191	55.04	3.9
F989 'Unspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	15	4.32	0.3
Total	347	100	7.1

APPENDIX 6 TO CHAPTER 2: ICD-10: THE MAIN CO-MORBID AND ASSOCIATED DISORDERS WITHIN THE MAIN INDEX DISORDERS (SEE 2.4.2)

ICD-10: the main co-morbid disorders within the main index disorders. (see 2.4.2.2)

Table 31: The main co-morbid disorders within the main index disorders

Index disorders	Co-morbid disorders													
	No comorbid disorder	F80 developmental disorders speech language	Specific of and	F82 developmental disorder function	Specific of motor	F81 developmental disorders scholastic skills	Specific of	F90 disorders	Hyperkinetic	F98 behavioural and emotional disorders with onset occurring childhood adolescence	Other usually in and	F84 developmental disorders	Pervasive	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	268	30.7	126	14.4	180	20.6	--	--	170	19.5	99	11.3	17	1.9
F70 Mild mental retardation	267	30.7	255	29.3	143	16.4	74	8.5	103	11.8	37	4.3	117	13.4
F80 Specific developmental disorders of speech and language	165	25.0	--	--	206	31.2	94	14.2	81	12.3	34	5.1	25	3.8
F84 Pervasive developmental disorders	184	31.5	103	17.6	129	22.1	100	17.1	71	12.1	28	4.8	--	--
F90 Hyperkinetic disorders	123	22.6	125	23.0	123	22.6	227	41.7	--	--	14	2.6	71	12.1
H90 Conductive and sensorineural hearing loss	127	45.4	86	30.7	16	5.7	38	13.6	20	7.1	9	3.2	3	1.1

In Table 31, an overview is given of the co-morbid disorders within the main index disorders. The diagnosis 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as main index disorder precludes as 3 most common co-morbidities: 'Specific developmental disorders of motor function' (20.6%), 'Hyperkinetic disorders' (19.5%) and 'Specific developmental disorder of speech and language (14.4%).The diagnosis 'Mild mental retardation' as main index disorder precludes as 3 most common co-morbidities: 'Specific developmental disorder of speech and language (29.3%), 'Specific developmental disorder of motor function' (16.4%) and 'Pervasive developmental disorders' (13.4%).The diagnosis 'Specific developmental disorders of speech and language' as main index disorder precludes as 3 most common co-morbidities: 'Specific developmental disorder of motor function' (31.2%), 'Specific developmental disorder of scholastic skills (14.2%) and 'Hyperkinetic disorders' (12.3%).

The diagnosis 'Pervasive developmental disorders' as main index disorder precludes as 3 most common co-morbidities: 'Specific developmental disorder of motor function' (22.6%), 'Specific developmental disorder of speech and language' (17.6%) and 'Specific developmental disorders of scholastic skills' (17.1%).The diagnosis 'Hyperkinetic disorders' as main index disorder precludes as 3 most common co-morbidities: 'specific developmental disorder of scholastic skills (41.7%),'Specific developmental disorder of motor function' (22.6%) and 'Specific developmental disorders of speech and language' (23%).

The diagnosis 'Conductive and sensorineural hearing loss' as main index disorder precludes as 3 most common co-morbidities: 'Specific developmental disorders of speech and language' (30.7%), 'Specific developmental disorder of scholastic skills (13.6%) and 'Hyperkinetic disorders' (7.1%).

The abovementioned co-morbidities do not involve unique persons. For example, when a patient has 'Specific developmental disorder of scholastic skills' as an index disorder and 2 co-morbid disorders namely, 'Hyperkinetic disorder' and 'Specific developmental disorder of speech and language', this patient will be counted in the percentage of the co-morbidity between 'Specific developmental disorder of scholastic skills' and 'Hyperkinetic disorder' as well as in the percentage of the co-morbidity between 'Specific developmental disorder of scholastic skills' and 'Specific developmental disorder of speech and language'. This explains why the total percentage exceeds 100%.

ICD-10: the main associated disorders within the main index disorders. (see 2.4.2.1)

In the table below, an overview of the total number of associated disorders for the main index disorders in the sample is provided; 51% of the patients within the main index disorders has no associated disorder

Table 32: Total number of associated disorders within the main index disorders

Index disorders	Number of associated disorders								
	0		1		2		3		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	516	59	277	31.7	57	6.5	24	2.7	
F70 'Mild mental retardation'	488	56.1	289	33.2	67	7.7	26	3.0	
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	248	37.5	305	46.1	86	13.0	22	3.3	
F84 'Pervasive developmental disorders'	341	58.3	169	28.9	57	9.7	18	3.1	
F90 'Hyperkinetic disorders'	314	57.7	155	28.5	45	8.3	30	5.5	
H90 'Conductive and sensorineuronal hearing loss'	106	37.9	75	26.8	69	24.6	30	10.7	

ICD-10: Further analyses of patients without co-morbid disorders (see 2.4.2.1)

In Table 33 analyses were made of the patients with a main index disorder and no co-morbid disorders. This table shows that about 50% of these patients have no associated disorder, about 30% has 1 associated disorder and about 10% has 2 or 3 associated disorders. It can be concluded that about 10% of the patients with a main index disorder has no co-morbid and no associated disorder.

Also, for all main index disorders without co-morbid disorders, patients with 'specific developmental disorders of speech and language' most frequently have one or more associated disorder(s).

Table 33: Total number of associated disorders within the main index disorders with no co-morbid disorders

Index disorders with no co-morbid disorders	Number of associated disorders							
	0 N	%	1 N	%	2 N	%	3 N	%
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	150	56	95	35,4	17	6,3	6	2,2
F70 'Mild mental retardation'	149	55,8	83	31,1	25	9,4	10	3,7
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	57	34,5	80	48,5	22	13,3	6	3,6
F84 'Pervasive developmental disorders'	115	62,5	50	27,2	17	9,2	2	1,1
F90 'Hyperkinetic disorders'	66	53,7	36	29,3	10	8,1	11	8,9
H90 'Conductive and sensorineural hearing loss'	51	40,2	33	26	28	22	15	11,8

ICD-10: Main associated disorders within the main index disorders (see 2.4.2.2)

In Table 34, an overview is given of the main associated disorders within the main index disorders.

Table 34: The main associated disorders within the main index disorders

Index disorders	No associated disorder	Associated disorders												
		R41 Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness		Z62 Other problems related to upbringing		Z63 Other problems related to support group		Z61 Problems related to primary negative life events in childhood		Z81 Family history of mental and behavioural disorders				
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	516	59,0	176	20,1	180	20,6	170	19,5	99	11,3	17	1,9		
F70 Mild mental retardation	488	56,1	3	0,3	99	11,4	57	6,6	47	5,4	27	3,1		
F80 Specific developmental disorders of speech and language	248	37,5	264	39,9	38	5,7	37	5,6	21	3,2	21	3,2		
F84 Pervasive developmental disorders	341	58,3	82	14,0	38	6,5	53	9,1	15	2,6	23	3,9		
F90 Hyperkinetic disorders	314	57,7	95	17,5	71	13,1	31	5,7	16	2,9	14	2,6		
H90 Conductive and sensorineuronal hearing loss	106	37,9	1	0,4	2	0,7	1	0,4	0	0	1	0,4		

As to the specificity of the associated disorders within the main index disorders, R41.8 or Z-codes related to upbringing or family circumstances are most prevalent and no large differences are perceived between the main index disorders. An exception is 'Conductive and sensorineural hearing loss', for which associated disorders are mainly related to hearing problems.

More precisely, the diagnosis 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as main index disorder precludes as 3 most common associated disorders Z6227 (20.6%), R4128 (20.1%) and Z6329. The diagnosis 'Mild mental retardation' as main index disorder precludes as most common associated disorder Z62 (11.4%). The diagnosis 'Specific developmental disorder of speech and language' precludes as most common associated disorder R41 (39.9%). The diagnosis 'Pervasive developmental disorders' precludes as most common associated disorder R41 (14%). For 'Hyperkinetic disorders' the most common associated disorders are R41 and Z62. For 'Conductive and sensorineural hearing loss, associated disorders are mainly related to hearing problems.

Although F70 'Mild mental retardation' is an exclusion criterion for R41.8 'Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness', 3 patients (0.3%) were registered as having both. Probably this is a registration error.

In addition to this, a high prevalence was also found for other than the common associated disorders for the index disorder 'Specific developmental disorders of scholastic skills' (Table 35), for 'Mild mental retardation' (Table 36), for 'Specific developmental disorders of speech and language' (Table 37), for 'Pervasive developmental disorders' (Table 38) and for 'Conductive and sensorineural hearing loss' (Table 39).

Table 35: Other main associated disorders within the main index disorder F81

Index disorders	Associated disorders							
	No associated disorder		R94 'Abnormal results of function studies'		Z81 'Family history of mental and behavioural disorders'		Z60 'Problems related to social environment'	
	N	%	N	%	N	%	N	%
F81	516	59.0	35	4.0	33	3.8	26	3.0

Table 36: Other main associated disorders within the main index disorder F70

Index disorders	Associated disorders												
	No associated disorder		Z60 'Problems related to social environment'		Z81 'Family history of mental and behavioural disorders'		G40 'Epilepsy'		Q90 'syndrome'		'Down's syndrome'		P07 'Short gestation and low birth weight'
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
F70	488	56.1	32	3.7	28	3.2	23	2.6	20	2.3	19	2.2	

27 Z62 'Other problems related to upbringing'

28 R41 'Other symptoms and signs involving cognitive functions and awareness and could only be registered in the Dutch speaking centres'

29 Z63 'Other problems related to primary support group'

Table 37: Other main associated disorders within the main index disorder F80

Index disorders	Associated disorders											
	No associated disorder		Z60 'Problems related to social environment'		Z81 'Family mental and disorders'		history of behavioural		R62 'Lack of expected normal physiological development'		Z50 'Care involving use of rehabilitation procedures'	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
F80	248	37.5	26	3.9	21	3.2	16	2.4	15	2.3		

Table 38: Other main associated disorders within the main index disorder F84

Index disorders	Associated disorders											
	No associated disorder		Z81 'Family mental and disorders'		Q16 'Congenital malformations of ear causing impairment of hearing'							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
F84	341	48.3	24	4.1	18	3.1						

Table 39: Other main associated disorders within the main index disorder H90

Index disorders	Associated disorders											
	No associated disorder		Z45 'Adjustment and management of implanted device'		Z46 'Fitting adjustment of devices'		and other		Z96 'Presence of other functional implants'		R47 'Speech disturbances, not elsewhere classified'	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
H90	106	37.9	66	23.7	47	16.8	34	12.1	30	10.7		

APPENDIX 7 TO CHAPTER 2: EDUCATIONAL LEVEL AND MALE/FEMALE RATIO WITHIN THE MAIN INDEX DISORDERS (SEE 2.3.1)

Educational level within the main index disorders.

As educational level was not registered in the French speaking rehabilitation centres, the following analyses concern only the data from Dutch speaking centres.

As also can be seen in chapter 2.3.3, most of the patients within this sample are going to mainstream primary education (51.29%) (special primary education 12.92%) and while 26.54% are going to preschool, only 1.77% are going to special preschool education.

Table 40 shows that across the main index disorders, on average 49.66% are going to primary education (10.7% are going to special primary education) and 26.35% are going to preschool (13.4% are going to preschool special education). In total, for the main index disorders, 14% are going to special education (preschool, primary and secondary education).

The educational level is also according to the mean diagnosing age. For example, children with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' are mostly going to primary education (81.9%) and only 3.2% is going to preschool (taking the age of diagnose in account this is reasonable), whereas more children with 'Pervasive developmental disorders' are in preschool (29.5%).

Table 40: Educational level within the main index disorders (Dutch centres)

Educational level	Main index disorders					
	F81	F70	F80	F84	F90	H90
	%	%	%	%	%	%
not going to school	0	5.8	1.2	2	0.4	10.1
preschool	3.2	42.7	46.4	29.5	20.9	15.4
preschool special education	0.1	2.4	0.8	2.7	0	7.4
primary education	81.9	18.9	44.6	48.2	70.2	34.2
special primary education	1.3	27.4	6.4	12.7	4.3	12.1
secondary education	2.4	0	0.2	2.3	1.4	2.7
general secondary education	0.5	0.2	0	0.7	0.2	6
special secondary education	0.2	2.7	0.2	0	0.2	2.7
technical education	1	0	0	0.9	0.8	6.7
technical and vocational training	0.3	0	0	0.5	1	2.7
professional training	0	0	0.2	0	0	0

Male/female ratio according to age (per year) (see also 2.3.1)

In Table 41, the number of participants in the data sample and the male/female ratio are presented per year.

dd These 3.2% children are probably at risk for developing this disorder or have for example low pre numeric skills and therefore are repeating the third year of preschool.

Table 41: Age in the sample (Dutch and French)

	Female	Male				Total		
Age	N	% within sex	% within age	N	% within sex	% within age	N	%
1	2	15.38	0.12	11	84.62	0.34	13	0.26
2	15	53.57	0.89	13	46.43	0.40	28	0.57
3	25	41.67	1.49	35	58.33	1.09	60	1.22
4	25	27.17	1.49	67	72.83	2.08	92	1.87
5	63	28.77	3.74	156	71.23	4.84	219	4.46
6	110	29.57	6.54	262	70.43	8.13	372	7.58
7	219	31.29	13.01	481	68.71	14.92	700	14.27
8	226	32.47	13.43	470	67.53	14.58	696	14.18
9	218	34.60	12.95	412	65.40	12.78	630	12.84
10	225	36.23	13.37	396	63.77	12.28	621	12.66
11	168	34.64	9.98	317	65.36	9.83	485	9.88
12	148	36.82	8.79	254	63.18	7.88	402	8.19
13	97	39.75	5.76	147	60.25	4.56	244	4.97
14	37	32.74	2.20	76	67.26	2.36	113	2.30
15	23	50.00	1.37	23	50.00	0.71	46	0.94
16	8	27.59	0.48	21	72.41	0.65	29	0.59
17	11	31.43	0.65	24	68.57	0.74	35	0.71
>18*	63	51.64	3.74	59	48.36	3.51	122	2.49
Total	1683	34.30	100	3224	65.70	100	4907	100

* this age group was also included in the further analyses

Male/female ratio within the main index disorders.

Table 23 outlines the male/female ratio for the main index disorders. The proportion male/female was comparable across the different index disorders, with an overall higher prevalence of male patients. The male/female ratio for 'Pervasive developmental disorders' is 4.9/1, for 'Hyperkinetic disorders' it is 3/1, for 'Specific developmental disorders of speech and language' it is 1.9/1, for 'Mild mental retardation' it is 1.6/1, for 'Specific developmental disorders of scholastic skills' it is 1.4/1 and for 'Conductive and sensorineural hearing loss' it is 1.3/1.

Table 42: Male/female ratio within the main index disorders

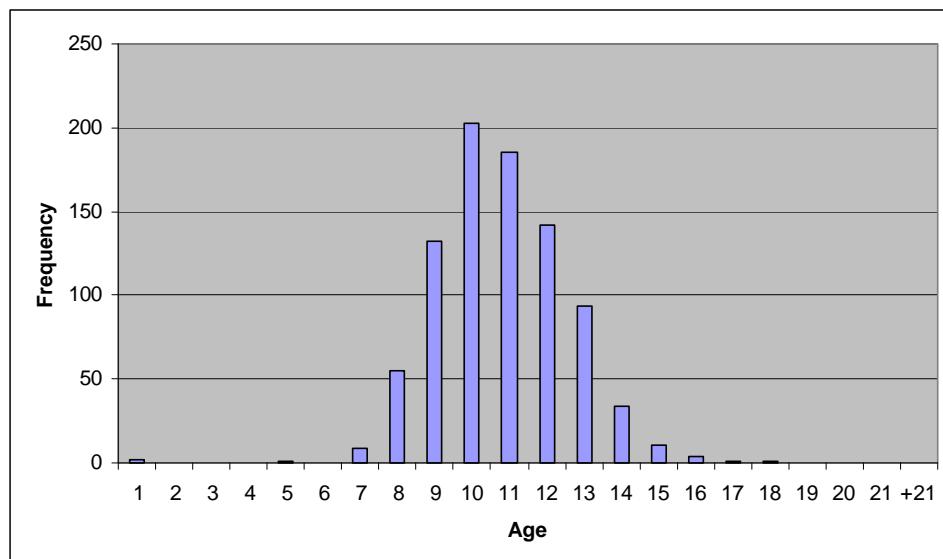
Index disorders	Sex ratio	
	Male	Female
F81 'Specific developmental disorders of scholastic skills'	5.8	4.2
F70 'Mild mental retardation'	6.2	3.9
F80 'Specific developmental disorders of speech and language'	6.6	3.4
F84 'Pervasive developmental disorders'	8.3	1.7
F90 'Hyperkinetic disorders'	7.5	2.5
H90 'Conductive and sensorineural hearing loss'	5.7	4.3

APPENDIX 8 TO CHAPTER 2: AGE RANGE WITHIN THE MAIN INDEX DISORDERS (SEE 2.3.1)

Specific developmental disorders of scholastic skills.

Figure 3 shows that children with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder are most present within the rehabilitation centres in the age range of 8 to 14 years old, which seems logical.

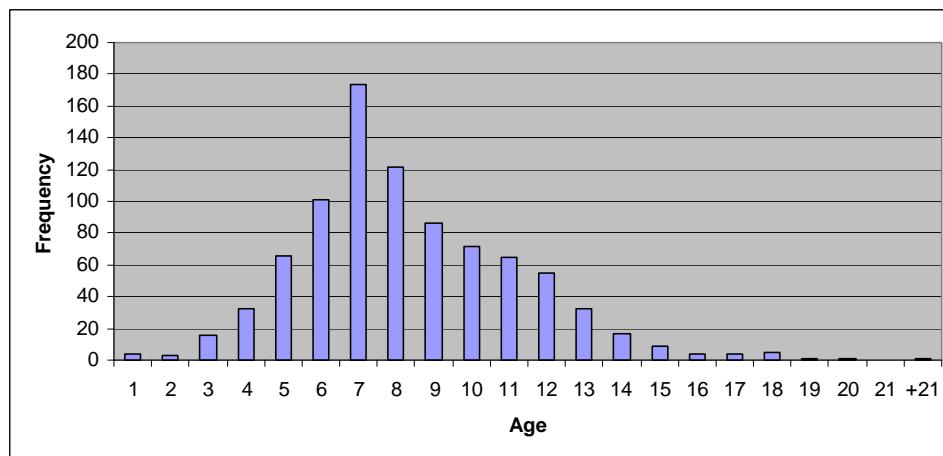
Figure 3: Age range of 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder



Mild mental retardation

Figure 4 shows that children with 'Mild mental retardation' as an index disorder are most present within the rehabilitation centres in the age range of 4 to 13 years old.

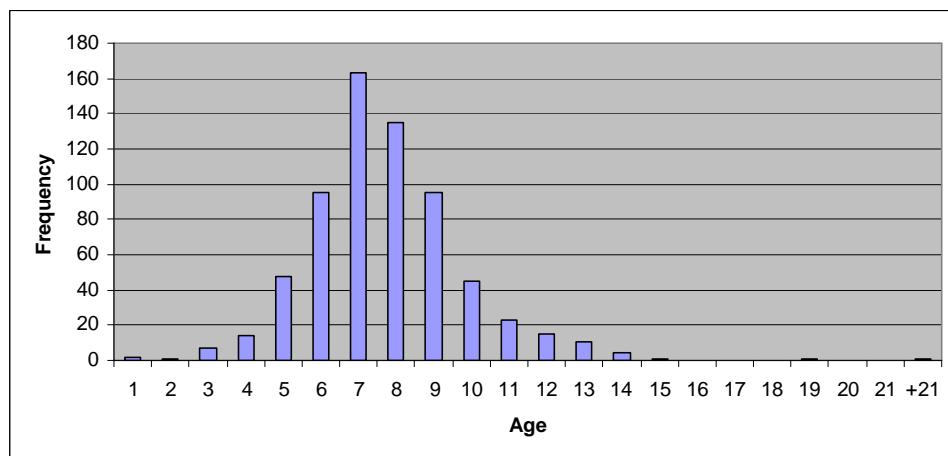
Figure 4: Age range of 'Mild mental retardation' as an index disorder



Specific developmental disorders of speech and language

Figure 5 shows that children with 'Specific developmental disorders of language and speech' as an index disorder are most present within the rehabilitation centres in the age range of 5 to 11 years old. One would not expect that these children are most prevalent between 5-10 years. However, according to 2.4.2.2 (and Appendix 6 to Chapter 2) one possible explanation could be that 40% (within the Dutch speaking centres) of these children were registered as having R41.8 as associated disorder.

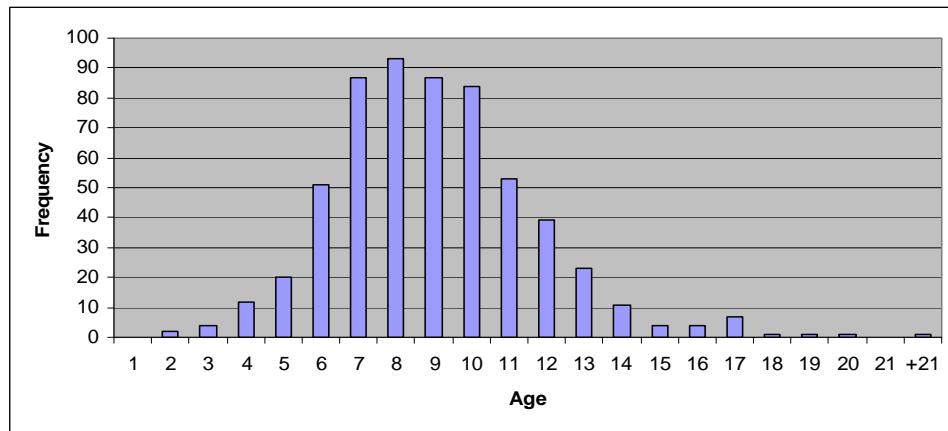
Figure 5: Age range of ‘Specific developmental disorders of speech and language’ as an index disorder



Pervasive developmental disorders

Figure 6 shows that children with ‘Pervasive developmental disorders’ as an index disorder are most present within the rehabilitation centres in the age range of 5 to 14 years old.

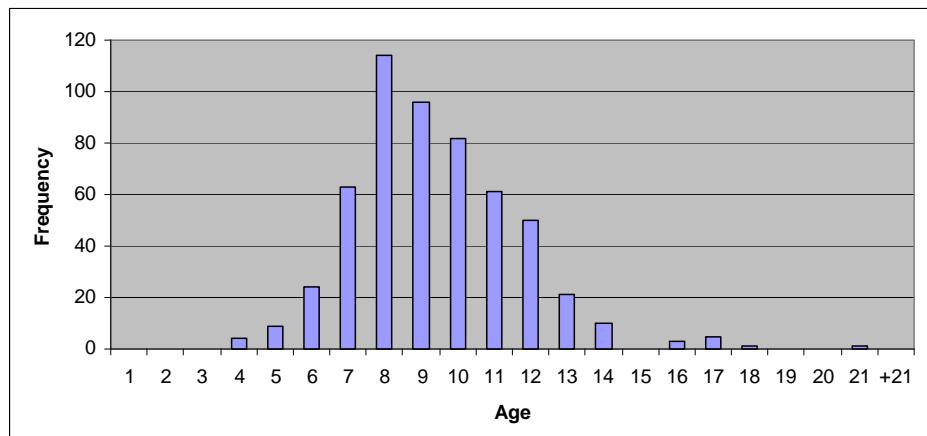
Figure 6: Age range of ‘Pervasive developmental disorders’ as an index disorder



Hyperkinetic disorders

Figure 7 shows that children with ‘Hyperkinetic disorders’ as an index disorder are most present within the rehabilitation centres in the age range of 6 to 14 years old.

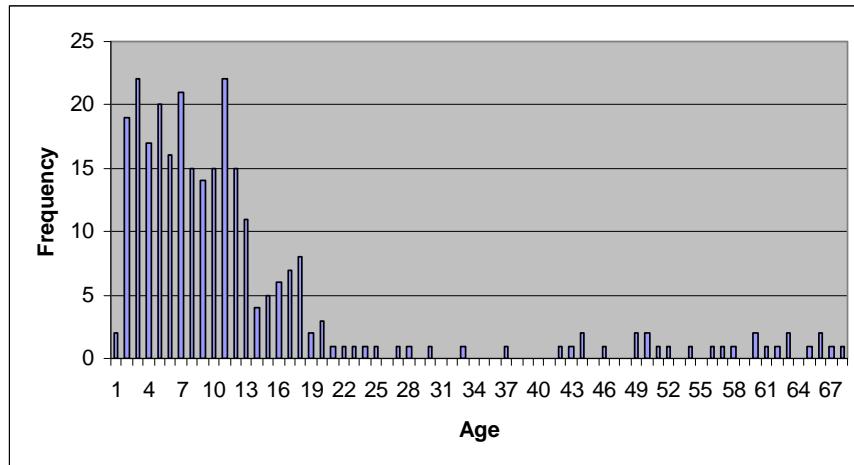
Figure 7: Age range of ‘Hyperkinetic disorders’ as an index disorder



Conductive and sensorineural hearing loss

Figure 8 shows that children with 'Conductive and sensorineural hearing loss' as an index disorder are most present within the rehabilitation centres in the age range of 3 to 13 years old.

Figure 8: Age range of 'Conductive and sensorineural hearing loss' as an index disorder



In general, it is noticed that at the age of 7, when children start going to primary education, the prevalence in rehabilitation centres is rising. Younger children are attending rehabilitation centres, when 'Mild mental retardation' or 'Conductive and sensorineural hearing loss' are the main index disorders. For 'Conductive and sensorineural hearing loss', also older children and adults are present in those rehabilitation centres (this category contains both the congenital disorders, as well as the obtained disorders).

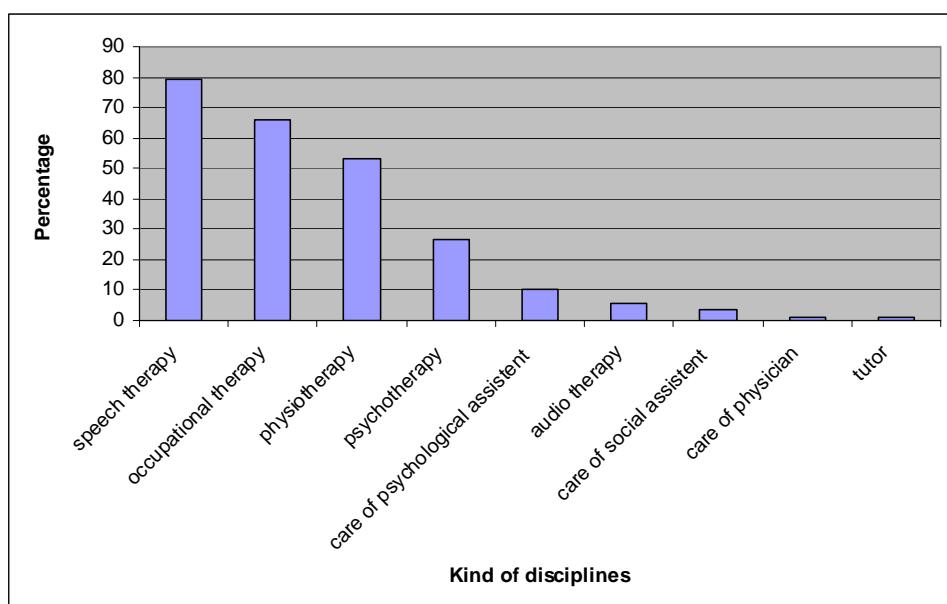
APPENDIX 9 TO CHAPTER 2: PROVIDED DISCIPLINES (SEE 2.4.3)

Provided disciplines within ICD-10 main index disorders (see 2.4.3.2)

Specific developmental disorders of scholastic skills

Figure 9 shows the involved disciplines for the patients with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder.

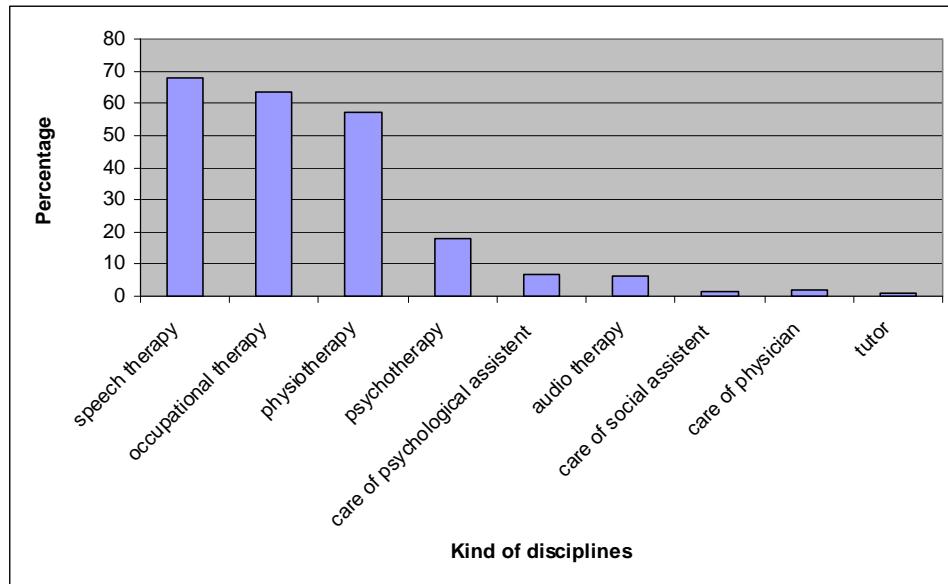
Figure 9: Kind of disciplines within 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder



Mild mental retardation

Figure 10 shows the involved disciplines for the patients with 'Mild mental retardation' as an index disorder.

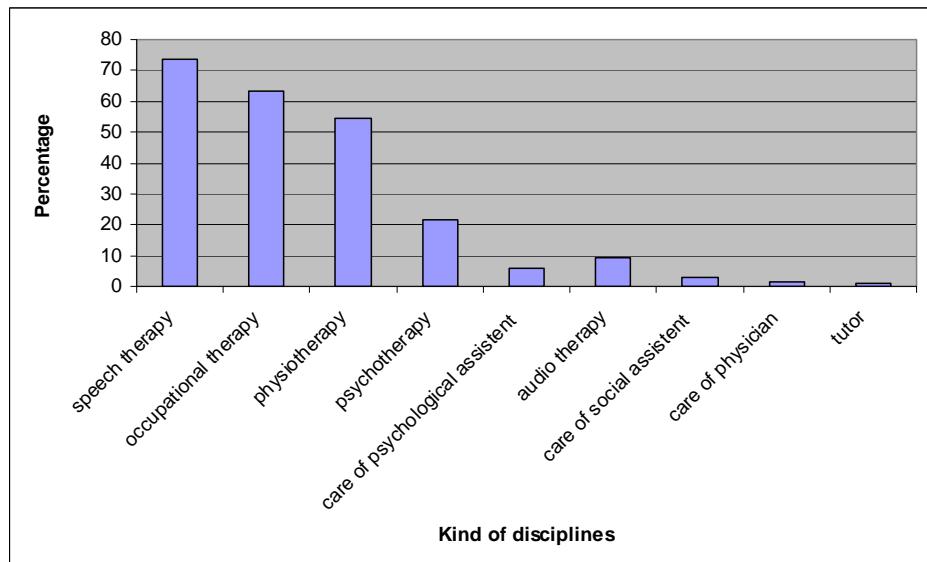
Figure 10: Kind of disciplines within 'Mild mental retardation' as an index disorder



Specific developmental disorders of speech and language

Figure 11 shows the involved disciplines for the patients with 'Specific developmental disorders of speech and language' as an index disorder.

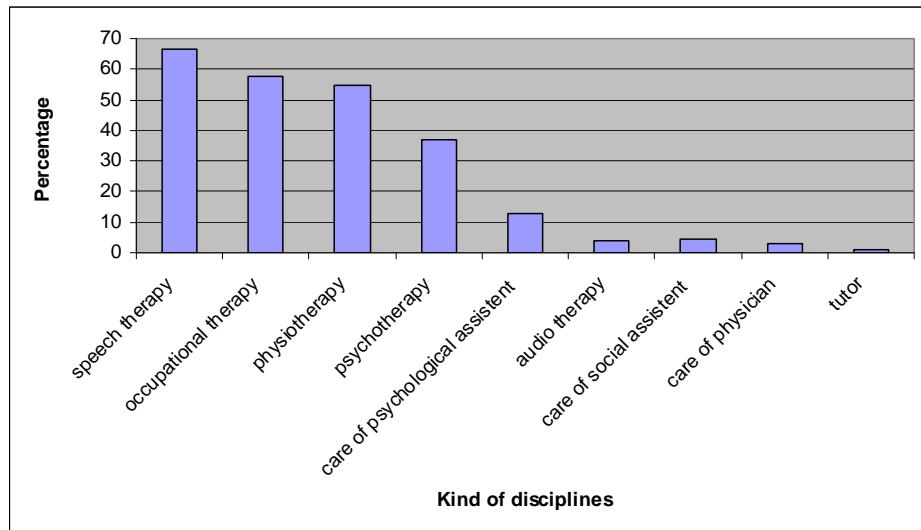
Figure 11: Kind of disciplines within 'Specific developmental disorders of speech and language' as an index disorder



Pervasive developmental disorders

Figure 12 shows the involved disciplines for the patients with 'Pervasive developmental disorders' as an index disorder.

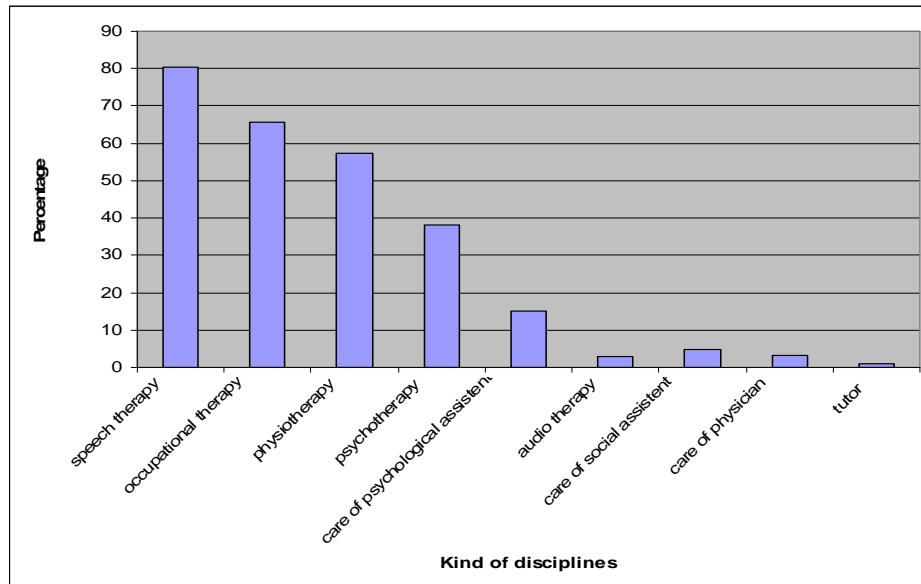
Figure 12: Kind of disciplines within 'pervasive developmental disorders' as an index disorder



Hyperkinetic disorders

Figure 13 shows the involved disciplines for the patients with 'Hyperkinetic disorders' as an index disorder.

Figure 13: Kind of disciplines within 'Hyperkinetic disorders' as an index disorder



Number of disciplines linked to the number of associated disorders (see 2.4.3.4)

In Table 43, an overview is provided of the number of disciplines linked to the number of associated disorders. It is not common to provide more disciplines when a patient has more associated disorders.

Table 43: Number of disciplines linked to the number of associated disorders (Dutch centres)

Number of disciplines	Number of associated disorders							
	0		1		2		3	
N	%	N	%	N	%	N	%	
1	19	1.0	10	1.0	1	0.3	1	0.6
2	385	20.0	171	16.3	54	15.7	20	13.0
3	1089	56.5	615	58.8	201	58.4	89	57.8
4	367	19.0	203	19.4	78	22.7	38	24.7
5	36	1.9	33	3.2	6	1.7	4	2.6
6	5	0.3	6	0.6	0	0	1	0.6
7	27	1.4	8	0.8	4	1.2	1	0.6
Total	1928	55.53	1046	30.13	344	9.91	154	4.44

APPENDIX 10 TO CHAPTER 2: COMPLAINTS BY REGISTRATION FOR THE ICD-10 CODIFICATIONS (SEE 2.6)

In general

Complaint by registration was only registered by the Dutch rehabilitation centres. (see Appendix 2 to chapter 2 which outlines the registered variables in the Dutch and French speaking rehabilitation centres).

In general most frequent ‘complaints by registration’ were ‘Developmental retardation’ (26.3%), ‘Learning problems’ (21.4%) and ‘Language/speech problems’ (15.1%). More specific: ‘Learning problems’ (25.9%), ‘Developmental retardation’ (21.8%) and ‘Language/speech problems’ (17.4%) were the most frequent ‘complaints by registration’ in NOK. In PSY most frequent ‘complaints by registration’ were ‘Developmental retardation’ (32.6%), ‘Learning problems’ (15%) and ‘(assumption of) Mental retardation’ (13.2%).

Table 44: Complaint by registration within NOK/PSY (Dutch centres)

Complaint by registration	NOK		PSY		Total	
	N	%	N	%	N	%
‘Brain damage’	26	1.2	3	0.2	29	0.8
‘Developmental retardation’	462	21.8	492	32.6	954	26.3
‘Hyperkinetic problems’	60	2.8	44	2.9	104	2.9
‘Attention and concentration problems’	170	8.0	88	5.8	258	
						7.1
‘Memory problems’	2	0.1	1	0.1	3	0.1
‘Motor writing problems’	10	0.5	9	0.6	19	0.5
‘Motor and/or coordination problems’	40	1.9	39	2.6	79	
						2.2
‘Other’	29	1.4	0	0	29	0.8
‘(Assumption of) mental retardation’	35	1.6	199	13.2	234	
						6.4
‘Borderline intellectual functioning’	24	1.1	34	2.3	58	1.6
‘Conduct problems’	53	2.5	50	3.3	103	2.8
‘Pervasive developmental disorder’	76	3.6	119	7.9	195	
						5.4
‘Language/speech problems’	370	17.4	180	11.9	550	15.1
‘Articulation problems’	4	0.2	3	0.2	7	0.2
‘Stuttering’	42	2.0	0	0	42	1.2
‘Learning problems’	551	25.9	227	15.0	778	21.4

'Voice problems'	1	0	0	0	1	0
'Seq laryngectomy.'	1	0	0	0	1	
'Glossectomy'						0
'Hearing problems'	136	6.4	0	0	136	3.7
'Hearing problems. cochlear implant'	32	1.5	0	0	32	
						0.9
'Cerebral palsy'	0	0	22	1.5	22	0.6

Complaint by registration within the ICD-10 main index disorders

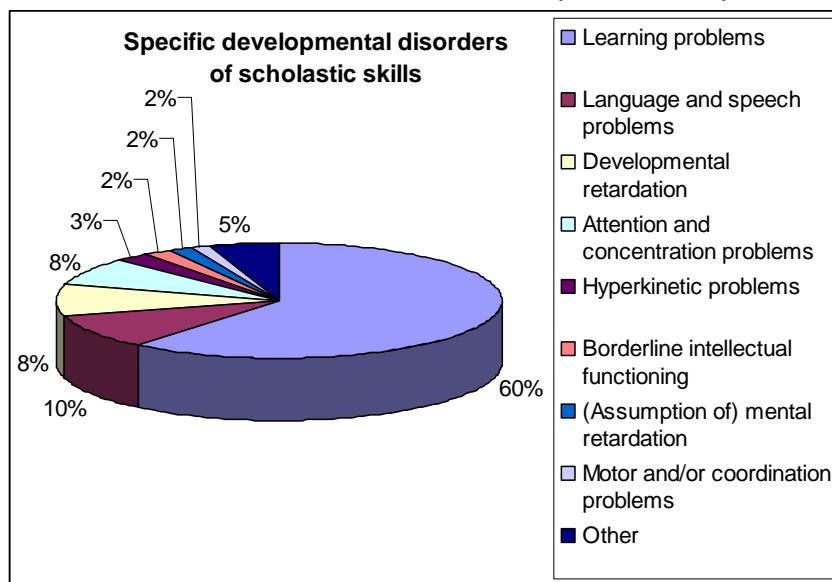
The most common complaint by registration within the main index disorders can be found in the tables below. For the children with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder is 'Learning problems' (60%), followed by 'language and speech problems' (10%).

The most common complaint by registration for patients with 'Mild mental retardation' as an index disorder is 'Developmental retardation' (47%), followed by '(assumption of) mental retardation' (19%). The most common complaint by registration for patients with 'Specific developmental disorders of speech and language' as an index disorder is 'Developmental retardation' (38%), followed by 'language and speech problems' (33%). The most common complaint by registration for patients with 'Pervasive developmental disorders' as an index disorder is 'Pervasive developmental disorders' (29%), followed by 'developmental retardation' (23%). The most common complaint by registration for patients with 'Hyperkinetic disorders' as an index disorder is 'Attention and concentration problems' (22%, followed by 'developmental retardation' (18%) and 'learning problems' (18%). The most common complaint by registration for patients with 'Conductive and sensorineural hearing loss' as an index disorder is 'Hearing problems' (77%).

Specific developmental disorders of scholastic skills

The most common complaint by registration within the 794 patients with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder is 'Learning problems'. In Figure 14, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

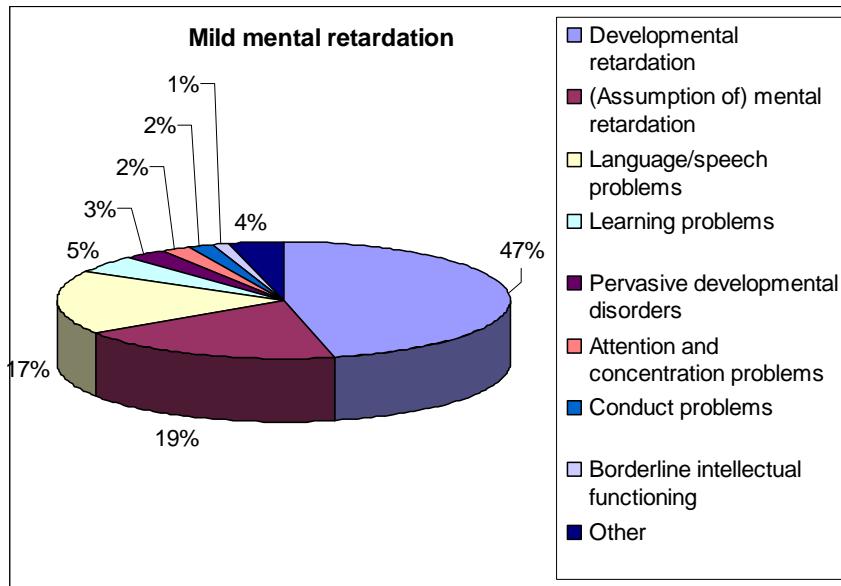
Figure 14: Common complaints by registration within 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as an index disorder (Dutch centres)



Mild mental retardation

The most common complaint by registration within the 646 patients with 'Mild mental retardation' as an index disorder is 'Developmental retardation'. In Figure 14, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

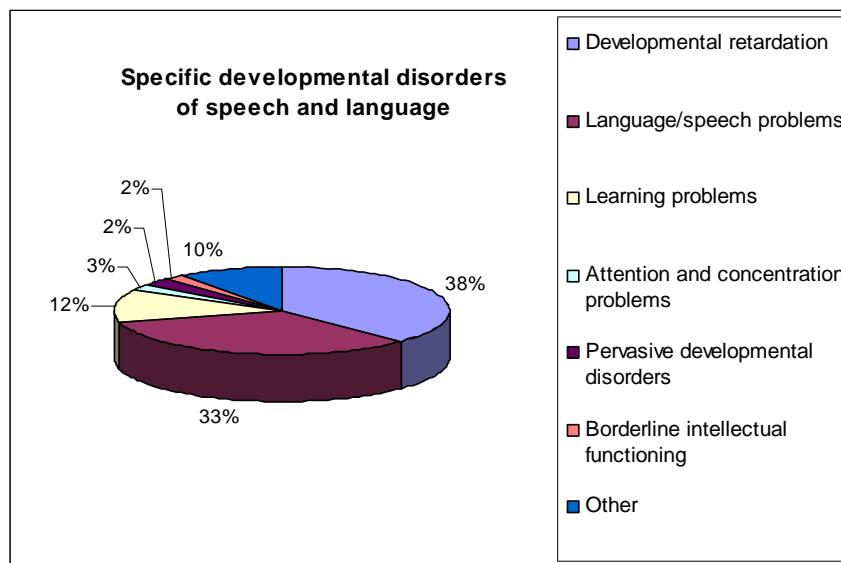
Figure 15: Common complaints by registration within 'Mild mental retardation' as an index disorder (Dutch centres)



Specific developmental disorders of speech and language

The most common complaint by registration within the 527 patients with 'Specific developmental disorders of speech and language' as an index disorder is 'Developmental retardation'. In, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

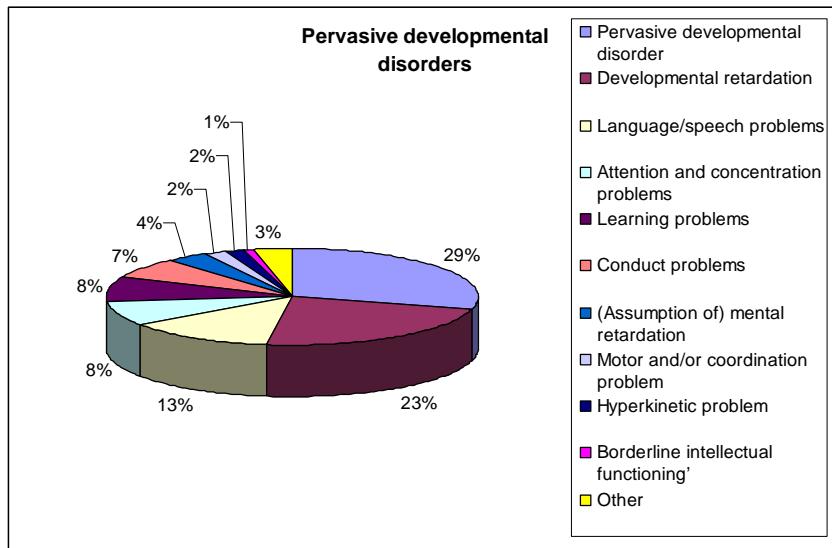
Figure 16: Common complaints by registration within 'Specific developmental disorders of speech and language' as an index disorder (Dutch centres)



Pervasive developmental disorders

The most common complaint by registration within the 443 patients with 'Pervasive developmental disorders' as an index disorder is 'Pervasive developmental disorders'. In Figure 16, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

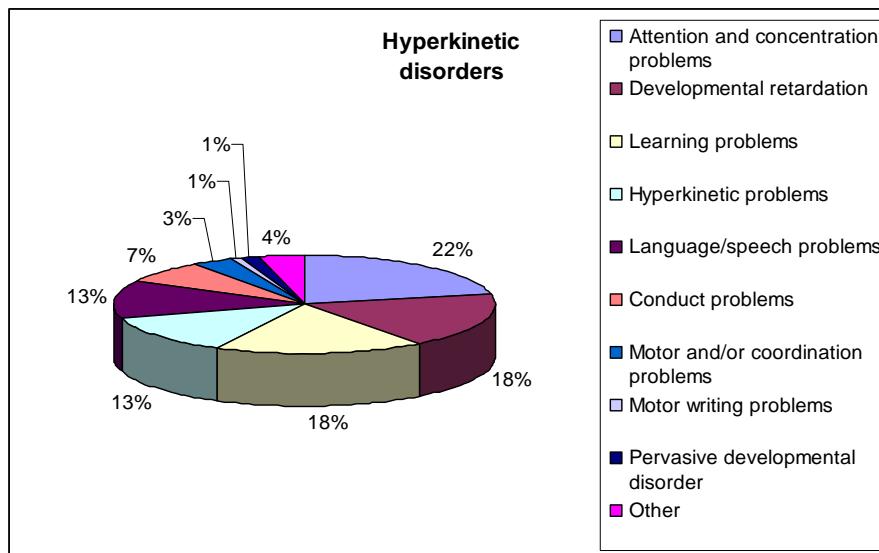
Figure 17: Common complaints by registration within 'pervasive developmental disorders' as an index disorder (Dutch centres)



Hyperkinetic disorders

The most common complaint by registration within the 485 patients with 'Hyperkinetic disorders' as an index disorder is 'Attention and concentration problems'. In Figure 18, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

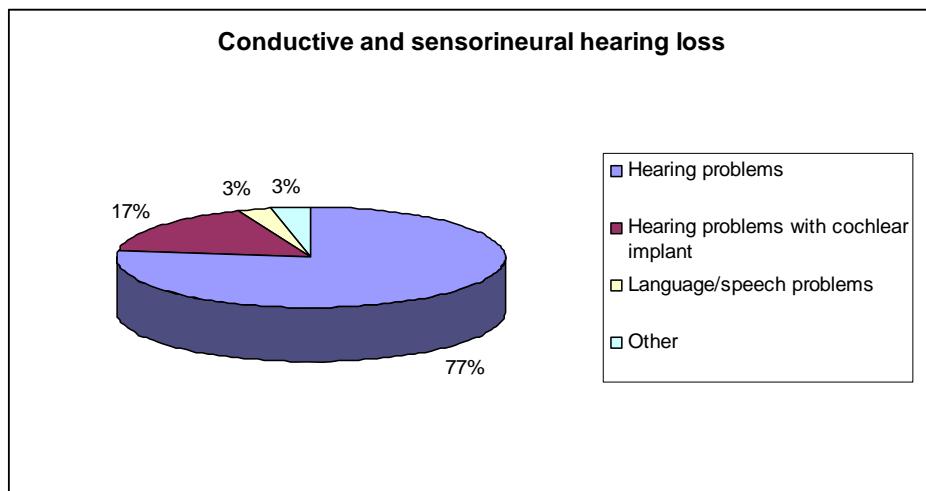
Figure 18: Common complaints by registration within 'Hyperkinetic disorders' as an index disorder (Dutch centres)



Conductive and sensorineural hearing loss

The most common complaint by registration within the 149 patients with 'Conductive and sensorineural hearing loss' as an index disorder is 'Hearing problems'. In Figure 18, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

Figure 19: Common complaints by registration within ‘Conductive and sensorineural hearing loss’ as an index disorder (Dutch centres)



For all the abovementioned disorders, except the ‘Specific developmental disorders of speech and language’, the complaint by registration is within the expectation of the index disorder.

The ICD-10 main index disorders within the main complaints by registration

In the tables below, an overview is provided of the main ICD-10 index disorders within the complaints by registration.

The most common index disorder for patients with ‘Developmental retardation’ as complaint by registration is ‘Mild mental retardation’ (31%), followed by ‘Specific developmental disorders of speech and language’ (21%). The most common index disorder for patients with ‘Learning problems’ as complaint by registration is ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’ (62.2%), followed by ‘Hyperkinetic disorders’ (11.2%). The most common index disorder for patients with ‘Language/speech problems’ as complaint by registration is ‘Specific developmental disorders of speech and language’ (32%), followed by ‘Mild mental retardation’ (20%).

These findings emphasize again the importance of the diagnostic phase.

In Table 45, an overview is provided of the main ICD-10 index disorders within the 954 patients with ‘Developmental retardation’ as complaint by registration.

Table 45: The main index disorders within ‘Developmental retardation’ as complaint by registration (Dutch centres)

Index disorder	N	%
‘Mild mental retardation’	299	31.3
‘Specific developmental disorders of speech and language’	198	20.8
‘Pervasive developmental disorders’	102	10.7
‘Hyperkinetic disorders’	87	9.1
‘Specific developmental disorders of scholastic skills’	67	7.0
Total	753	78.9

An extra analysis was performed and prevailed that 64 patients (6.7%) had ‘F82-Specific developmental disorder of motor function’, 27 patients (2.8%) had ‘F71- Moderate mental retardation’, 6 patients (0.6%) had ‘F72-Severe mental retardation’, 6 patients (0.6%) had ‘F73-Profound mental retardation’ and 1 patient (0.1%) had ‘F78-Other mental retardation’ as an index disorder.

In Table 46, an overview is provided of the main ICD-10 index disorders within the 778 patients with ‘Learning problems’ as complaint by registration.

Table 46: The main index disorders within ‘Learning problems’ as complaint by registration (Dutch centres)

Index disorder	N	%
‘Specific developmental disorders of scholastic skills’	484	62.2
‘Hyperkinetic disorders’	87	11.2
‘Specific developmental disorders of speech and language’	63	8.1
‘Pervasive developmental disorders’	36	4.6

'Mild mental retardation'	32	4.1
Total	702	90.2

In Table 47, an overview is provided of the main ICD-10 index disorders within the 550 patients with 'Language/speech problems' as complaint by registration.

Table 47: The main index disorders within 'Language/speech problems' as complaint by registration (Dutch centres)

Index disorder	N	%
'Specific developmental disorders of speech and language'	175	31.8
'Mild mental retardation'	112	20.4
'Specific developmental disorders of scholastic skills'	79	14.4
'Hyperkinetic disorders'	62	11.3
'Pervasive developmental disorders'	58	10.5
'Conductive and sensorineural hearing loss'	4	0.7
Total	490	89.1

Complaint by registration within the ICD-10 comorbid/ associated disorders

In the tables below, an overview is provided of the main co-morbid/associated disorders within the complaints by registration.

The most common complaint by registration for 'Specific developmental disorders of speech and language' as a co-morbid disorder is 'Developmental retardation' (33%), followed by 'Language/speech problems' (24%). The most common complaint by registration for 'Specific developmental disorders of motor function' as a co-morbid disorder is 'Developmental retardation' (30%), followed by 'Learning problems' (24%).

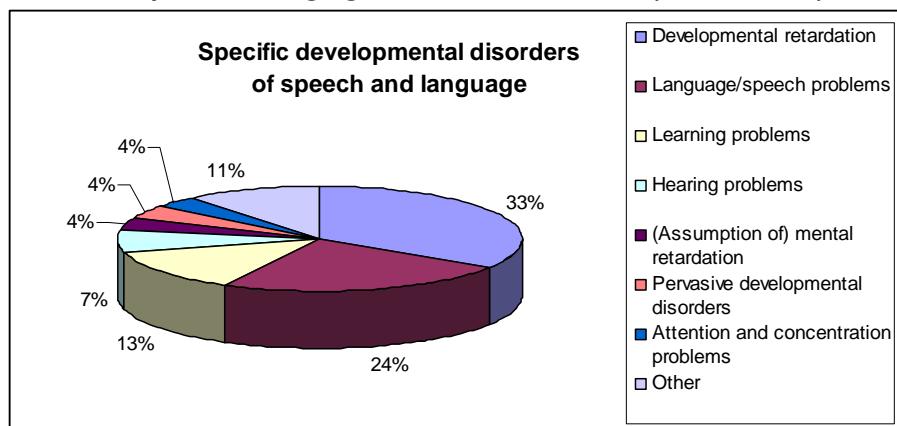
The most common complaint by registration for 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as a co-morbid disorder is 'Learning problems' (34%), followed by 'Attention and concentration problems' (16%). The most common complaint by registration for 'Hyperkinetic disorders' as a co-morbid disorder is 'Developmental retardation' (25%) and 'Learning problems' (25%). The most common complaint by registration for 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' as a co-morbid disorder is 'Learning problems' (38%), followed by 'Developmental retardation' (18%). The most common complaint by registration for 'Pervasive developmental disorders' as a co-morbid disorder is 'Developmental retardation' (34%), followed by 'Pervasive developmental disorders' (18%).

In conclusion, for all frequent co-morbid disorders, except for 'Specific developmental disorders of scholastic skills', the most common registered complaint by registration is 'Developmental retardation' (25 to 38%).

Specific developmental disorders of speech and language

The most common complaint by registration within the 741 patients with 'Specific developmental disorders of speech and language' as a comorbid disorder is 'Developmental retardation'. In Figure 19, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

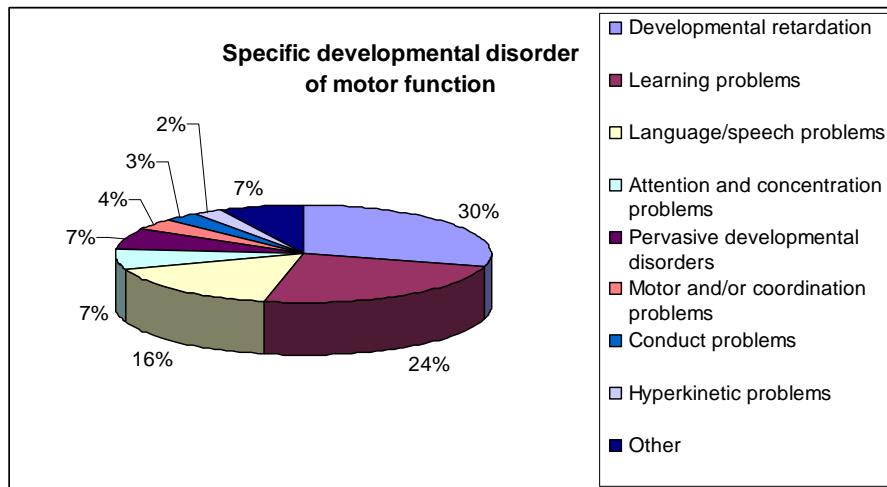
Figure 20: Common complaints by registration within 'Specific developmental disorders of speech and language' as a comorbid disorder (Dutch centres)



Specific developmental disorder of motor function

The most common complaint by registration within the 737 patients with 'Specific developmental disorders of motor function' as a comorbid disorder is 'Developmental retardation'. In Figure 21, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

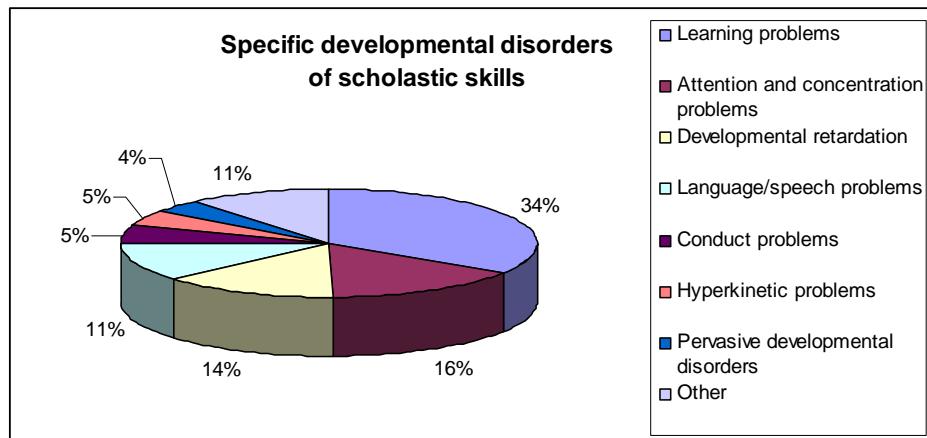
Figure 21: Common complaints by registration within 'Specific developmental disorders of motor function' as a comorbid disorder (Dutch centres)



Specific developmental disorders of scholastic skills

The most common complaint by registration within the 522 patients with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as a comorbid disorder is 'Learning problems'. In Figure 21, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

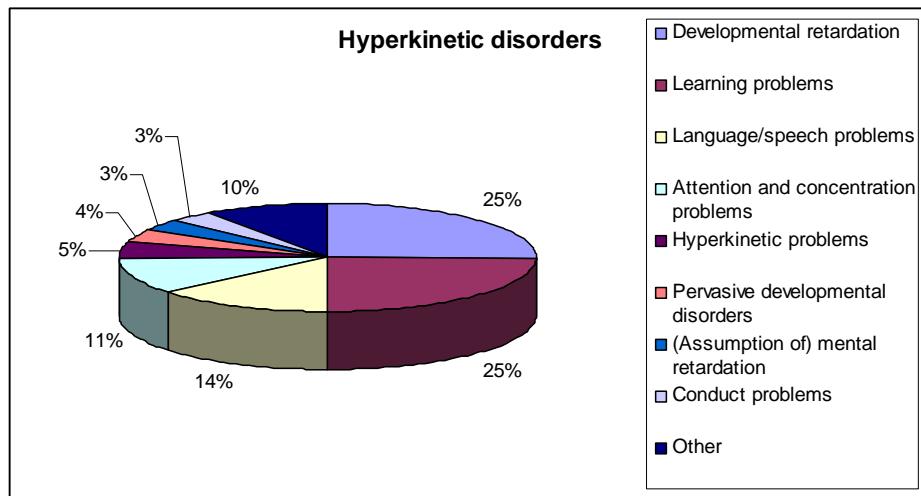
Figure 22: Common complaints by registration within 'Specific developmental disorders of scholastic skills' as a comorbid disorder (Dutch centres)



Hyperkinetic disorders

The most common complaint by registration within the 459 patients with 'Hyperkinetic disorders' as a comorbid disorder is 'Developmental retardation'. In Figure 22, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

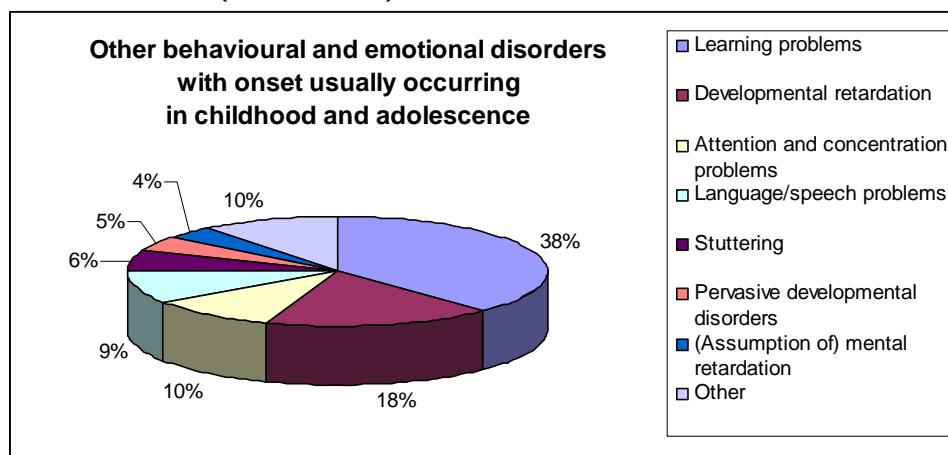
Figure 23: Common complaints by registration within 'Hyperkinetic disorders' as a comorbid disorder (Dutch centres)



Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

The most common complaint by registration within the 191 patients with 'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' as a comorbid disorder is 'Learning problems'. In Figure 23, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

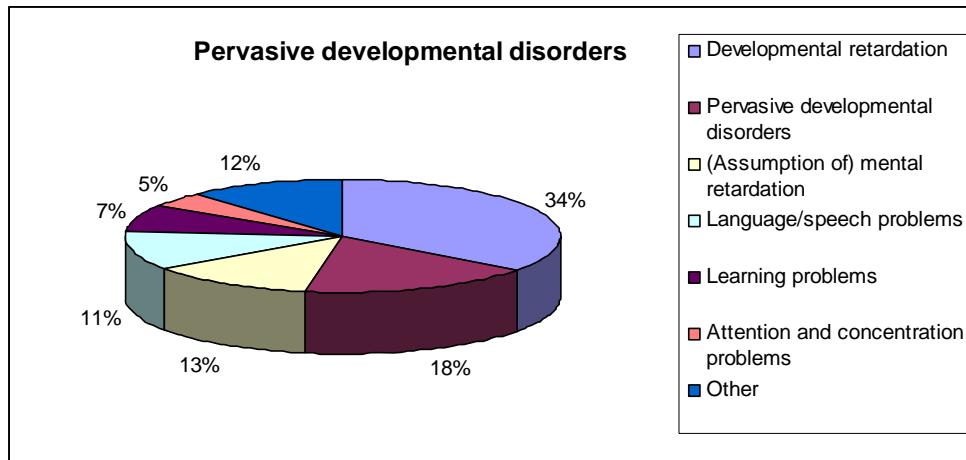
Figure 24: Common complaints by registration within 'other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence' as a comorbid disorder (Dutch centres)



Pervasive developmental disorders

The most common complaint by registration within the 216 patients with 'Pervasive developmental disorders' as a comorbid disorder is 'Developmental retardation'. In Figure 24, an overview is provided of the most common complaints by registration within this target group.

Figure 25: Common complaints by registration within 'Pervasive developmental disorders' as a comorbid disorder (Dutch centres)



To conclude, 'Developmental retardation' is a common complaint by registration within the main comorbid disorders.

The main ICD-10 comorbid disorders within the main complaints by registration

From the tables below, the following can be concluded. The most common co-morbid disorder for patients with 'Developmental retardation' as complaint by registration is 'Specific developmental disorders of speech and language' (56.5%), followed by 'Specific developmental disorder of motor function' (22.4%). The most common co-morbid disorder for patients with 'Learning disorders' as complaint by registration is 'Specific developmental disorders of motor function' (23.1%), followed by 'Specific developmental disorder of scholastic skills' (22.9%). The most common co-morbid disorder for patients with 'Language and speech problems' as complaint by registration is 'Specific developmental disorder of speech and language' (31.8%), followed by 'Specific developmental disorder of motor function' (21.6%).

In Table 48, an overview is provided of the main ICD-10 comorbid disorders within the 954 patients with 'Developmental retardation' as complaint by registration.

Table 48: The main comorbid disorders within 'Developmental retardation' as complaint by registration (Dutch centres)

Comorbid disorder	N	%
'Specific developmental disorders of speech and language'	253	56.5
'Specific developmental disorder of motor function'	214	22.4
'Hyperkinetic disorders'	116	12.2
'Pervasive developmental disorders'	76	8.0
'Specific developmental disorders of scholastic skills'	72	7.5
'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	34	3.6
Total	765	80.2

In Table 49, an overview is provided of the main ICD-10 comorbid disorders within the 778 patients with 'Learning problems' as complaint by registration.

Table 49: The main comorbid disorders within 'Learning problems' as complaint by registration (Dutch centres)

Comorbid disorder	N	%
'Specific developmental disorder of motor function'	180	23.1
'Specific developmental disorders of scholastic skills'	178	22.9
'Hyperkinetic disorders'	114	14.7
'Specific developmental disorders of speech and language'	97	12.5
'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	72	9.3
'Pervasive developmental disorders'	16	2.1
Total	657	84.4

In Table 50, an overview is provided of the main ICD-10 comorbid disorders within the 550 patients with 'Language/speech problems' as complaint by registration.

Table 50: The main comorbid disorders within 'Language/speech problems' as complaint by registration (Dutch centres)

Comorbid disorder	N	%
'Specific developmental disorders of speech and language'	175	31.8
'Specific developmental disorder of motor function'	119	21.6
'Hyperkinetic disorders'	63	11.5
'Specific developmental disorders of scholastic skills'	60	10.9
'Pervasive developmental disorders'	24	4.4
'Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence'	18	3.3
Total	459	83.5

APPENDIX II TO CHAPTER 2: DETAILED ANALYSES OF DISORDERS IN THE RIZIV/INAMI CONVENTIONS (SEE 2.5)

By language of the rehabilitation centres

NOK rehabilitation centres

In Table 51, an overview of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the Dutch and French speaking NOK rehabilitation centres is presented. The column '% within RIZIV/INAMI group' outlines the prevalence of the disorders in RIZIV/INAMI conventions, separately for the Dutch and French speaking NOK centres. This percentage depends on the number of participants in the centres (there are more patients in the Dutch speaking rehabilitation centres than in the French speaking rehabilitation centres).

Therefore, the percentage was also calculated based on this difference, so the column '% within Dutch/French NOK centres' provides us an overview of the prevalence of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the Dutch and the French speaking NOK rehabilitation centres. A difference between French and Dutch speaking centres is registered when that difference is minimum 5%.

Table 51: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in Dutch and French speaking NOK rehabilitation centres

Disorders in RIZIV/INAMI conventions	Dutch		French			
	N	% within RIZIV/INAMI Group	% Dutch NOK	N	% within RIZIV/INAMI group	% French NOK
'Brain damage'	24	92.3	1.2	2	7.7	0.5
'Laryngectomy, glossectomy'	1	6.3	0.0	15	93.8	4.0
'Hearing disorders <6years'	147	64.5	7.0	81	35.5	21.5
'Hearing disorders >70dBA and >6 years'	6	42.9	0.3	8	57.1	2.1
'Hearing disorders cochlear implant'	23	35.9	1.1	41	64.1	10.9
'Mental retardation'	421	80.2	20.2	104	19.8	27.6
'Pervasive developmental disorders'	124	96.1	5.9	5	3.9	1.3
'Language developmental disorders'	108	78.3	5.2	30	21.7	8.0
'Borderline intellectual functioning'	4	66.7	0.2	2	33.3	0.5
'Learning disorders'	481	96.2	23.1	19	3.8	5.0
'Hyperkinetic disorders'	203	97.1	9.7	6	2.9	1.6
'Stuttering'	28	100	1.3	0	0	0
'Borderline intellectual functioning with harmonic profile'	352	89.6	16.9	41	10.4	10.9
'Borderline intellectual functioning with disharmonic profile'	164	87.7	7.9	23	12.3	6.1
Total	2086	/	/	377	/	/

For the NOK rehabilitation centres 'Hearing disorders'ee and 'Mental retardation' were more present in the French speaking NOK rehabilitation centres, whereas 'Learning disorders', 'Hyperkinetic disorders' and 'Borderline intellectual functioning (with harmonic and disharmonic profile)' were more present in the Dutch speaking NOK rehabilitation centres. However, it should be kept in mind that the data for the French NOK centra might not be fully representative (see 2.2 of this chapter)

PSY rehabilitation centres

In Table 52, an overview of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the Dutch and French speaking PSY rehabilitation centres is presented.

Table 52: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in Dutch and French speaking PSY rehabilitation centres

Disorders in RIZIV/INAMI conventions	Dutch		French		% within RIZIV/INAMI group	% French PSY
	N	% within RIZIV/INAMI group	% Dutch PSY	N		
'Brain damage'	0	0	0	5	100	0.6
'Mental retardation'	513	52.1	34.0	471	47.9	54.1
'Pervasive developmental disorders'	149	69.3	9.9	66	30.7	7.6
'Severe conduct disorders'	9	36.0	0.6	16	64.0	1.8
'Schizophrenia'	0	0	0	4	100	0.5
'Mood disorders'	1	4.2	0.1	23	95.8	2.6
'Cerebral palsy'	42	37.8	2.8	69	62.2	7.9
'Language developmental disorders'	50	96.2	3.3	2	3.8	0.2
'Learning disorders'	196	97.5	13.0	5	2.5	0.6
'Hyperkinetic disorders'	146	92.4	9.7	12	7.6	1.4
'Borderline intellectual functioning ' with harmonic profile'	277	69.1	18.4	124	30.9	14.2
'Borderline intellectual functioning with disharmonic profile'	125	63.5	8.3	72	36.5	8.3
'Borderline intellectual functioning'	0	0	0	2	100	0.2
Total	1508	/	/	871	/	/

For the PSY rehabilitation centres 'Mental retardation' was more present in the French speaking PSY rehabilitation centres, whereas 'Learning disorders' and 'Hyperkinetic disorders' were more present in the Dutch speaking PSY rehabilitation centres.

Hier kan beter Appendix 10 komen (complaints by registration for ICD-10 codifications)

APPENDIX 12 TO CHAPTER 2: RIZIV/INAMI CONVENTIONS WITHIN COMPLAINTS BY REGISTRATION (SEE 2.6)

NOK rehabilitation centres

Learning problems

Most of the 532 patients (61.3%) with 'learning problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'learning disorders' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 53, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

ee 'hearing disorders<6years', 'hearing disorders>70dBA and <6years' and 'hearing disorders cochlear implant' together account for 8.4% in the Dutch NOK centres and for 38.5% in the French NOK centres

Table 53: The RIZIV/INAMI conventions within 'learning problems' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Learning disorders	326	61.3
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	81	15.2
hyperkinetic disorders	45	8.5
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	35	6.6
Mental retardation	27	5.1
Infantile autism	11	2.1
Language developmental disorders	4	0.8
Total	529	99.4

Developmental retardation

Most of the 457 patients (41.8%) with 'developmental retardation' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'mental retardation' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 54, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 54: The RIZIV/INAMI conventions within 'developmental retardation' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Mental retardation	191	41.8
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	112	24.5
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	56	12.3
Language developmental disorders	42	9.2
Hyperkinetic disorders	26	5.7
Learning disorders	16	3.5
Infantile autism	10	2.2
Total	453	99.1

Language/speech problems

Most of the 367 patients (30.5%) with 'language/speech problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'mental retardation' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 55, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 55: The RIZIV/INAMI conventions within 'language/speech problems' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Mental retardation	112	30.5
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	82	22.3
Language developmental disorders	47	12.8
Learning disorders	43	11.7
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	42	11.4
Hyperkinetic disorders	22	6.0
Hearing disorders (<6years)	6	1.6
Total	354	96.5

Attention and concentration problems

Most of the 160 patients (33.8%) with 'attention and concentration problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'hyperkinetic disorders' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 56, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 56: The RIZIV/INAMI conventions within 'attention and concentration problems' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic disorders	54	33.8
Learning disorders	50	31.3
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	18	11.3
Mental retardation	13	8.1
Infantile autism	10	6.3
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	9	5.6
Total	154	96.3

Hearing problems

Most of the 136 patients (30.5%) with 'hearing problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'hearing disorders (<6 years)' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 57, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 57: The RIZIV/INAMI conventions within 'hearing problems' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hearing disorders (<6years)	121	89.0
Hearing disorders of more than 70dBA (>6 years)	4	2.9
Hearing disorders with cochlear implant	3	2.2
Mental retardation	3	2.2
Total	131	96.3

Pervasive developmental disorders

Most of the 76 patients (47.4%) with 'pervasive developmental disorders' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'infantile autism' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 58, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 58: The RIZIV/INAMI conventions within 'pervasive developmental disorders' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Infantile autism	36	47.4
Mental retardation	12	15.8
Pervasive developmental disorders	10	13.2
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	5	6.6
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	3	3.9
Atypical autism	3	3.9
Hyperkinetic disorders	3	3.9
Total	72	94.7

Hyperkinetic problems

Most of the 367 patients (35.6%) with 'hyperkinetic problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'hyperkinetic problems' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 59, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 59: The RIZIV/INAMI conventions within 'hyperkinetic problems' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic problems	21	35.6
Learning disorders	16	27.1
Infantile autism	8	13.6
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	4	6.8
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	4	6.8
Total	53	89.8

Conduct problems

Most of the 51 patients (29.4%) with 'conduct problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'hyperkinetic disorders' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 60, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 60: The RIZIV/INAMI conventions within 'conduct problems' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic disorders	15	29.4
Infantile autism	12	23.5
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	7	13.7
Learning disorders	7	13.7
Mental retardation	6	11.8
Total	47	92.2

Stuttering

Most of the 41 patients (48.8%) with 'stuttering' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'stuttering' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 61, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 61: The RIZIV/INAMI conventions within 'stuttering' as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Stuttering	20	48.8
Learning disorders	6	14.6
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	5	12.2
Mental retardation	4	9.8
Total	35	85.4

Motor and/or coordination problems

Most of the 39 patients (38.5%) with 'motor and/or coordination problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking NOK rehabilitation centres, have 'borderline intellectual functioning with harmonic profile' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 62, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 62: The RIZIV/INAMI conventions within ‘motor and/or coordination problems’ as complaint by registration in Dutch speaking NOK rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	15	38.5
Mental retardation	6	15.4
Hyperkinetic disorders	6	15.4
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	5	12.8
Total	32	82.1

PSY rehabilitation centres

Developmental retardation

Most of the 489 patients (43.8%) with ‘developmental retardation’ as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have ‘mental retardation’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 63, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 63: The RIZIV/INAMI conventions within ‘developmental retardation’ as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Mental retardation	214	43.8
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	124	25.4
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	52	10.6
Learning disorders	25	5.1
Hyperkinetic disorders	22	4.5
Cerebral palsy	15	3.1
Language developmental disorders	15	3.1
Infantile autism	14	2.9
Atypical autism	4	0.8
Total	485	99.2

Learning problems

Most of the 226 patients (51.8%) with ‘learning problems’ as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have ‘learning disorders’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 64, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 64: The RIZIV/INAMI conventions within ‘learning problems’ as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Learning disorders	117	51.8
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	43	19.0
Hyperkinetic disorders	26	11.5
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	16	7.1
Mental retardation	8	3.5
Infantile autism	5	2.2
Total	215	95.1

(Assumption of) mental retardation

Most of the 198 patients (87.4%) with '(assumption of) mental retardation' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have 'mental retardation' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 65, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 65: The RIZIV/INAMI conventions within '(assumption of) mental retardation' as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Mental retardation	173	87.4
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	15	7.6
Cerebral palsy	4	2.0
Total	192	97.0

Language or speech problems

Most of the 180 patients (25.6%) with 'language or speech problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have 'mental retardation' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 66, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 66: The RIZIV/INAMI conventions within 'language or speech problems' as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Mental retardation	46	25.6
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	38	21.1
Language developmental disorders	23	12.8
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	22	12.2
Learning disorders	18	10.0
Hyperkinetic disorders	18	10.0
Infantile autism	9	5.0
Total	174	96.7

Attention and concentration problems

Most of the 88 patients (30.7%) with 'attention and concentration problems' as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have 'hyperkinetic disorders' as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 67, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 67: The RIZIV/INAMI conventions within 'attention and concentration problems' as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic disorders	27	30.7
Learning disorders	16	18.2
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	14	15.9
Infantile autism	11	12.5
Atypical autism	6	6.8
Total	74	84.1

Conduct problems

Most of the 50 patients (28.0%) with ‘conduct problems’ as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have ‘hyperkinetic disorders’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 68, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 68: The RIZIV/INAMI conventions within ‘conduct problems’ as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic disorders	14	28.0
Mental retardation	11	22.0
Infantile autism	7	14.0
Pervasive developmental disorders	5	10.0
Total	37	74.0

Hyperkinetic problems

Most of the 44 patients (52.3%) with ‘hyperkinetic problems’ as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have ‘hyperkinetic disorders’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 69, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 69: The RIZIV/INAMI conventions within ‘hyperkinetic problems’ as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic disorders	23	52.3
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	6	13.6
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	4	9.1
Learning disorders	4	9.1
Total	37	84.1

Motor and/or coordination problems

Most of the 39 patients (20.5%) with ‘developmental retardation’ as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have ‘cerebral palsy’ and ‘borderline intellectual functioning with harmonic profile’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 70, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 70: The RIZIV/INAMI conventions within ‘motor and/or coordination problems’ as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Cerebral palsy	8	20.5
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	8	20.5
Hyperkinetic disorders	6	15.4
Learning disorders	5	12.8
Mental retardation	4	10.3
Total	31	79.5

Borderline intellectual functioning

Most of the 34 patients (50.0%) with ‘borderline intellectual functioning’ as complaint by registration and who were treated in Dutch speaking PSY rehabilitation centres, have ‘borderline intellectual functioning with harmonic profile’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions. In Table 71, an overview is provided of the RIZIV/INAMI conventions within this complaint by registration.

Table 71: The RIZIV/INAMI conventions within ‘borderline intellectual functioning’ as complaint by registration in Dutch speaking PSY rehabilitation centres

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	17	50.0
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	10	29.4
Mental retardation	3	8.8
Total	30	88.2

APPENDIX 13 TO CHAPTER 2: DETAILS OF COMPARISON BETWEEN RIZIV/INAMI CONVENTIONS AND ICD-10 CODIFICATIONS (SEE 2.7)

Which RIZIV/INAMI conventions within the ICD-10 main index disorders? (see 2.7.1.1)

Specific developmental disorders of scholastic skills

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the 585 patients with ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’ as an index disorder is ‘Learning disorders’. In Table 72, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within this target group.

Table 72: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
‘Learning disorders’	383	65.5
‘Borderline intellectual functioning with harmonic profile’	101	17.3
‘Borderline intellectual functioning with disharmonic profile’	50	8.5
‘Hyperkinetic disorders’	25	4.3
‘Mental retardation’	13	2.2
‘Language developmental disorders’	5	0.9
‘Other’	8	1.4
Total	585	100

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the 270 patients with ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’ as an index disorder is ‘Learning disorders’. In Table 73, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within this target group.

Table 73: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Learning disorders	145	53.7
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	66	24.4
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	25	9.3
Mental retardation	16	5.9
Hyperkinetic disorders	9	3.3
Other	9	3.3
Total	270	100

Mild mental retardation

In Table 74, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within this target group.

Table 74: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Mild mental retardation’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Mental retardation	309	91.7
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	11	3.3
Language developmental disorders	6	1.8
Other	11	3.3
Total	337	100

In Table 75, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within this target group.

Table 75: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Mild mental retardation’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Mental retardation	483	91.8
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	21	4.0
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	8	1.5
Cerebral palsy	6	1.1
Brain damage	5	1.0
Other	3	0.6
Total	526	100

For ‘Mild mental retardation’ a good match exists between the RIZIV conventions and the ICD-10.

Specific developmental disorders of speech and language

In Table 76, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within this target group.

Table 76: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Specific developmental disorders of speech and language’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	147	37.7
Language developmental disorders	97	24.7
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	58	14.8
Mental retardation	52	13.2
Learning disorders	15	3.8
Hearing disorders (<6 years)	10	2.5
Hyperkinetic disorders	5	1.3
Other	9	2.3
Total	393	100

In Table 77, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within this target group.

Table 77: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Specific developmental disorders of speech and language’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	100	39.4
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	56	22.0
Mental retardation	42	16.5
Language development disorders	41	16.1
Learning disorders	9	3.5
Other	6	2.4
Total	254	100

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in the NOK and in the PSY rehabilitation centres for ‘Specific developmental disorders of speech and language’ as an index disorder is ‘Borderline intellectual functioning’. For NOK as well as for PSY centres only a minor percentage of participants (24.7% respectively 16.1%) with the ICD-10 code ‘Specific developmental disorders of speech and language’ is registered as ‘Language developmental disorders’ in the RIZIV/INAMI conventions.

Pervasive developmental disorders

In Table 78 an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within this target group.

Table 78: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Pervasive developmental disorders’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Pervasive developmental disorders	116	53.2
Mental retardation	42	19.3
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	20	9.2
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	13	6.0
Learning disorders	12	5.5
Language developmental disorders	7	3.2
Other	8	3.7
Total	218	100

In Table 79, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within this target group.

Table 79: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Pervasive developmental disorders’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Pervasive developmental disorders	193	53.3
Mental retardation	100	27.6
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	32	8.8
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	10	2.8
Learning disorders	9	2.5
Hyperkinetic disorders	6	1.7
Other	12	3.3
Total	362	100

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in both the NOK and PSY rehabilitation centres with ‘Pervasive developmental disorders’ as an index disorder is ‘pervasive developmental disorders’. The largest RIZIV/INAMI group after this index disorder is ‘Mental retardation’ (respectively 19.3% and 27.6%).

Hyperkinetic disorder

In Table 80, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within this target group.

Table 80: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Hyperkinetic disorders’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic disorders	156	54.7
Learning disorders	50	17.5
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	32	11.2
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	19	6.7
Mental retardation	14	4.9
Language developmental disorders	7	2.5
Other	7	2.5
Total	285	100

In Table 81, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within this target group.

Table 81: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Hyperkinetic disorders’

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hyperkinetic disorders	133	54.5
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	43	17.6
Mental retardation	22	9.0
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	18	7.4
Learning disorders	17	7.0
Severe conduct disorders	5	2.0
Other	6	2.5
Total	244	100

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in both the NOK and PSY rehabilitation centres for ‘hyperkinetic disorders’ as an index disorder is ‘hyperkinetic disorders’ (respectively 54.7 and 54.5%),

Conductive and sensorineural hearing loss

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the 280 patients with 'Conductive and sensorineural hearing loss' as an index disorder is 'hearing disorders (<6 years)'.

In Table 82, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within this target group.

Table 82: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder 'Conductive and sensorineural hearing loss'

Disorder in RIZIV/INAMI convention	N	%
Hearing disorders (<6 years)	205	73.2
Hearing disorders with cochlear implant	56	20.0
Hearing disorders of more than 70dBA (>6 years)	11	0.3
Mental retardation	3	1.1
Other	5	1.8
Total	280	100

There were no patients with 'Conductive and sensorineural hearing loss' who were treated in PSY rehabilitation centres.

RIZIV/INAMI convention disorders within the main ICD-10 index disorders: by language of the rehabilitation centres (see 2.7.1.2)

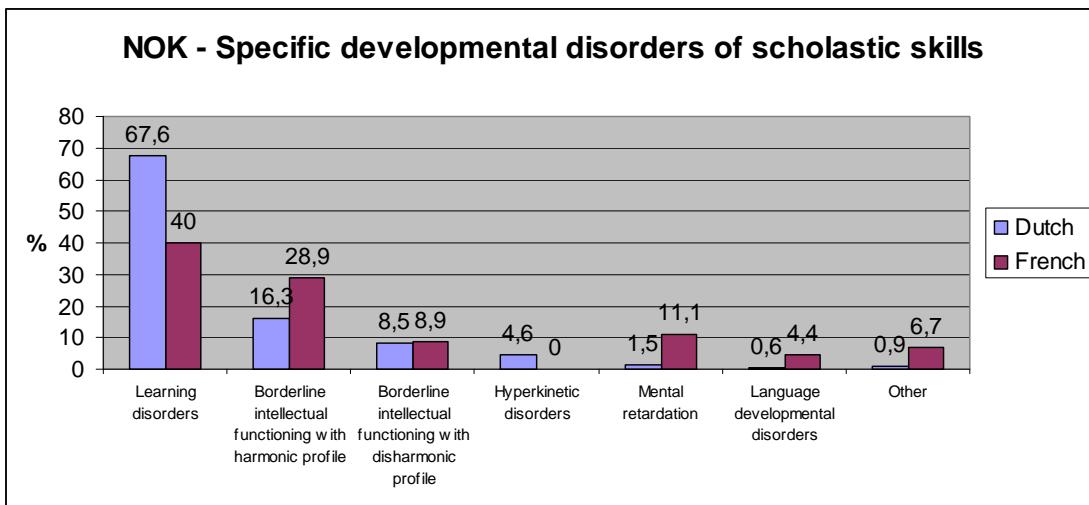
When considering patients with a specific ICD-10 code subdivided by NOK or PSY and at the same time by language, many subgroups become too small to allow for meaningful comparison of prevailing RIZIV/INAMI convention groups, especially in the French centres (see also section 2.4.1.8). Only two ICD-10 codes in the subdivision PSY-centres, namely "Mild mental retardation" and "Pervasive developmental disorders", comprise enough patients in Dutch as well as in French centres to allow for this comparison. The other comparisons should be read with caution, due to the small number of patients included in some subcategories.

Specific developmental disorders of scholastic skills

In Figure 26, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres of the 585 patients with the ICD-10 index disorder 'Specific developmental disorders of scholastic skills', divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Learning disorder' in the RIZV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres.

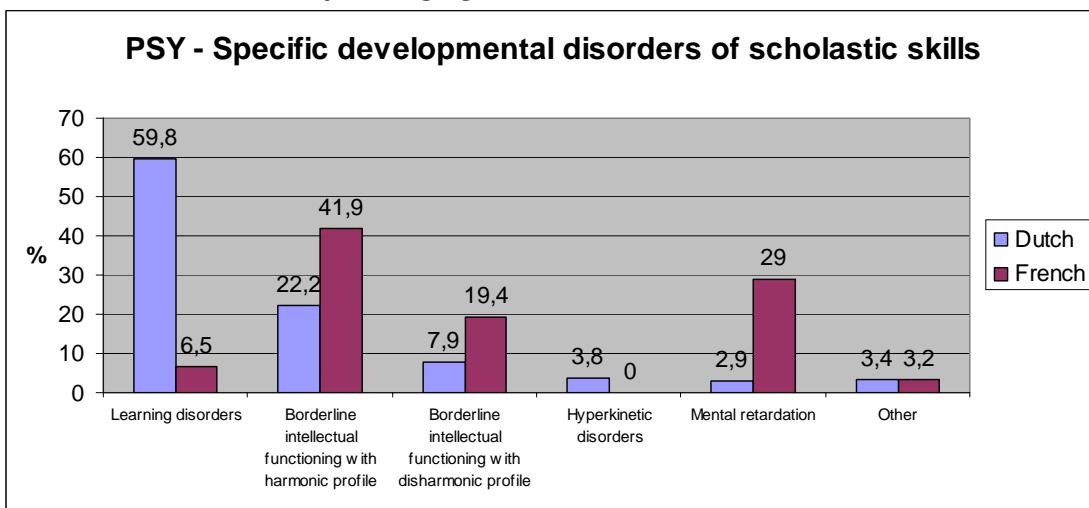
In French speaking centres, this disorder is not frequently registered and therefore conclusions concerning the percentages should be drawn carefully. In French speaking centres patients with 'Specific developmental disorders of scholastic skills' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'borderline intellectual functioning with harmonic profile', 'Mental retardation' than the patients in Dutch centres.

Figure 26: RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’, divided by the language of the rehabilitation centres’



In Figure 26 view is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres for the 270 patients with the index disorder ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’, divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’ in the ICD-10 criteria are more often registered as having ‘Learning disorder’ in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres. In French speaking centres, this disorder is not frequently registered and therefore conclusions concerning the percentages should be drawn carefully. Patients in French speaking rehabilitation centres with ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’ in the ICD-10 criteria are more often registered as having ‘Borderline intellectual functioning with harmonic profile and disharmonic profile’ and ‘Mental retardation’ than the patients in Dutch speaking centres.

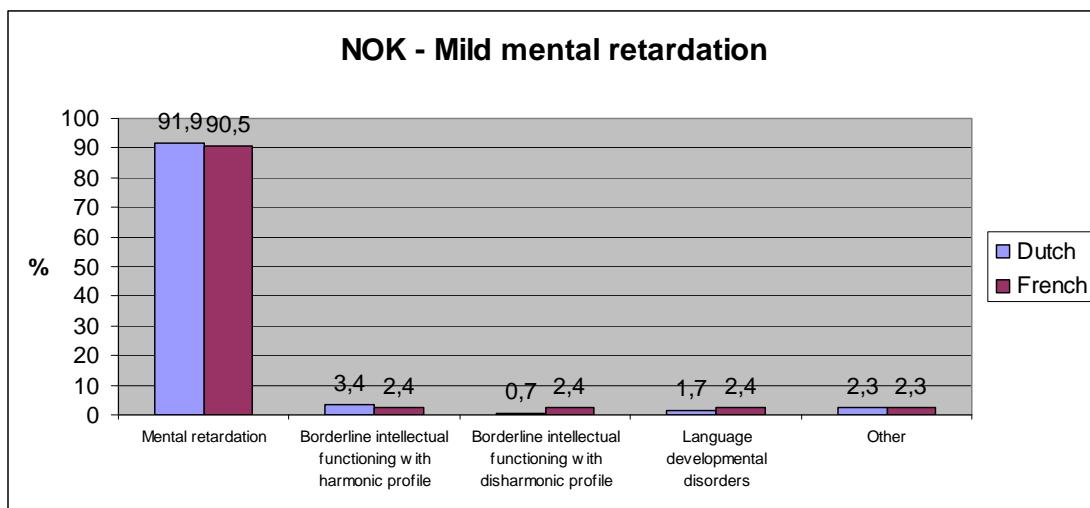
Figure 27: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’, divided by the language of the rehabilitation centres’



Mild mental retardation

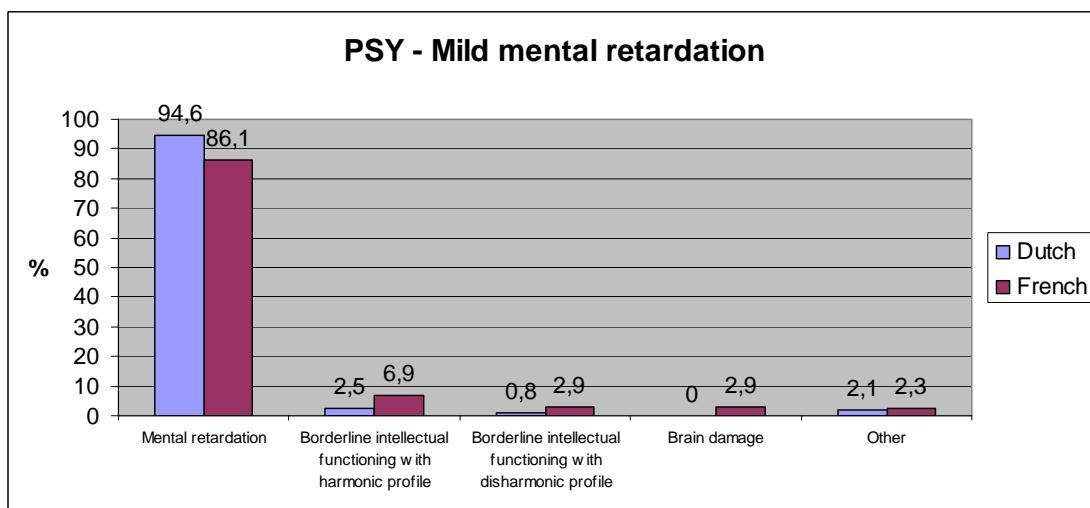
In Figure 28, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres for the 337 patients with the index disorder ‘Mild mental retardation’, divided by the official language of the rehabilitation centre. No real differences were noticed. It should however be kept in mind that the number of patients in French participating centres is low (N=42).

Figure 28: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder 'Mild mental retardation', divided by the language of the rehabilitation centres'



In Figure 29, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres for the 526 patients with the index disorder 'Mild mental retardation', divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with 'Mild mental retardation' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Mental retardation' in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres, but the difference is small. In French speaking centres patients with 'mild mental retardation' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Borderline intellectual functioning with harmonic profile and disharmonic profile' than the patients in Dutch speaking centres. However, it only concerns a small number of patients in the French speaking centres, so this conclusion remains to be confirmed.

Figure 29: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder 'Mild mental retardation', divided by the language of the rehabilitation centres'

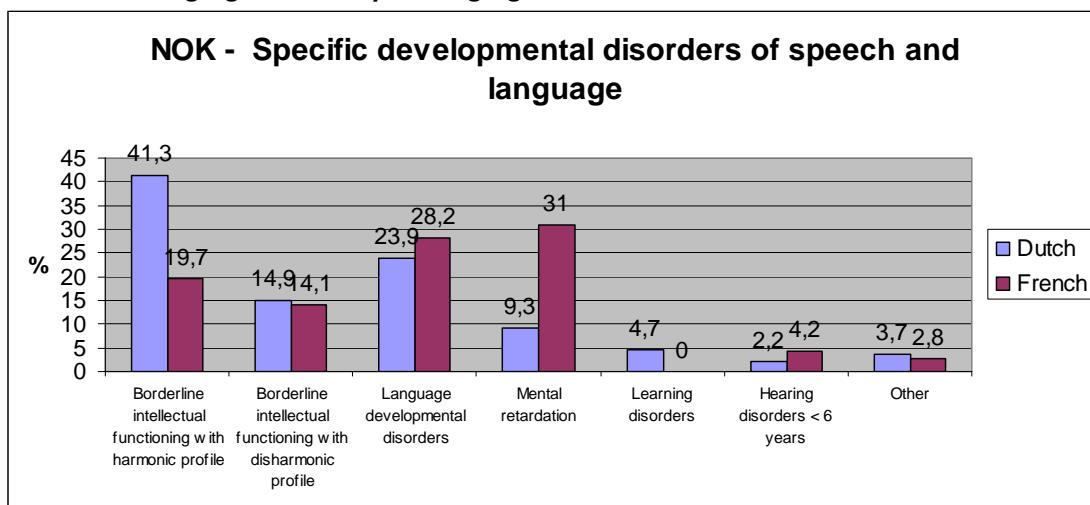


Specific developmental disorders of speech and language

In Figure 30, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres for the 393 patients with the index disorder 'Specific developmental disorders of speech and language', divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with 'Developmental disorders of speech and language' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Borderline intellectual functioning with harmonic profile' in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres. In French speaking centres patients with

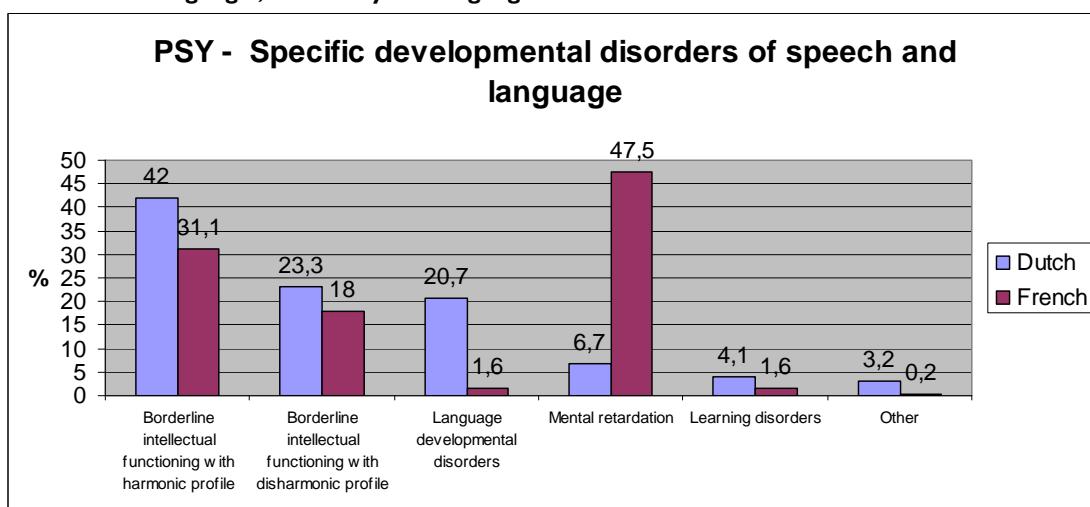
'Developmental disorders of speech and language' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Mental retardation' than the patients in Dutch speaking centres. However it concerns small numbers of patients, so caution is necessary concerning these conclusions.

Figure 30: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder 'Specific developmental disorders of speech and language', divided by the language of the rehabilitation centres'



In Figure 30, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres for the 254 patients with the index disorder 'Specific developmental disorders of speech and language', divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with 'Developmental disorders of speech and language' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Borderline intellectual functioning with harmonic and disharmonic profile' and 'Language developmental disorders' in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres. In French speaking centres patients with 'Developmental disorders of speech and language' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Mental retardation' than the patients in Dutch speaking centres.

Figure 31: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder 'Specific developmental disorders of speech and language', divided by the language of the rehabilitation centres'

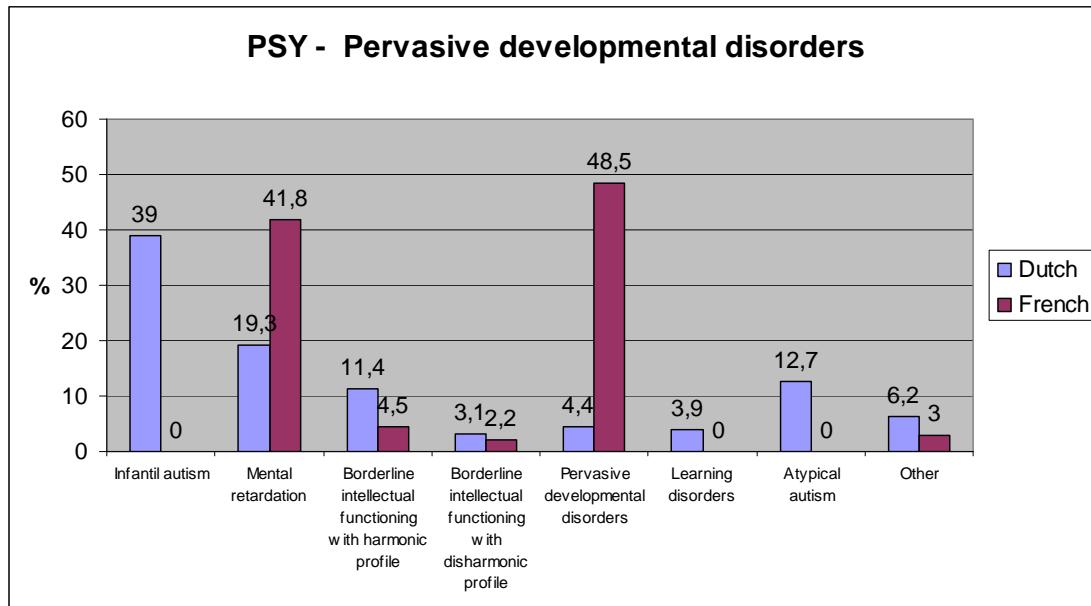


Pervasive developmental disorders

For the 218 patients with the index disorder 'Pervasive developmental disorders' in the NOK centres, no analyses were done divided by the official language of the rehabilitation centre. In French NOK centres there are only few patients registered with 'Pervasive developmental disorders', so separating Dutch speaking centres from French speaking centres is not useful.

In Figure 31, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres for the 362 patients with the index disorder 'Pervasive developmental disorders', divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with 'pervasive developmental disorders' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Infantile autism', Borderline intellectual functioning with harmonic and disharmonic profile', and 'Atypical autism' in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres. In French speaking centres patients with 'Pervasive developmental disorders' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Mental Retardation' and 'Pervasive developmental disorders' than the patients in Dutch speaking centres. For the ICD-10 diagnosis of 'Pervasive developmental disorders' it seems reasonable to take the RIZIV/INAMI categories 'Infantile autism', 'Pervasive developmental disorders' and 'Atypical autism' together, especially since the coding has been done by many different persons, allowing for subtle differences in interpretation.

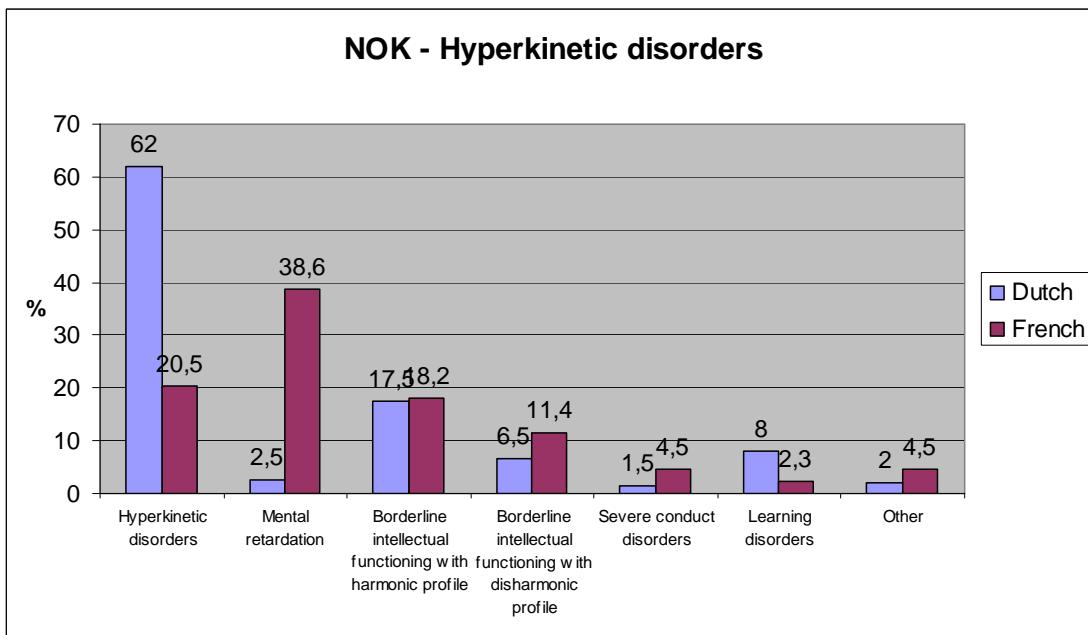
Figure 32: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder 'Pervasive developmental disorders', divided by the language of the rehabilitation centres'



Hyperkinetic disorders

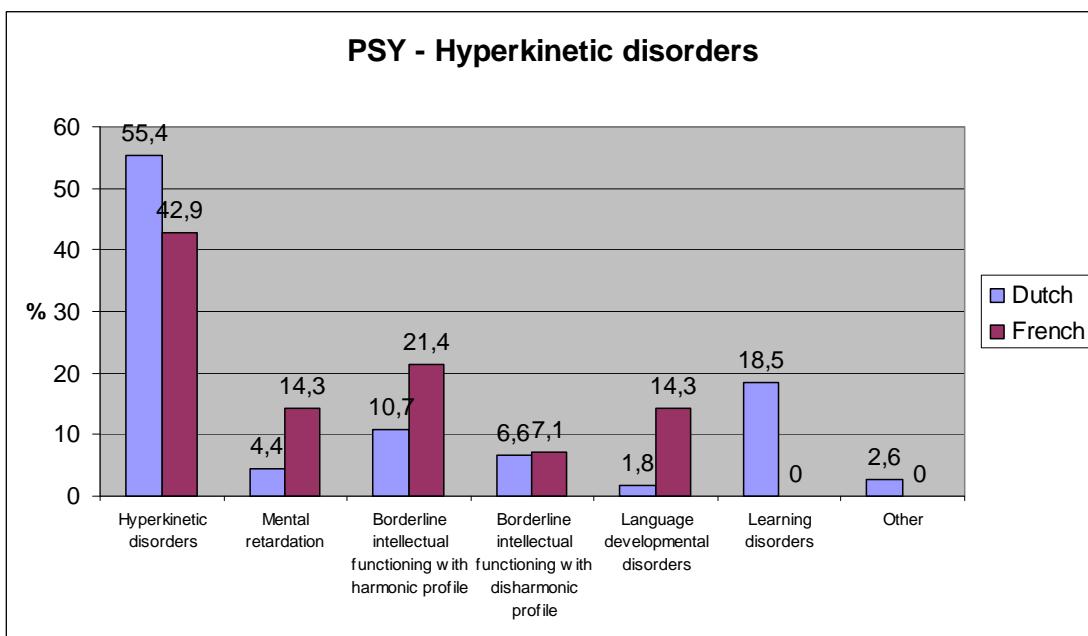
In Figure 33, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres for the 285 patients with the index disorder 'Hyperkinetic disorders', divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with 'Hyperkinetic disorders' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Hyperkinetic disorders' and 'Learning disorders' in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres. In French speaking centres patients with 'Hyperkinetic disorders' in the ICD-10 criteria are more often registered as having 'Mental retardation', and 'Borderline intellectual functioning with harmonic profile' than the patients in Dutch speaking centres.

Figure 33: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Hyperkinetic disorders’, divided by the language of the rehabilitation centres’



In Figure 31, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres for the 244 patients with the index disorder ‘Hyperkinetic disorders’, divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with ‘Hyperkinetic disorders’ in the ICD-10 criteria are more often registered as having ‘Hyperkinetic disorders’ and ‘Learning disorders’ in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres. In French speaking centres patients with ‘Hyperkinetic disorders’ in the ICD-10 criteria are more often registered as having ‘Mental retardation’, ‘Borderline intellectual functioning with harmonic profile’ and ‘Language developmental disorders’ than the patients in Dutch speaking centres.

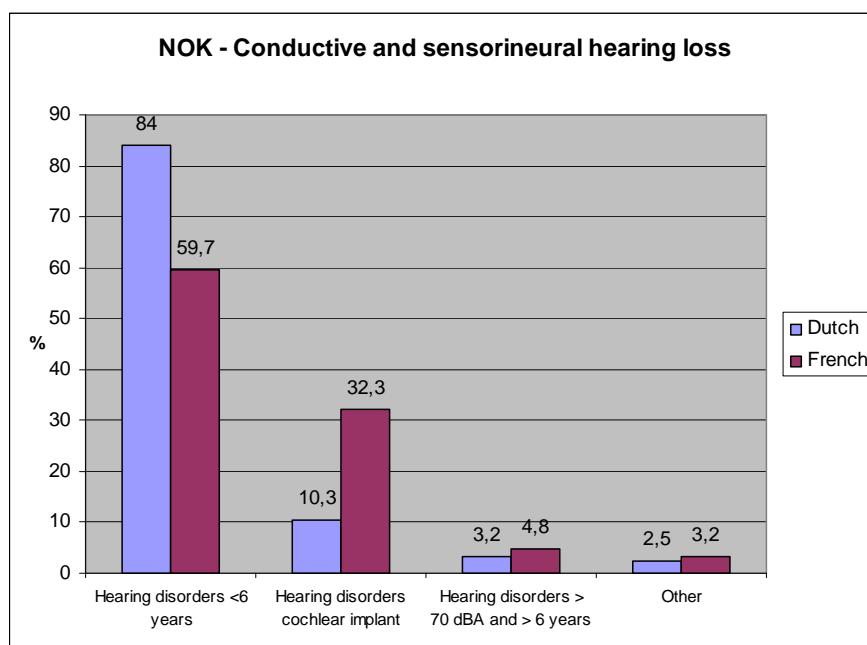
Figure 34: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Hyperkinetic disorders’, divided by the language of the rehabilitation centres’



Conductive and sensorineural hearing loss

In Figure 34, an overview is presented of the disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres for the 280 patients with the index disorder ‘Conductive and sensorineural hearing loss’, divided by the official language of the rehabilitation centre. In Dutch speaking centres patients with ‘Conductive and sensorineural hearing loss’ in the ICD-10 criteria are more often registered as having ‘Hearing disorders <6 years’ in the RIZIV/INAMI conventions than the patients in the French speaking centres. In French speaking centres patients with ‘Conductive and sensorineural hearing loss’ in the ICD-10 criteria are more often registered as having ‘Hearing disorders cochlear implant’ than the patients in Dutch speaking centres. It should be kept in mind that the French speaking NOK centres probably are not adequately represented in the database sample. However, since this all concerns hearing-related disorders, no real differences were noted between the Dutch and the French speaking NOK centres. It should be kept in mind that French speaking NOK centres probably are not adequately represented in the data sample.

Figure 35: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the ICD-10 index disorder ‘Conductive and sensorineural hearing loss’, divided by the language of the rehabilitation centres’



There were no patients with ‘conductive and sensorineural hearing loss’ who were treated in PSY rehabilitation centres.

ICD-10 main index disorders within RIZIV/INAMI conventions (see 2.7.2)

For the 3 largest classification groups of the RIZIV/INAMI classification (“Mental Retardation”, “Borderline intellectual functioning with harmonic profile”, and “Learning disorders”), a description is given of the corresponding main ICD-10 index disorders, first within NOK centres and then within PSY centres

NOK rehabilitation centres

Mental retardation

Of the 525 patients (see section 2.5.1) with ‘Mental retardation’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions in NOK rehabilitation centres, 58.9% have ‘Mild mental retardation’ as an index disorder. It should be noted that the moderate, severe and profound mental retardation are uncommon ICD-10 codes (4.95%). In Table 83, a general overview is provided.

Table 83: The main ICD-10 index disorders within ‘Mental retardation’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions, divided by Dutch and French speaking NOK rehabilitation centres and in total^{ff}

Index disorder	Dutch		French		Total	
	N	%	N	%	N	%
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	8	1.9	5	4.8	13	2.5
F70 Mild mental retardation	271	64.4	38	36.5	309	58.9
F80 Specific developmental disorders of speech and language	30	7.1	22	21.2	52	9.9
F84 Pervasive developmental disorders	42	10.0	0	0	42	8.3
F90 Hyperkinetic disorders	12	2.9	2	1.9	14	2.7
H90 Conductive and sensorineural hearing loss	1	0.2	2	1.9	3	0.6
Total	364	86.5	69	66.3	433	82.5
Missing (92)						

Borderline intellectual functioning with harmonic profile

Of the 393 patients (see section 2.5.1) with ‘Borderline intellectual functioning with harmonic profile’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions in NOK rehabilitation centres, 37.4% have ‘Specific developmental disorders of speech and language’ as an index disorder. In Table 84, a general overview is provided. It should be kept in mind that the category ‘Borderline intellectual functioning’ can not be coded in the ICD-10 classification as a disorder as such (see 1.8.1).

Table 84: The main ICD-10 index disorders within ‘Borderline intellectual functioning with harmonic profile’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions, divided by Dutch and French speaking NOK rehabilitation centres and in total

Index disorder	Dutch		French		Total	
	N	%	N	%	N	%
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	88	25.0	13	31.7	101	25.7
F70 Mild mental retardation	10	2.8	1	2.4	11	2.8
F80 Specific developmental disorders of speech and language	133	37.8	14	34.1	147	37.4
F84 Pervasive developmental disorders	19	5.4	1	2.4	20	5.1
F90 Hyperkinetic disorders	29	8.2	3	7.3	32	8.1
H90 Conductive and sensorineural hearing loss	1	0.3	0	0	1	0.3
Total	280	79.5	32	77.9	312	79.4
Missing (81)						

Learning disorders

Of the 500 patients (see section 2.5.1) with ‘Learning disorders’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions in NOK rehabilitation centres, 76.6% have ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’ as an index disorder. In Table 85, a general overview is provided.

ff All these and further analyses take the missing variables into account

Table 85: The main ICD-10 index disorders within ‘Learning disorders’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions, divided by Dutch and French speaking NOK rehabilitation centres and in total

Index disorder	Dutch		French		Total	
	N	%	N	%	N	%
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	365	75.9	18	94.7	383	76.6
F70 Mild mental retardation	1	0.2	0	0	1	0.2
F80 Specific developmental disorders of speech and language	15	3.1	0	0	15	3.0
F84 Pervasive developmental disorders	12	2.5	0	0	12	2.4
F90 Hyperkinetic disorders	50	10.4	0	0	50	10.0
H90 Conductive and sensorineural hearing loss	0	0	0	0	0	0
Total	443	92.1	18	94.7	461	92.2
Missing (39)						

PSY rehabilitation centres

Mental retardation

Of the 984 patients (see section 2.5.1) with ‘Mental retardation’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions in PSY rehabilitation centres, 49.1% have ‘Mild mental retardation’ as an index disorder.

It should be noted that ‘moderate’, ‘severe’ and ‘profound’ mental retardation are uncommon ICD-10 codes (4.95%, see Table 8). In Table 86, a general overview is provided.

Table 86: The main ICD-10 index disorders within ‘Mental retardation’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions, divided by Dutch and French speaking PSY rehabilitation centres and in total

Index disorder	Dutch		French		Total	
	N	%	N	%	N	%
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	7	1.4	9	1.9	16	1.6
F70 Mild mental retardation	334	65.1	149	31.6	483	49.1
F80 Specific developmental disorders of speech and language	13	2.5	29	6.2	42	4.3
F84 Pervasive developmental disorders	44	8.6	56	11.9	100	10.2
F90 Hyperkinetic disorders	5	1.0	17	3.6	22	2.2
H90 Conductive and sensorineural hearing loss	0	0	0	0	0	0
Total	403	78.6	260	55.2	663	67.4
Missing (321)						

Borderline intellectual functioning with harmonic profile

Of the 401 patients (see section 2.5.1) with ‘Borderline intellectual functioning with harmonic profile’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions in PSY rehabilitation centres, 24.9% have ‘Specific developmental disorders of speech and language’ as an index disorder. In Table 87, a general overview is provided. It should be kept in mind that the category ‘Borderline intellectual functioning’ can not be coded in the ICD-10 classification as a disorder as such (see 1.8.1).

Table 87: The main ICD-10 index disorders within ‘Borderline intellectual functioning’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions, divided by Dutch and French speaking PSY rehabilitation centres and in total

Index disorder	Dutch		French		Total	
	N	%	N	%	N	%
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	53	19.1	13	10.5	66	16.5
F70 Mild mental retardation	9	3.2	12	9.7	21	5.2
F80 Specific developmental disorders of speech and language	81	29.2	19	15.3	100	24.9
F84 Pervasive developmental disorders	26	9.4	6	4.8	32	8.0
F90 Hyperkinetic disorders	35	12.6	8	6.5	43	10.7
H90 Conductive and sensorineural hearing loss	0	0	0	0	0	0
Total	204	73.5	58	46.8	262	65.3
Missing (139)						

Learning disorders

Of the 201 patients (see section 2.5.1) with ‘Learning disorders’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions in PSY rehabilitation centres, 72.1% have also ‘Specific developmental disorders of scholastic skills’ as an index disorder. In Table 88, a general overview is provided.

Table 88: The main ICD-10 index disorders within ‘Learning disorders’ as disorder in RIZIV/INAMI conventions, divided by Dutch and French speaking PSY rehabilitation centres and in total

Index disorder	Dutch		French		Total	
	N	%	N	%	N	%
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	143	73.0	2	40.0	145	72.1
F70 Mild mental retardation	1	0.5	0	0	1	0.5
F80 Specific developmental disorders of speech and language	8	4.1	1	20.0	9	4.5
F84 Pervasive developmental disorders	9	4.6	0	0	9	4.5
F90 Hyperkinetic disorders	16	8.2	1	20.0	17	8.5
H90 Conductive and sensorineural hearing loss	0	0	0	0	0	0
Total	177	90.4	4	80.0	181	90.0
Missing (20)						

APPENDIX 14 TO CHAPTER 2: DETAILS ON THE ASSOCIATED DISORDER “R41.8” (SEE 2.8)

Complaint by registration within R418

In Table 91, an overview is presented of the complaints by registration within the (Dutch) patients with R418 as an associated disorder, showing that ‘Developmental retardation’ (35.5%) and ‘Language/speech problems’ (21.2%) are most prevalent complaints by registration within this group.

Table 89: Educational level of patients with R418 as an associated disorder in Dutch rehabilitation centres

Educational level	N	%
Not going to school	7	0.9
Preschool	266	33.0
Preschool, special education	3	0.4
Primary education	422	52.4
Special primary education	94	11.7
Secondary education	6	0.7
Special secondary education	6	0.7
Technical and vocational training	1	0.1
Total	805	100
Missing cases	14	

Table 90: Co-morbid disorders within R418

Co-morbid disorders	N	%
F80 Specific developmental disorders of speech and language	181	22.1
F82 Specific developmental disorder of motor function	156	19.0
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	84	10.3
F90 Hyperkinetic disorders	87	10.6
F98 Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	29	3.5
F84 Pervasive developmental disorders	29	3.5
Total	566	69.1%

Table 91: Complaint by registration within R418

Complaint by registration	N	%
Developmental retardation	289	35.5
Language/speech problems	172	21.2
Learning problems	146	18.0
Attention and concentration problems	39	4.8
Borderline intellectual functioning	35	4.3
Motor and/or coordination problems	25	3.1
Pervasive developmental disorder	25	3.0
(Assumption of) mental retardation	24	3.0
Hyperkinetic problems	23	2.8
Conduct problems	20	2.5
Memory problems	5	0.6
Motor writing problems	5	0.6
Hearing problems	3	0.4
Cerebral palsy	3	0.4
Stuttering	2	0.2
Brain damage	1	0.1
Articulation problems	1	0.1
Total	818	100
Missing	1	

RIZIV/INAMI conventions within R418

NOK rehabilitation centres

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in the 449 patients in NOK centres with R41.8 as an ICD-10 associated disorder is 'Borderline intellectual functioning' (79.5%). It is remarkable that 33 patients (7.4%) have 'Mental retardation' as disorder in RIZIV/INAMI convention, together with R418 as an associated disorder.

This may be due to an registration error, but it is not excluded that 'Mental retardation' was preferred since this is a RIZIV/INAMI category providing a longer period of therapy in rehabilitation centres.

In Table 92, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the NOK rehabilitation centres within this associated disorder.

Table 92: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in NOK rehabilitation centres within patients with R418 as an associated disorder

Disorders in RIZIV/INAMI conventions	N	%
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	245	54.7
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	111	24.8
Mental retardation	33	7.4
Hyperkinetic disorders	16	3.6
Language developmental disorders	14	3.1
Learning disorders	12	2.7
Pervasive developmental disorders	14	3.1
Hearing disorders <6 years	2	0.4
Brain damage	1	0.2
Total	448	100
Missing	1	

PSY rehabilitation centres

The most common disorder in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within the 370 patients with R418 as an associated disorder is 'borderline intellectual functioning with harmonic profile' (54.3%) and 'borderline intellectual functioning with disharmonic profile' (22.3%) with no other high prevalent disorders in the RIZIV/INAMI conventions. It is remarkable that 28 patients (7.6%) have 'mental retardation' as disorder in RIZIV/INAMI convention and together with R418 as an associated disorder. This may be due to an registration error, but it is not excluded that 'Mental retardation' was preferred since this is a RIZIV/INAMI category providing a longer period of therapy in rehabilitation centres

In Table 93, an overview is provided of the most common disorders in RIZIV/INAMI conventions in the PSY rehabilitation centres within this associated disorder..

Table 93: Disorders in RIZIV/INAMI conventions in PSY rehabilitation centres within patients with R418 as an associated disorder

Disorders in RIZIV/INAMI conventions	N	%
Borderline intellectual functioning with harmonic profile	201	54.3
Borderline intellectual functioning with disharmonic profile	87	23.5
Mental retardation	28	7.6
Hyperkinetic disorders	19	5.1
Pervasive developmental disorders	16	4.3
Learning disorders	8	2.2
Cerebral palsy	7	1.9
Severe conduct disorders	2	0.5
Language developmental disorders	2	0.5
Total	370	100

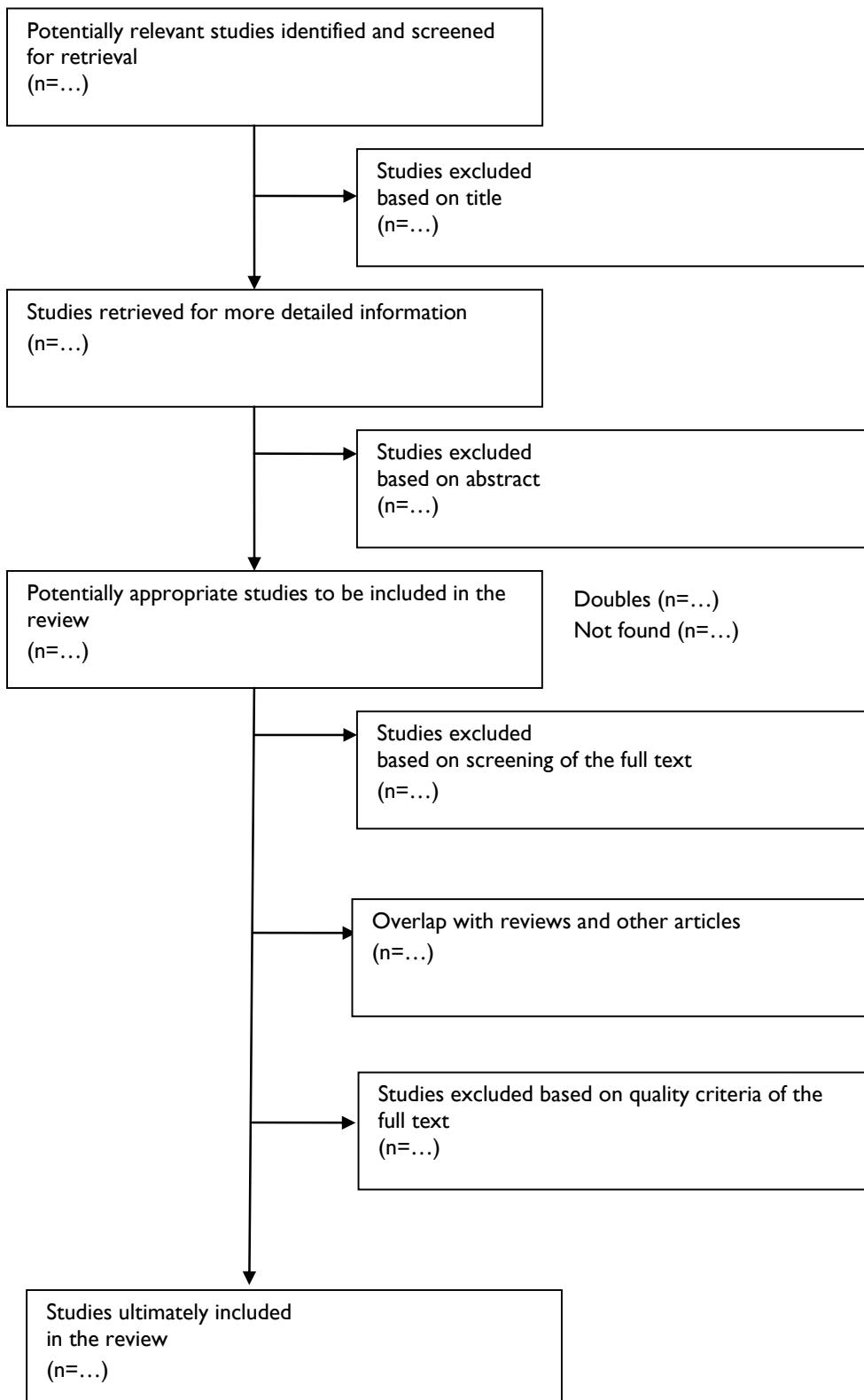
3 APPENDIX TO CHAPTER 3

LITERATURE REVIEWS

APPENDIX I TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY TABLE

Author	
Name	
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centres'
Keywords	
Date	
Database (name + access)	
Date covered (segment)	
Search Strategy	
Note	

APPENDIX 2 TO CHAPTER 3 FLOW



APPENDIX 3 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES

Cochrane checklist	Reference	Reference	Reference
Adequate research question?			
Adequately performed search?			
Adequate selection of articles?			
Adequate quality appraisal of articles?			
Adequate description of the data extraction procedure?			
Description of the most important characteristics of the included articles?			
Adequate handling of clinical and statistical heterogeneity?			
Adequate statistical pooling?			

Overall appraisal

APPENDIX 4 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

RCT- Cochrane checklist	Reference	Reference	Reference
Randomization?			
Blinding of randomization?			
Blinding of patients?			
Blinding of care provider?			
Blinding of outcome assessor?			
Similar groups at baseline?			
Follow-up long enough?			
Intention-to-treat-analysis?			
Comparable treatment of groups?			

Overall appraisal

APPENDIX 5 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF HTA REPORTS

INAHATA checklist	Reference	Reference	Reference
Are contact details available for further information?			
Authors identified?			
Statement regarding conflict of interest?			
Statement on whether report externally reviewed?			
Short summary in non-technical language?			
Reference to the question that is addressed and context of assessment?			
Scope of the assessment specified?			
Description of the health technology?			
Details on sources of information?			
Information on selection of material for assessment?			
Information on basis for interpretation of selected data?			
Results of assessment clearly presented?			
Interpretation of assessment results included?			
Findings of the assessment discussed?			
Medico-legal implications considered?			
Conclusions from assessment clearly stated?			
Suggestions for further action?			
Overall appraisal			

APPENDIX 6 TO CHAPTER 3 QUALITY APPRAISAL OF EXPERIMENTAL AND QUASI-EXPERIMENTAL DESIGNS (GERSTEN ET AL., 2005)

Essential quality indicators	Reference	Reference	Reference
<p>Quality indicators for describing participants</p> <p>Was sufficient information provided to determine/confirm whether the participants demonstrated the disability (ies) or difficulties presented?</p> <p>Where appropriate procedures used to increase the likelihood that relevant characteristics of participants in the sample were comparable across conditions?</p> <p>Was sufficient information given, characterizing the interventionist or teacher? Did it indicate whether they were comparable across conditions?</p> <p>Quality indicators for implementation of the intervention and description of comparison conditions</p> <p>Was the intervention clearly described and specified?</p> <p>Was the fidelity of implementation described and assessed?</p> <p>Was the nature of services provided in comparison conditions described?</p> <p>Quality indicators for outcome measure</p> <p>Were multiple measures used to provide an appropriate balance between measures closely aligned with the intervention and measures of generalized performance?</p> <p>Were outcomes for capturing the intervention's effect measured at the appropriate times?</p>			
<p>Quality indicators for data analysis</p> <p>Were the data analysis techniques appropriately linked to key research questions and hypotheses? Were they appropriately linked to the unit of analysis in the study?</p> <p>Did the research report include not only inferential statistics but also effect size calculations?</p> <p>Desirable quality indicators</p> <p>Was data available on attrition rates among intervention samples?</p> <p>Was severe overall attrition documented? If so, is attrition comparable across samples? Is overall attrition less than 30%?</p> <p>Did the study provide not only internal consistency reliability but also test-retest reliability and interrater reliability for outcome measures? Were data collectors and/or scorers blind to study conditions and equally (un)familiar to examinees across study condition?</p> <p>Were outcomes for capturing the intervention's effect measured beyond an immediate post-test?</p> <p>Was evidence of the criterion-related validity and construct validity of the measures provided?</p>			
Overall appraisal			

APPENDIX 7 TO CHAPTER 3 SEARCH RESULTS TABLE

APPENDIX 8 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE

APPENDIX 9 TO CHAPTER 3 GRADE SYSTEM

Grade Recommendation/ Description	of	Benefit vs. Risk and Burdens	Methodological Quality of Supporting Evidence	Implications
IA/ recommendation, quality evidence	Strong high	Benefits clearly outweigh risk and burdens, or vice versa	RCTs without important limitations or overwhelming evidence from observational studies	Strong recommendation, can apply to most patients in most circumstances without reservation
IB/ recommendation, moderate quality evidence	Strong	Benefits clearly outweigh risk and burdens, or vice versa	RCTs with important limitations (inconsistent results, methodological flaws, indirect, or imprecise) or exceptionally strong evidence from observational studies	Strong recommendation, can apply to most patients in most circumstances without reservation
IC/ recommendation, quality evidence	Strong low	Benefits clearly outweigh risk and burdens, or vice versa	Observational studies or case series	Strong recommendation, but may change when higher quality evidence becomes available
2A/ recommendation, quality evidence	Weak high	Benefits closely balanced with risks and burden	RCTs without important limitations or overwhelming evidence from observational studies	Weak recommendation, best action may differ depending on circumstances or patients' or societal values
2B/ recommendation, moderate quality evidence	Weak	Benefits closely balanced with risks and burden	RCTs with important limitations (inconsistent results, methodological flaws, indirect, or imprecise) or exceptionally strong evidence from observational studies	Weak recommendation, best action may differ depending on circumstances or patients' or societal values
2C/ recommendation, quality evidence	Weak low	Benefits closely balanced with risks and burden	Observational studies or case series	Very weak recommendation, other alternatives may be equally reasonable

APPENDIX 10 TO CHAPTER 3 STUDY EXCLUSION CRITERIA

The following criteria are used to exclude studies from appraisal.

- Studies reporting on:
 - pure pharmacological or dietary interventions
 - treatments which aim to have a physiological effect
 - surgical interventions
- Studies that:
 - are published before 1997
 - reported outcomes for a study population of adults
 - had samples of fewer than ten participants in both treatment and control group
 - were single case presentations/series/reports, this includes experimental studies that used multiple baseline, post-test or pre-test/post-test designs with fewer than ten participants
 - were non-systematic reviews
 - were editorials or expert opinions
 - did not use standardised and/or validated outcome measures and/or outcome measures reported by the parents or tutors
 - are non-published work
 - were published in other languages than English, Dutch, German or French
 - did not clearly describe methods and results or had significant discrepancies
- Some specific criteria:
 - ERIC: only peer reviewed articles
 - PsycInfo: only children and adolescents and only journal articles
 - Embase: only children and adolescents

APPENDIX 11 TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY ADHD

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVEI
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	effect*, efficacy, evaluat*, evidence based, follow*, outcome, hyperkinetic*, ADHD, attention deficit hyperactivity disorder*, hyperactivit*, attention deficit*, attention deficit disorder with hyperactivity*, hyperkinetic syndrome*, therap*, intervention*, treatment*, training, program*, analys*, instruction, model

Date	11January 2008
Database	Web Of Science
Date covered	1997-2007
Search Strategy	(TI=((effect* OR efficacy OR evaluat* OR evidence based OR follow* OR outcome) AND (hyperkinetic* OR ADHD OR attention deficit hyperactivity disorder* OR hyperactivit* OR attention deficit* OR attention deficit disorder with hyperactivity* OR hyperkinetic syndrome*))) OR (TI=((therap* OR intervention* OR treatment* OR training OR program* OR analys* OR

	instruction OR model) AND (hyperkinetic* OR ADHD OR attention deficit hyperactivity disorder* OR hyperactivit* OR attention deficit* OR attention deficit disorder with hyperactivity* OR hyperkinetic syndrome*)) DocType=All document types; Language=English OR Dutch OR French OR German; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI; Timespan=1997-2007
Note	(2281 results)

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVE2
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: Attention Deficit Disorders, Hyperactivity Free keywords: hyperkinetic, ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity, attention deficit, attention deficit disorder with hyperactivity, hyperkinetic syndrome</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation centers, Rehabilitation programs, Child development centers, Special education, Interventions, Behavior modification, Daily living skills, Therapy, Family programs, Child development specialists, Special education teachers, Psychologists Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center, rehabilitation program, child development center, intervention, behavior modification, daily living skill, therapy, therapies, family program, special education teacher, speech language pathologist, speech therapist, physical therapist, occupational therapist, psychologist</p> <p>Thesaurus: Meta Analysis, Guidelines, Literature reviews, Experimental groups, Matched groups, Control groups, Longitudinal studies, Cohort analysis, Research Design, Pretest posttests Free keywords: meta analyse, meta analysis, guideline, literature review, systematic review, control group, longitudinal study, longitudinal studies, followup study, followup studies, follow up study, follow up studies, cohort analyse, cohort analysis, random?ed controlled trial, controlled trial, cohort study, cohort studies, case-control study, case-control studies, case control study, case control studies, intervention study, intervention studies</p> <p>Thesaurus: Outcomes of treatment, Outcomes of education, Program effectiveness, Program evaluation, Observation, Measurement, Measures (individuals), Rating scales, Questionnaires, Quality of life Free keywords: outcome of treatment, outcome of education, program effectiveness, program evaluation, observation, measurement, measure, rating scale, questionnaire, assessment, evaluation, scale</p>

Date	2 February 2008
Database	ERIC by CSA
Date covered	1997-2008
Search Strategy	<p>Search Query #3 (DE=((attention deficit disorders) or hyperactivity)) or ((AB=(hyperkinetic or ADHD or (attention deficit hyperactivity disorder)) or AB=(hyperactivity or (attention deficit) or (attention deficit disorder with hyperactivity)) or AB=(hyperkinetic syndrome)) or (TI=(hyperkinetic or ADHD or (attention deficit hyperactivity disorder)) or TI=(hyperactivity or (attention deficit) or (attention deficit disorder with hyperactivity)) or TI=(hyperkinetic syndrome))) (Copy Query)</p> <p>610 results found in ERIC 2522 results found in COS Scholar Universe: Social Science</p> <p>Date Range: 1997 to 2008 Limited to: Published Works Only; Peer Reviewed</p>
Note	(573 results)

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVE3
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	Hyperkinetic, ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity, attention deficit, attention deficit disorders with hyperactivity, hyperkinetic syndrome, Attention deficit disorders

Date	21 January 2008
Database	CIRRIE
Date covered	1997-2008
Search Strategy	<p>Input in field 'title keywords': Hyperkinetic: 5 results ADHD: 97 results attention deficit hyperactivity disorder: 122 results hyperactivity: 140 results attention deficit: 163 results attention deficit disorders with hyperactivity: 2 results hyperkinetic syndrome: 0 results</p> <p>Input in field 'subject heading': Attention deficit disorders: 0 results</p>
Note	(529 results)

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVE4
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	hyperkinetic, ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity, attention deficit, attention deficit disorder with hyperactivity, hyperkinetic syndrome

Date	21 January 2008
Database	Pedro
Date covered	1997-2008
Search Strategy	<p>Input in field 'abstract and title':</p> <p>hyperkinetic: 0 results ADHD: 4 results attention deficit hyperactivity disorder: 0 results hyperactivity: 5 results attention deficit: 5 results attention deficit disorder with hyperactivity: 0 results hyperkinetic syndrome: 0 results</p>
Note	(14 results)

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVE5
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity Free keywords: attention deficit, hyperkinetic\$, ADHD, attention deficit hyperactivity disorder\$, hyperactivity\$, attention deficit\$, attention deficit disorder with hyperactivity\$, hyperkinetic syndrome\$</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation Centers, Early Intervention (Education), Education, Special, Psychotherapy, Physical Education, Family Therapy, Occupational Therapy, Speech Therapy, Language Therapy, Child Day Care Centers, Education Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center\$, early intervention, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention\$, intervention program\$, physiotherapist\$, speech therapist\$, physical training, treatment, education</p> <p>Thesaurus: Meta-Analysis, Review [Publication Type], Review Literature, Clinical Trials, Practice Guidelines, Epidemiologic Research Design, Epidemiologic studies, Intervention studies Free keywords: meta-analysis, review, review literature, literature review, clinical trials, controlled clinical trial\$, randomized controlled trial\$, multicenter study, multicenter studies, intervention study, intervention studies, case-control study, case-control studies, cohort study, cohort studies, longitudinal study, longitudinal studies, practice guidelines, epidemiologic research design, epidemiologic studies</p> <p>Thesaurus: Treatment Outcome, Outcome Assessment (Health Care), Outcome and Process Assessment (Health Care) Free keywords: outcome, outcome\$ research, outcome\$ assessment\$, patient outcome\$ assessment\$, outcome\$ stud\$, outcome\$ measure\$, outcome\$ evaluation\$</p>

Date	18 January 2008
Database	Medline by OVID
Date covered	1997-2007
Search Strategy	<p>1. exp Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ or attention deficit.mp.</p> <p>2. limit 1 to yr="1997 - 2007"</p> <p>3. (hyperkinetic\$ or ADHD or attention deficit hyperactivity disorder\$ or hyperactivity\$ or attention deficit\$ or attention deficit disorder with hyperactivity\$ or hyperkinetic syndrome\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>4. limit 3 to yr="1997 - 2007"</p> <p>5. 2 or 4</p> <p>6. rehabilitation.mp. or exp Rehabilitation/</p> <p>7. limit 6 to yr="1997 - 2007"</p> <p>8. rehabilitation center\$.mp. or exp Rehabilitation Centers/</p> <p>9. limit 8 to yr="1997 - 2007"</p> <p>10. early intervention.mp. or exp "Early Intervention (Education)"</p> <p>11. limit 10 to yr="1997 - 2007"</p> <p>12. special education.mp. or exp Education, Special/</p> <p>13. limit 12 to yr="1997 - 2007"</p> <p>14. psychotherapy.mp. or exp Psychotherapy/</p> <p>15. limit 14 to yr="1997 - 2007"</p> <p>16. physical education.mp. or exp "Physical Education and Training"/</p> <p>17. limit 16 to yr="1997 - 2007"</p> <p>18. family therapy.mp. or exp Family Therapy/</p> <p>19. limit 18 to yr="1997 - 2007"</p> <p>20. occupational therapy.mp. or exp Occupational Therapy/</p> <p>21. limit 20 to yr="1997 - 2007"</p> <p>22. speech therapy.mp. or Speech Therapy/</p> <p>23. limit 22 to yr="1997 - 2007"</p> <p>24. language therapy.mp. or exp Language Therapy/</p> <p>25. limit 24 to yr="1997 - 2007"</p> <p>26. (intervention\$ or intervention program\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>27. limit 26 to yr="1997 - 2007"</p> <p>28. (physiotherapist\$ or speech therapist\$ or occupational therapist\$ or physical training).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>29. limit 28 to yr="1997 - 2007"</p> <p>30. treatment.mp.</p> <p>31. limit 30 to yr="1997 - 2007"</p> <p>32. child daycare center\$.mp. or exp Child Day Care Centers/</p> <p>33. limit 32 to yr="1997 - 2007"</p> <p>34. education.mp. or exp Education/</p> <p>35. limit 34 to yr="1997 - 2007"</p> <p>36. 7 or 9 or 11 or 13 or 15 or 17 or 19 or 21 or 23 or 25 or 27 or 29 or 31 or 33 or 35</p> <p>37. meta-analysis.mp. or exp Meta-Analysis/</p> <p>38. limit 37 to yr="1997 - 2007"</p> <p>39. review.mp. or exp "Review [Publication Type]"/</p> <p>40. limit 39 to yr="1997 - 2007"</p> <p>41. review literature.mp. or exp "Review Literature"/</p> <p>42. limit 41 to yr="1997 - 2007"</p>

	43. literature review.mp. or "Review Literature"/ 44. limit 43 to yr="1997 - 2007" 45. systematic review\$.mp. 46. limit 45 to yr="1997 - 2007" 47. clinical trials.mp. or exp Clinical Trials/ 48. limit 47 to yr="1997 - 2007" 49. (controlled clinical trial\$ or randomized controlled trial\$ or multicenter study or multicenter studies or intervention study or intervention studies or case-control study or case-control studies or cohort study or cohort studies or longitudinal study or longitudinal studies).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] 50. limit 49 to yr="1997 - 2007" 51. practice guidelines.mp. or exp Practice Guidelines/ 52. limit 51 to yr="1997 - 2007" 53. epidemiologic research design.mp. or exp Epidemiologic Research Design/ 54. limit 53 to yr="1997 - 2007" 55. epidemiologic studies.mp. or exp Epidemiologic Studies/ 56. limit 55 to yr="1997 - 2007" 57. intervention studies.mp. or exp Intervention Studies/ 58. limit 57 to yr="1997 - 2007" 59. 38 or 40 or 42 or 44 or 46 or 48 or 50 or 52 or 54 or 56 or 58 60. treatment outcome.mp. or exp Treatment Outcome/ 61. limit 60 to yr="1997 - 2007" 62. outcome.mp. or exp "Outcome Assessment (Health Care)"/ or exp "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/ 63. limit 62 to yr="1997 - 2007" 64. (outcome\$ research or outcome\$ assessment\$ or patient outcome\$ assessment\$ or outcome\$ stud\$ or outcome\$ measure\$ or outcome\$ evaluation\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] 65. limit 64 to yr="1997 - 2007" 66. (psychiatric status rating scales or outcome scale\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] 67. limit 66 to yr="1997 - 2007" 68. 61 or 63 or 65 or 67 69. 5 and 36 70. 5 and 36 and 59 71. 5 and 36 and 59 and 68 72. limit 71 to ((dutch or english or flemish or french or german) and "all child (0 to 18 years)" and yr="1997 - 2007")
Note	(820 results)

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVE6
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	Thesaurus: attention deficit disorder with hyperactivity Free keywords: hyperkinetic, ADHD, attention deficit

	hyperactivity disorder, hyperactivity, attention deficit, attention deficit disorder with hyperactivity, hyperkinetic syndrome
--	--

Date	23 January 2008															
Database	Cochrane Library															
Date covered	1997-2008															
Search Strategy	<p>via "Advanced search":</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ID</th> <th>Search</th> <th>Hits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#1</td> <td>MeSH descriptor Attention Deficit Disorder with Hyperactivity explode all trees</td> <td>920</td> </tr> <tr> <td>#2</td> <td>(attention deficit disorder with hyperactivity)</td> <td>1162</td> </tr> <tr> <td>#3</td> <td>(attention deficit disorder with hyperactivity):ti,ab,kw</td> <td>1108</td> </tr> <tr> <td>#4</td> <td>(#1 OR #2 OR #3), from 1997 to 2008</td> <td>757</td> </tr> </tbody> </table>	ID	Search	Hits	#1	MeSH descriptor Attention Deficit Disorder with Hyperactivity explode all trees	920	#2	(attention deficit disorder with hyperactivity)	1162	#3	(attention deficit disorder with hyperactivity):ti,ab,kw	1108	#4	(#1 OR #2 OR #3), from 1997 to 2008	757
ID	Search	Hits														
#1	MeSH descriptor Attention Deficit Disorder with Hyperactivity explode all trees	920														
#2	(attention deficit disorder with hyperactivity)	1162														
#3	(attention deficit disorder with hyperactivity):ti,ab,kw	1108														
#4	(#1 OR #2 OR #3), from 1997 to 2008	757														
Note	757															

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVE7
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity Free keywords: attention deficit, hyperkinetic\$, ADHD, attention deficit hyperactivity disorder\$, hyperactivity\$, attention deficit\$, attention deficit disorder with hyperactivity\$, hyperkinetic syndrome\$</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation Centers, Education, Psychotherapy, Physical Education, Family Therapy, Intervention, Treatment, Day Care Centers Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center\$, early intervention, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention\$, intervention program\$, physiotherapist\$, speech therapist\$, physical training, treatment, education</p>

Date	31 January 2008												
Database	PsycInfo by Ovid												
Date covered	1997-2007												
Search Strategy	<table border="1"> <thead> <tr> <th>#</th> <th>Search History</th> <th>Results</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>exp Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ or attention deficit.mp.</td> <td>13537</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>limit 1 to yr="1997 - 2007"</td> <td>9788</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>(hyperkinetic\$ or ADHD or attention deficit hyperactivity disorder\$ or hyperactivity\$ or attention deficit\$ or attention deficit disorder with hyperactivity\$ or hyperkinetic</td> <td>18252</td> </tr> </tbody> </table>	#	Search History	Results	1	exp Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ or attention deficit.mp.	13537	2	limit 1 to yr="1997 - 2007"	9788	3	(hyperkinetic\$ or ADHD or attention deficit hyperactivity disorder\$ or hyperactivity\$ or attention deficit\$ or attention deficit disorder with hyperactivity\$ or hyperkinetic	18252
#	Search History	Results											
1	exp Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ or attention deficit.mp.	13537											
2	limit 1 to yr="1997 - 2007"	9788											
3	(hyperkinetic\$ or ADHD or attention deficit hyperactivity disorder\$ or hyperactivity\$ or attention deficit\$ or attention deficit disorder with hyperactivity\$ or hyperkinetic	18252											

	syndrome\$).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	
4	limit 3 to yr="1997 - 2007"	12442
5	2 or 4	12442
6	exp REHABILITATION/ or rehabilitation.mp.	44869
7	limit 6 to yr="1997 - 2007"	24953
8	rehabilitation center.mp. or exp Rehabilitation Centers/	854
9	limit 8 to yr="1997 - 2007"	370
10	exp EDUCATION/ or education.mp.	171544
11	limit 10 to yr="1997 - 2007"	97000
12	psychotherapy.mp. or exp PSYCHOTHERAPY/	121285
13	limit 12 to yr="1997 - 2007"	61931
14	physical education.mp. or exp Physical Education/	1895
15	limit 14 to yr="1997 - 2007"	1011
16	family therapy.mp. or exp Family Therapy/	15281
17	limit 16 to yr="1997 - 2007"	6772
18	intervention.mp. or exp INTERVENTION/	84203
19	limit 18 to yr="1997 - 2007"	56860
20	exp TREATMENT/ or treatment.mp.	427795
21	limit 20 to yr="1997 - 2007"	246787
22	exp Day Care Centers/ or child daycare center.mp.	584
23	limit 22 to yr="1997 - 2007"	246
24	(rehabilitation or rehabilitation center\$ or early intervention or special education or psychotherapy or physical education or family therapy or occupational therapy or speech therapy or language therapy or intervention\$ or intervention program\$ or physiotherapist\$ or speech therapist\$ or physical training or treatment or education).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	524035
25	limit 24 to yr="1997 - 2007"	308879
26	7 or 9 or 11 or 13 or 15 or 17 or 19 or 21 or 23 or 25	364477
27	5 and 26	5890
28	limit 27 to ((childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>) and (100 childhood <birth to age 12 yrs> or 120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <age 2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs> or 180 school age <age 6 to 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to	3236

	17 yrs>) and (dutch or english or french or german) and yr="1997 - 2007")	
29	limit 28 to journal article	2098
30	exp Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ or attention deficit.mp.	13537
31	limit 30 to yr="1997 - 2007"	9788
32	(hyperkinetic\$ or ADHD or attention deficit hyperactivity disorder\$ or hyperactivity\$ or attention deficit\$ or attention deficit disorder with hyperactivity\$ or hyperkinetic syndrome\$).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	18252
33	limit 32 to yr="1997 - 2007"	12442
34	31 or 33	12442
35	exp REHABILITATION/ or rehabilitation.mp.	44869
36	limit 35 to yr="1997 - 2007"	24953
37	rehabilitation center.mp. or exp Rehabilitation Centers/	854
38	limit 37 to yr="1997 - 2007"	370
39	exp EDUCATION/ or education.mp.	171544
40	limit 39 to yr="1997 - 2007"	97000
41	psychotherapy.mp. or exp PSYCHOTHERAPY/	121285
42	limit 41 to yr="1997 - 2007"	61931
43	physical education.mp. or exp Physical Education/	1895
44	limit 43 to yr="1997 - 2007"	1011
45	family therapy.mp. or exp Family Therapy/	15281
46	limit 45 to yr="1997 - 2007"	6772
47	intervention.mp. or exp INTERVENTION/	84203
48	limit 47 to yr="1997 - 2007"	56860
49	exp TREATMENT/ or treatment.mp.	427795
50	limit 49 to yr="1997 - 2007"	246787
51	exp Day Care Centers/ or child daycare center.mp.	584
52	limit 51 to yr="1997 - 2007"	246
53	(rehabilitation or rehabilitation center\$ or early intervention or special education or psychotherapy or physical education or family therapy or occupational therapy or speech therapy or language therapy or intervention\$ or intervention program\$ or physiotherapist\$ or speech therapist\$ or physical training or treatment or education).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	524035

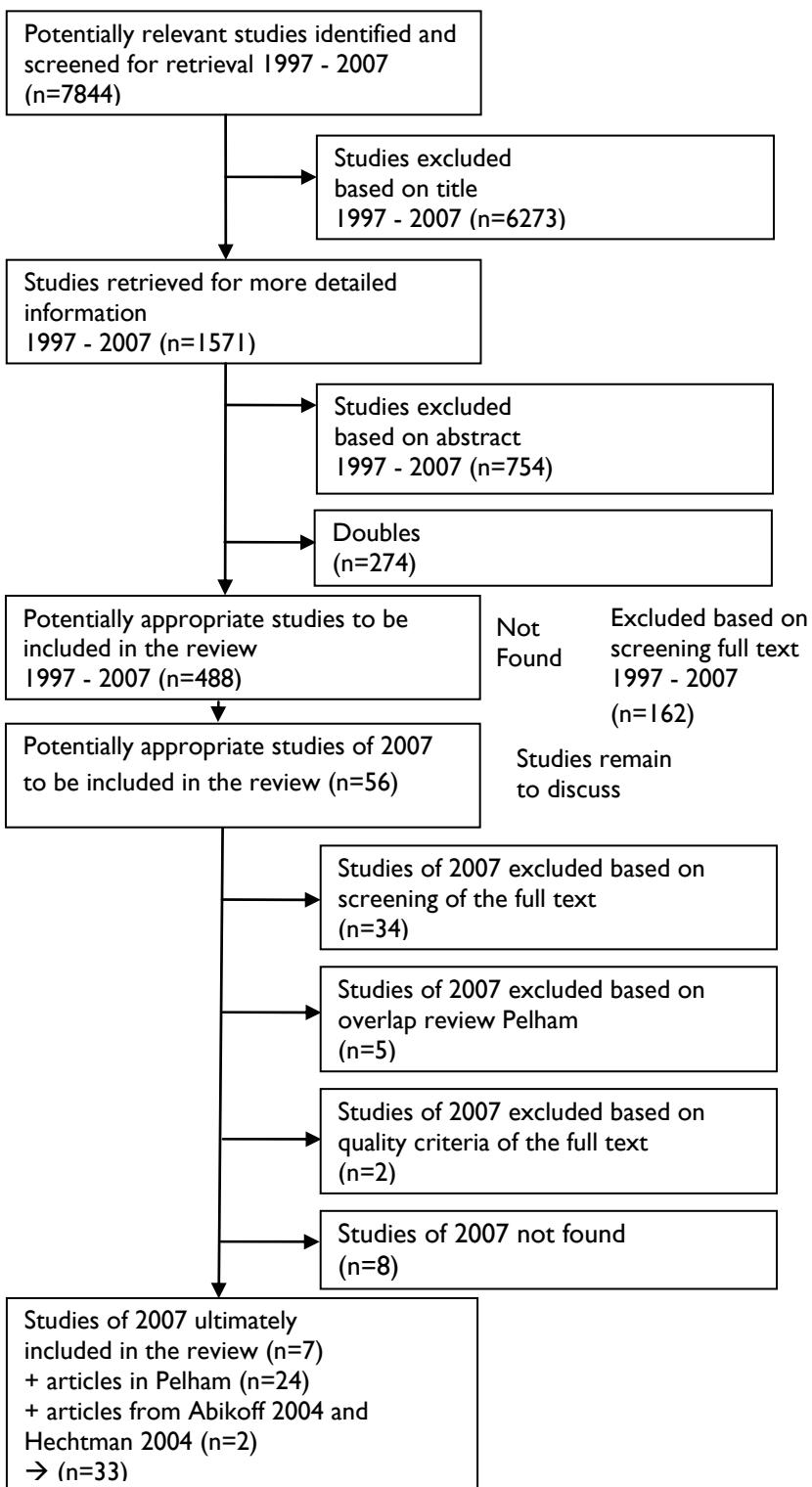
	54 limit 53 to yr="1997 - 2007"	308879
	55 36 or 38 or 40 or 42 or 44 or 46 or 48 or 50 or 52 or 54	364477
	56 34 and 55	5890
	57 limit 56 to ((childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>) and (100 childhood <birth to age 12 yrs> or 120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <age 2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs> or 180 school age <age 6 to 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>) and (dutch or english or french or german) and yr="1997 - 2007")	3236
	58 limit 57 to journal article	2098
Note	2098 results	

Author	Sofie Van Erdeghem
Name	SVE8
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: attention deficit disorder Free keywords: attention deficit disorder, hyperkinetic*, ADHD, attention deficit hyperactivity disorder*, attention deficit*, attention deficit disorder*, attention deficit disorder with hyperactivity*, hyperkinetic syndrome</p> <p>Thesaurus: therapy, education psychiatric treatment Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center*, early intervention*, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention*, intervention program*, physiotherapist*, speech therapist*, physical training, treatment*, education</p>

Date	30 January 2007
Database	Embase
Date covered	1997-2008
Search Strategy	<p>20 #16 AND #19 772 19 ('practice guideline'/exp) OR ('meta157,306 analysis'/exp) OR ('systematic review'/exp) AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py</p> <p>18 #16 AND #17 5,409 17 ('practice guideline'/exp) OR ('meta2,044,377 analysis'/exp) OR ('systematic review'/exp) OR ('randomized controlled trial'/exp) OR ('experimental study'/exp) OR ('controlled study'/exp) OR ('controlled clinical trial'/exp) OR ('quasi experimental study'/exp) AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py</p> <p>16 #10 AND #15 12,764 15 #11 OR #12 OR #13 OR #14 2,419,303</p> <p>14 (('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation') OR 1,358,583 ('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation')) OR (('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation') OR ('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation')) AND</p>

	center* OR early AND intervention* OR special AND (('education'/exp OR 'education') OR ('education'/exp OR 'education')) OR (('psychotherapy'/exp OR 'psychotherapy') OR ('psychotherapy'/exp OR 'psychotherapy')) OR physical AND (('education'/exp OR 'education') OR ('education'/exp OR 'education')) OR (('family'/exp OR 'family') OR ('family'/exp OR 'family')) AND ((('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('therapy'/exp OR 'therapy')) OR occupational AND ((('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('therapy'/exp OR 'therapy')) OR ((('speech'/exp OR 'speech') OR ('speech'/exp OR 'speech')) AND ((('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('language'/exp OR 'language') OR ('language'/exp OR 'language')) AND (('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('therapy'/exp OR 'therapy')) OR intervention* OR intervention AND program* OR physiotherapist* OR ((('speech'/exp OR 'speech') OR ('speech'/exp OR 'speech')) AND therapist* OR physical AND ((('training'/exp OR 'training') OR ('training'/exp OR 'training')) OR treatment* OR ((('education'/exp OR 'education') OR ('education'/exp OR 'education')) AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py
13	((('psychiatric treatment'/exp OR 'psychiatric72,214 treatment') AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py)
12	((('education'/exp OR 'education') AND219,078 [embase]/lim AND [1997-2008]/py)
11	((('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('therapy'/exp1,955,473 OR 'therapy')) AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py)
10	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #721,511 OR #8 OR #9
9	hyperkinetic AND syndrome AND184 [embase]/lim AND [1997-2008]/py
8	attention AND deficit AND disorder AND5,510 with AND hyperactivity* AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py
7	attention AND deficit AND disorder* AND12,748 [embase]/lim AND [1997-2008]/py
6	attention AND deficit* AND [embase]/lim15,810 AND [1997-2008]/py
5	hyperactivit* AND [embase]/lim AND [1997-11,647 2008]/py
4	attention AND deficit AND hyperactivity AND6,476 disorder* AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py
3	adhd AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py 5,313
2	hyperkinetic* AND [embase]/lim AND [1997-661 2008]/py
1	((('attention deficit disorder'/exp OR 'attention12,010 deficit disorder') AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py)
Note	772 results

APPENDIX 12 TO CHAPTER 3 FLOW LITERATURE ADHD



APPENDIX 13 TO CHAPTER 3 EVIDENCE TABLES LITERATURE ADHD

APPENDIX 14 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE BASED ON THE REVIEW OF PELHAM & FABIANO (2008)

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation/ Measuresa	Reported effects (effect size...)		
								ES BI vs. No treatment	ES BI vs. alternative treatment	ES BI change score
Between-group studies										
Frankel et al.e,g	1997	1. Waitlist. 2. BPT + child SST	PhD level psychologists or licensed social worker	74	6-12	to demonstrate generalization of an outpatient social skills training program when parents were trained in skills	2, 6	N/A	N/A	N/A
Tynan et al. e	1999	1. Pre-post: BPT + child social skills group	Therapists	55	5-11		2	N/A	N/A	0.89
McCleary & Ridley e	1999	1. Pre-post: BPT	Experienced clinicians	103	12-17	to evaluate a clinic based, parents skills training and education group for parents of adolescents with ADHD	2,13	N/A	N/A	0.49
MTACG e,f	1999*	1. Community comparison group (2/3 medicated). 2. BI. 3. Medication Management. 4. 2 + 3	Ph.D. parent trainers/ school consultants; para-professional class/ STP	579	7-9	to demonstrate longer-term efficacy of pharmacotherapy and behavior therapy for ADHD	2,4,6,8, 10	N/A	BI vs. community comparison = -.01; BI vs. MPH = -.24	0.55
Weinberg (34, 4.33-	1999	1. Pre-post assessment of	Child Psychologist	34	4.33-12.83	to examine the effectiveness of PT for	2,3,13	N/A	N/A	.49

12.83)e		BPT				children with ADHD				
Pelham et al.g	2000	1. BI 2. BI + MPH	STP counselors and teachers	117	7-9	to investigate the efficacy of combined treatment in presence of intensive BI and the effect of incremental medication on the rate of improvement	2,6,7,10,11,12,14	N/A	ES BI alone vs. BI + Medication = -.21	N/A
Barkley et al. e,f	2000	1. No treatment control 2. BCM 3. BPT 4. 2 and 3.	Child psychologist for PT; district teacher/aide in class	158	4.5-6	to demonstrate the efficacy of an early school-based intervention	1,2,3,5,6,8,9,12	BCM = -.03. BPT = -.02. Combined = -.02.	N/A	N/A
Barkley et al.e	2001	1. PT 2. Problem solving communication training (PSCT) (8 week outcomes used)	Ph.D clinical psychologist	97	12-18	to evaluate the differential efficacy of PSCT alone, BMT alone and their combination	1,2,4,11	N/A	-0.13	0.51 (nine-week BPT)
Sonuga-Barke et al. e	2001	1. Waitlist. 2. Parent counseling/support. 3. BPT.	Specially trained health visitor therapists	78	3 years old	to evaluate 2 different parent-based therapies for preschool ADHD in a community sample	2,3,15	PT vs. Waitlist = .63.	PT vs. Attention placebo = .66.	0.82
Miranda et al.f	2002	1. Teacher training. 2. Untreated control group	Regular classroom teachers who received training	50	8-9	to evaluate the efficacy of a multicomponent program for treating ADHD carried out by teachers in a classroom context	2,5,6,8,9	0.44 (only applicable measures)	N/A	.78
Bor et al.e	2002	1. Enhanced BPT. 2. Standard BPT . 3. Waitlist	Ph.D. level clinical psychologist	87	3	to compare the effectiveness of enhanced BPT with standard BPT waitlist control group	1,2,3,13,14	0.70	N/A	1.63
Hoath &	2002	1. Enhanced	Ph.D. level	20	5-9	to examine the efficacy	2,3,4,13	0.47	N/A	0.59

Sanderse		Behavioral Family Intervention 2. Waitlist	psychologist			of an ADHD-specific, enhanced group triple P intervention				
Antshel & Remerg	2003	1. SST program 2. Wait-list	Graduate student.	120	8-12	to evaluate the efficacy of SST on children with ADHD	2,11	0.29	N/A	0.84
Tutty et al.e	2003	1. BPT + child SST group 2. Wait-list	Master's level therapist	100	5-12	to evaluate the effectiveness of a behavioral and social skill class for children with ADHD	2,3,6	N/A	N/A	0.61
Dopfner, et al. e,f	2004	1. Behavior Modification first 2. Medication first	Therapist	75	6-10	to evaluate the effectiveness of behavior therapy and drug treatment within a tailored multimodal treatment for children with ADHD	2,6	N/A	.20	.80
Sonuga-Barke, et al.e	2004	1. BPT 2. Wait-list	Health visitors	89	3	to assess the effectiveness of a parent training program when delivered as part of routine primary care by non-specialist nurses	2,3	N/A	N/A	N/A
Evans et al., Study If,g	2005	1. Behavioral after-school program 2. Community comparison	School-based counselors	27	11-14	N/A	2,6,8	N/A	N/A	N/A
Evans et al., Study 2f,g	2005	1. Pre-post assessment of after-school program	School-based counselors	35	11-14	N/A	2,6	N/A	N/A	N/A
Kapalkae	2005	1. Behavioral	Ph.D. level	86	5-10	to investigate the	6	1.31	N/A	1.52

		consultation. 2. Wait-list control	psychologist			effectiveness of reducing repetition of commands in obtaining compliance				
Owens, et al.e,f	2005	1. Behavioral Consultation 2. Waitlist	School-based consultants	42	Kindergarten- sixth grade	N/A	2,6,8,13	.20	N/A	-.16
Danforth, et al.e	2006	1. Pre-post assessment of BPT	Ph.D clinical psychologist	49	4-12	to evaluate the effects of group parent training	2,14	N/A	N/A	0.57
Evans et al.e,f,g	2007	1. School-based behavioral consultation 2. Community comparison	School Psychologists and school staff	79	11-14	to compare outcomes for participants in a treatment group receiving CHP-C and a community care control group	2,6	N/A	N/A	N/A
Pelham et al.d,e,f,g	Under review a	1. Low BI 2. High BI 3. No treatment, alone and combined with MPH	STP counselors and teachers	154	6-12		2,3,6,7,12,14	Low BI = .40. High BI = .63.	Low BI vs. .3 mg/kg MPH = -.18. High BI vs. .3 mg/kg MPH = .11.	N/A
Within-subject design										
Kolko et al.f,g	1999	Cross-over study of MPH and BI	Teachers and para-professionals	16	6.9-12.9	to evaluate the combined interventions for comorbid ADHD children	6,12,14	0.64	MPH (.3 mg/kg) is alternative treatment. ES = .33 in classroom and -.39 in Enrichment setting	N/A
Chronis, Fabiano, et al.f,g	2004	Treatment withdrawal study of intensive STP	STP counselors and teachers	44	6-13	to evaluate the effectiveness of the STP	6,7,12,14	2.39 (reported in tables in paper)	N/A	N/A

Fabiano et al.f,g	2004	Cross-over study of three types of time out procedures vs. no time out	Teachers and para-professional counselors	44	6-12	to examine the effects of time-out on children's behavior within the context of an intensive STP at 2 sites	6,12,14	.10 (addition of time out to STP treatment)	N/A	N/A
Pelham, Burrows-MacLean, et al.f,g	2005	Cross over study comparing BI and MPH and combination	STP counselors and teachers	29	6-12	to compare the dose-response of medication both in present and absence of intensive BI	2,3,6,7,12,14	0.91	BI vs. MPH = -.30	N/A
Fabiano et al.d,f	2007	Cross-over: 3 intensities of BI vs. placebo/3 doses of MPH and their combination	STP classroom teachers	48	5-12	to investigate the single and combined effects of multiple intensities of behavior modification and stimulant medication treatment	7,14	Low BI = .46; High BI = .61	Low BI vs. Low MPH (.3 mg/kg) = -.27; High BI vs. High MPH (.6 mg/kg) = -.23	N/A
Pelham et al.d,g	Under review b	Cross-over: 3 intensities of BI vs. placebo/3 doses of MPH and their combination	STP para-professional counselors	48	5-12		12,14	Low BI = .29; High BI = .42	Low BI vs. Low MPH (.3 mg/kg) = -.39; High BI vs. High MPH (.6 mg/kg) = -.44	N/A

Notes: BI = behavioral interventions. MPH = Methylphenidate. N/A = Not applicable. BPT = Parent Training. BCM = Behavioral Classroom Management. STP = summer treatment program. BMT = Behavior Management Training. CHP-C = Challenging Horizons Program Consultation. ES=Effect size
 a1= Parent-child observations, 2=Parent ratings, 3=Parental functioning, 4=Family functioning, 5=Classroom observations, 6=Teacher ratings, 7=Academic productivity, 8=Academic achievement, 9= Cognitive tests, 10=Peer relationships, 11=Child self ratings, 12=Clinician ratings, 13=Consumer satisfaction ratings, 14=Behavior frequency counts, 15=Activity level measures, 16=Recreational setting observations.

bThese ES are an underestimate because one subject's ES could not be computed due to the mean and SD in the no treatment condition being 0%, but this child evidenced large behavioral improvement favoring BI.

cEstimated ES from graphs of on-task behavior for the response cost token economy condition.

dSeparate reports from the same study.

eContributed to criteria for behavioral parent training.

fContributed to criteria for contingency management in classroom settings.

gContributed to criteria for contingency management in peer/recreational settings.

* In addition to the MTA primary outcome study, numerous other studies report on treatment related outcomes, the total of which would comprise their own review. For a representative sample, see Arnold et al., 2003; Conners et al., 2001; Hinshaw et al., 2002; Hoza, Owens, Pelham, Swanson, Conners, Hinshaw, et al., 2000; Jensen et al., 2001; MTACG, 1999a, 1999b, in press; Owens et al., 2003; and Swanson et al., 2001.

APPENDIX 15 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: STUDIES 2007 AND MULTIMODAL TREATMENT

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)				
Van Den Hoofdakker et al.	2007	1. BPT + RCC 2. RCC	Senior child and adolescent psychiatrists and experienced psychologists	94	4-12	try to enlarge the generalizability of the results to clinical practice and to enhance the potential effects of BPT by offering BPT in addition to RCC	Telephone calls by psychologists CBCL CPRS-R:S Parent Stress Index	Domain Behavior reinforcing ADHD symptoms Internalizing problems Parenting stress	Treatment Group BPT+RCC RCC BPT+RCC RCC BPT+RCC RCC BPT+RCC RCC BPT+RCC RCC	ES Pre to Post 0.93 0.54	ES Pre to FU 1.04 0.49 0.35 0.38 0.34 0.39	Cochrane: 6/10 Gersten: 13/14

Pfiffner et al.	2007	1. CLASS 2. Control group	Clinical Psychologist Postdoctoral Psychology fellows Psychology graduate student	69	7-11	to evaluate the efficacy of the CLASS in children	Child Symptom Inventory SCT Scale SSRS COSS Test of Life Skill Knowledge Clinical Global Impressions- Improvement	Domain DSM-IV Inattention symptoms SCT symptoms Functional impairment	ES Pre to Post 0.184 0.19	ES Pre to FU 0.09 0.11 0.224 0.056 0.112 0.173 0.644	Cochrane: 7/10 Gersten: 13/14
Prasad et al.	2007	1. Atomoxetine 2. SCT	Child and adolescent psychiatrists or paediatricians	20 I	7-15	to give insight into the impaired functioning of children with ADHD and to assess the effectiveness of atomoxetine in comparison with standard current therapies	CHIP-CE FBIM ADHD-RS CGI-S CGI-I HSPP	N/A		Cochrane: 5/10 Gersten: 11/14	
Shalev et al.	2007	1. CPAT 2. Control	Research assistant	36	6-13	to demonstrate that attentional	Tests: passage copying, math	Domain	ES Pre to Post	Cochrane: 5/10	

		group				training children in with can primarily improve academic performance	exercises, reading comprehension Parents' rating scale	Reading comprehension Speed of copying Inattention symptoms	012 0.17 0.29	Gersten: 11/14	
Van der Oord et al.	2007	1. Treatment of methylphenidate 2. Treatment with methylphenidate combined with multimodal behavior therapy	Experienced child-psychologists	50	8-12	the additional value of a short-term, clinically based, intensive multimodal behavior therapy to optimally titrated methylphenidate in children with ADHD	DBDRS SSRS PSI SPPC STAIC	Domain ADHD ODD CD Social skills Parenting stress Self-worth Anxiety	ES 0.59 0.53 0.25 0.31 0.24 0.26 0.36 0.37 0.21 0.09 0.25	Group ES 0.00 0.01 0.01 0.01 0.00 0.00 0.01 0.02 0.00 0.00 0.00	Cochrane: 4/10 Gersten: 13/14
Swanson et al.	2007	1. Community comparison group (2/3 medicated). 2. Bl. 3. Medication Management. 4.	Ph.D. trainers/ parent school consultants; para-professional class/ STP	48	10-13	to evaluate that self-selection bias contributed a lack of medication advantage at the	SNAP	Q1 Q2 Q3 Q4 Q5	Q2 Q3 Q4 Q5	Cochrane: 6/10 Gersten: 12/14	

		2 + 3					36-month assessment of the MTA and that overall improvement over time obscured treatment effects in subgroups with different outcome trajectories		At 14 months	0.35	0.76	0.24	0.27	0.80	
--	--	-------	--	--	--	--	---	--	--------------	------	------	------	------	------	--

MULTIMODAL TREATMENT

Jensen et al.	2007	1. Community comparison group (2/3 medicated). 2. BI. 3. Medication Management. 4. 2 + 3	Ph.D. trainers/ consultants; parent school class/ para-professional STP	48 5	10-13	to fill some of the gaps in the understanding of long-term ADHD outcomes and their relationship to medication persistence	SNAP WIAT Social Skills Rating System Columbia Impairment Scale	Domain	ES at 14 months	ES Pre to at 36 months	Cochrane: 6/10
								ADHD	0.86	0.10	Gersten: 12/14
								ODD	0.49	0.06	
								Impairment	0.37	0.02	
								Social Skills	0.42	0.04	
								Reading achievement	0.12	0.05	
Abikoff et al.	2004	1. Methylphenidate alone 2. Methylphenidate plus multimodal psychosocial	Teacher, Psychiatrist, Trained observers	10 3	7-9	to test the advantage of the combination of methylphenidate with intensive multimodal psychosocial	Conners Parent Rating Scale Home Situations Questionnaire	N/A			Cochrane: 5/10 Gersten: 13/14

		treatment 3. Methylphenidate plus attention psychosocial control treatment				treatment in children with ADHD	Conners Teacher Rating Scale School Situations Questionnaire DSM-III R C-GAS Classroom Observation Code CTRS Hyperkinesis Index IOWA CTRS		
Hechtman et al.	2004	1. Methylphenidate alone 2. Methylphenidate plus multimodal psychosocial treatment 3. Methylphenidate plus attention control treatment	Teachers, Master's degree-level special education teachers, Experienced therapists, College-level nonspecialists	10 3	7-9	to test the advantage of the combination of methylphenida with intensive multimodal psychosocial treatment in children with ADHD	Stanford Achievement Test Homework Problem Checklist CDI The Piers- Harris Children's Self- Concept Scale	N/A	Cochrane: 5/10 Gersten: 13/14

APPENDIX 16 TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY TABLES PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS

Author	Stefanie Pieters
Name	SI
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	effect*, efficacy, evaluat*, evidence based, follow*, outcome, autistic*, autism*, pervasive developmental disorder*, asperger, therap*, intervention*, treatment*, training program*, analys*, instruction, model

Date	18 December 2007
Database	Web Of Science
Date covered	1997-2007
Search Strategy	(TI=((effect* OR efficacy OR evaluat* OR evidence based OR follow* OR outcome) AND (autistic* OR autism* OR pervasive developmental disorder* OR asperger))) OR (TI=((therap* OR intervention* OR treatment* OR training OR program* OR analys* OR instruction OR model) AND (autistic* OR autism* OR pervasive developmental disorder* OR asperger))) DocType>All document types; Language=English OR Dutch OR French OR German; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI; Timespan=1997-2007
Note	(1372 results)

Author	Stefanie Pieters
Name	S2
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: Pervasive Developmental Disorders Free keywords: autism spectrum disorder, autistic, pervasive developmental disorder</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation centers, Rehabilitation programs, Child development centers, Special education, Interventions, Behavior modification, Daily living skills, Therapy, Family programs, Child development specialists, Special education teachers, Psychologists Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center, rehabilitation program, child development center, intervention, behavior modification, daily living skill, therapy, therapies, family program, special education teacher, speech language pathologist, speech therapist, physical therapist, occupational therapist, psychologist</p> <p>Thesaurus: Meta Analysis, Guidelines, Literature reviews, Experimental groups, Matched groups, Control groups, Longitudinal studies, Cohort analysis, Research Design, Pretest posttests Free keywords: meta analyse, meta analysis, guideline, literature review, systematic review, control group,</p>

	<p>longitudinal study, longitudinal studies, followup study, followup studies, follow up study, follow up studies, cohort analyse, cohort analysis, random?ed controlled trial, controlled trial, cohort study, cohort studies, case-control study, case-control studies, case control study, case control studies, intervention study, intervention studies</p> <p>Thesaurus: Outcomes of treatment, Outcomes of education, Program effectiveness, Program evaluation, Observation, Measurement, Measures (individuals), Rating scales, Questionnaires, Quality of life</p> <p>Free keywords: outcome of treatment, outcome of education, program effectiveness, program evaluation, observation, measurement, measure, rating scale, questionnaire, assessment, evaluation, scale</p>
--	---

Date	22 January 2008		
Database	ERIC by EBSCOhost		
Date covered	1997-2008		
Search Strategy	See below		
Note	340 results		
#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via
S18	SI4 and S11 and S8 and S3	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC
S17	SI4 and S8 and S3	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC
S16	S11 and S8 and S3	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC
S15	S8 and S3	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC
S14	SI3 or SI2	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC
S13	(TI outcome of treatment OR TI outcome of education OR TI program effectiveness OR TI program evaluation OR TI observation OR TI measurement OR TI measure OR TI rating scale OR TI questionnaire OR TI assessment OR TI evaluation OR TI scale) or (AB outcome of treatment OR AB outcome of education OR AB program effectiveness OR AB program evaluation OR AB observation OR AB measurement OR AB measure OR AB rating scale OR AB	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC

	questionnaire OR AB assessment OR AB evaluation OR AB scale)			
S12	(DE "Outcomes of Treatment") OR (DE "Outcomes of Education") OR (DE "Program Effectiveness") OR (DE "Program Evaluation") OR (DE "Observation" OR DE "Naturalistic Observation" OR DE "Participant Observation" OR DE "School Visitation") OR (DE "Measurement" OR DE "Achievement Rating" OR DE "Cognitive Measurement" OR DE "Merit Rating" OR DE "Predictive Measurement" OR DE "Scoring") OR (DE "Measures (Individuals)" OR DE "Affective Measures" OR DE "Attitude Measures" OR DE "Biographical Inventories" OR DE "Interest Inventories" OR DE "Personality Measures" OR DE "Projective Measures" OR DE "Questionnaires" OR DE "Rating Scales" OR DE "Tests") OR (DE "Rating Scales" OR DE "Behavior Rating Scales" OR DE "Likert Scales" OR DE "Semantic Differential") OR (DE "Questionnaires") OR (DE "Quality of Life" OR DE "Quality of Working Life" OR DE "Well Being")	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	9488
SII	S10 or S9	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	5480
S10	(TI meta analyse OR TI meta analysis OR TI guideline OR TI literature review OR TI systematic review OR TI control group OR TI longitudinal study OR TI longitudinal studies OR TI follow up study OR TI follow up studies OR TI followup study OR TI followup studies OR TI cohort analyse OR TI cohort analysis OR TI random?ed controlled trial OR TI controlled trial OR TI cohort study OR TI cohort studies OR TI case-control study OR TI case-control studies OR TI case control study OR TI case control studies OR TI intervention study OR TI intervention studies OR TI research design OR TI quasiexperimental design OR TI quasi experimental design OR TI pretest posttest) or (AB meta analyse OR AB meta analysis OR AB guideline OR AB literature review OR AB systematic review OR AB control group OR AB longitudinal study OR AB longitudinal studies OR AB follow	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	3308

	up study OR AB follow up studies OR AB followup study OR AB followup studies OR AB cohort analyse OR AB cohort analysis OR AB randomi?ed controlled trial OR AB controlled trial OR AB cohort study OR AB cohort studies OR AB case-control study OR AB case-control studies OR AB case control study OR AB case control studies OR AB intervention study OR AB intervention studies OR AB research design OR AB quasiexperimental design OR AB quasi experimental design OR AB pretest posttest)			
S9	(DE "Meta Analysis") OR (DE "Guidelines" OR DE "Facility Guidelines") OR (DE "Literature Reviews") OR (DE "Experimental Groups") OR (DE "Matched Groups") OR (DE "Control Groups") OR (DE "Longitudinal Studies" OR DE "Followup Studies") OR (DE "Cohort Analysis") OR (DE "Research Design" OR DE "Quasiexperimental Design") OR (DE "Pretests Posttests")	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	4141
S8	S7 or S6 or S5 or S4	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	6726
S7	(TI therapy OR TI therapies OR TI family program OR TI special education teacher OR TI speech language pathologist OR TI speech therapist OR TI physical therapist OR TI occupational therapist OR TI psychologist) or (AB therapy or AB therapies OR AB family program OR AB special education teacher OR AB speech language pathologist OR AB speech therapist OR AB physical therapist OR AB occupational therapist OR AB psychologist)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	1411
S6	(DE "Therapy" OR DE "Art Therapy" OR DE "Bibliotherapy" OR DE "Drug Therapy" OR DE "Educational Therapy" OR DE "Group Therapy" OR DE "Hearing Therapy" OR DE "Music Therapy" OR DE "Occupational Therapy" OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Speech Therapy" OR DE "Therapeutic Recreation") OR (DE "Family Programs") OR (DE "Child Development Specialists") OR (DE "Special Education Teachers") OR (DE "Psychologists" OR DE "School	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	1763

	Psychologists")			
S5	(TI rehabilitation OR TI rehabilitation center OR TI rehabilitation program OR TI child development center OR TI intervention OR TI behavior modification OR TI daily living skill) or (AB rehabilitation OR AB rehabilitation center OR AB rehabilitation program OR AB child development center OR AB intervention OR AB behavior modification OR AB daily living skill)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	4013
S4	(DE "Rehabilitation" OR DE "Correctional Rehabilitation" OR DE "Drug Rehabilitation" OR DE "Vocational Rehabilitation") OR (DE "Rehabilitation Centers") OR (DE "Rehabilitation Programs" OR DE "Dropout Programs") OR (DE "Child Development Centers") OR (DE "Special Education" OR DE "Adapted Physical Education") OR (DE "Intervention" OR DE "Crisis Intervention" OR DE "Early Intervention" OR DE "Prereferral Intervention") OR (DE "Behavior Modification" OR DE "Contingency Management" OR DE "Desensitization") OR (DE "Daily Living Skills")	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	3842
S3	S2 or S1	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	1041
S2	(TI autism spectrum disorder or TI autistic or TI pervasive developmental disorder) or (AB autism spectrum disorder or AB autistic or AB pervasive developmental disorder)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	525
S1	DE "Pervasive Developmental Disorders" OR DE "Asperger Syndrome" OR DE "Autism"	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	1030

Author	Stefanie Pieters
Name	S3
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	autistic, autism, pervasive developmental disorder, asperger Autism, Developmental disabilities, Psychiatric disabilities

Date	17 December 2007
Database	CIRRIE
Date covered	1997-2007
Search Strategy	<p>Input in field 'title keywords':</p> <p>autistic: 52 results</p> <p>autism: 143 results</p> <p>pervasive developmental disorder: 18 results</p> <p>asperger: 27 results</p> <p>Input in field 'subject heading':</p> <p>Autism: 214 results</p> <p>Developmental disabilities: 7 results</p> <p>Psychiatric disabilities: 16 results</p>
Note	

Author	Stefanie Pieters
Name	S4
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	autistic, autism, pervasive, developmental disorder, asperger

Date	17 December 2007
Database	Pedro
Date covered	1997-2007
Search Strategy	<p>Input in field 'abstract and title':</p> <p>autistic: 1 result</p> <p>autism: 1 result</p> <p>pervasive: 3 results</p> <p>developmental disorder: 11 results</p> <p>asperger: 0 results</p>
Note	

Author	Stefanie Pieters
Name	S5
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: Child Development Disorders, Pervasive Free keywords: child development pervasive disorders, autistic disorder\$, asperger syndrome\$, autism, pervasive developmental disorder\$, autistic spectrum disorder\$, autistic</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation Centers, Early Intervention (Education), Education, Special, Psychotherapy, Physical Education, Family Therapy, Occupational Therapy, Speech Therapy, Language Therapy, Child Day Care Centers, Education Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center\$, early intervention, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention\$, intervention program\$, physiotherapist\$, speech therapist\$, physical</p>

	<p>training, treatment, education</p> <p>Thesaurus: Meta-Analysis, Review [Publication Type], Review Literature, Clinical Trials, Practice Guidelines, Epidemiologic Research Design, Epidemiologic studies, Intervention studies</p> <p>Free keywords: meta-analysis, review, review literature, literature review, clinical trials, controlled clinical trial\$, randomized controlled trial\$, multicenter study, multicenter studies, intervention study, intervention studies, case-control study, case-control studies, cohort study, cohort studies, longitudinal study, longitudinal studies, practice guidelines, epidemiologic research design, epidemiologic studies</p> <p>Thesaurus: Treatment Outcome, Outcome Assessment (Health Care), Outcome and Process Assessment (Health Care)</p> <p>Free keywords: outcome, outcome\$ research, outcome\$ assessment\$, patient outcome\$ assessment\$, outcome\$ stud\$, outcome\$ measure\$, outcome\$ evaluation\$</p>
--	--

Date	18 January 2008
Database	Medline by OVID
Date covered	1997-2007
Search Strategy	<p>1. exp Child Development Disorders, Pervasive/ or child development pervasive disorders.mp.</p> <p>2. limit 1 to yr="1997 - 2007"</p> <p>3. (autistic disorder\$ or asperger syndrome\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>4. limit 3 to yr="1997 - 2007"</p> <p>5. (autism or pervasive developmental disorder\$ or autistic spectrum disorder\$ or autistic).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>6. limit 5 to yr="1997 - 2007"</p> <p>7. 2 or 4 or 6</p> <p>8. rehabilitation.mp. or exp Rehabilitation/</p> <p>9. limit 8 to yr="1997 - 2007"</p> <p>10. rehabilitation center\$.mp. or exp Rehabilitation Centers/</p> <p>11. limit 10 to yr="1997 - 2007"</p> <p>12. early intervention.mp. or exp "Early Intervention (Education)"</p> <p>13. limit 12 to yr="1997 - 2007"</p> <p>14. special education.mp. or exp Education, Special/</p> <p>15. limit 14 to yr="1997 - 2007"</p> <p>16. psychotherapy.mp. or exp Psychotherapy/</p> <p>17. limit 16 to yr="1997 - 2007"</p> <p>18. physical education.mp. or exp "Physical Education and Training"/</p> <p>19. limit 18 to yr="1997 - 2007"</p> <p>20. family therapy.mp. or exp Family Therapy/</p> <p>21. limit 20 to yr="1997 - 2007"</p> <p>22. occupational therapy.mp. or exp Occupational Therapy/</p> <p>23. limit 22 to yr="1997 - 2007"</p> <p>24. speech therapy.mp. or Speech Therapy/</p> <p>25. limit 24 to yr="1997 - 2007"</p>

26. language therapy.mp. or exp Language Therapy/
27. limit 26 to yr="1997 - 2007"
28. (intervention\$ or intervention program\$).mp.
[mp=title, original title, abstract, name of substance word,
subject heading word]
29. limit 28 to yr="1997 - 2007"
30. (physiotherapist\$ or speech therapist\$ or occupational
therapist\$ or physical training).mp. [mp=title, original title,
abstract, name of substance word, subject heading word]
31. limit 30 to yr="1997 - 2007"
32. treatment.mp.
33. limit 32 to yr="1997 - 2007"
34. child daycare center\$.mp. or exp Child Day Care
Centers/
35. limit 34 to yr="1997 - 2007"
36. education.mp. or exp Education/
37. limit 36 to yr="1997 - 2007"
38. 9 or 11 or 13 or 15 or 17 or 19 or 21 or 23 or 25 or
27 or 29 or 31 or 33 or 35 or 37
39. meta-analysis.mp. or exp Meta-Analysis/
40. limit 39 to yr="1997 - 2007"
41. review.mp. or exp "Review [Publication Type]"/
42. limit 41 to yr="1997 - 2007"
43. review literature.mp. or exp "Review Literature"/
44. limit 43 to yr="1997 - 2007"
45. literature review.mp. or "Review Literature"/
46. limit 45 to yr="1997 - 2007"
47. systematic review\$.mp.
48. limit 47 to yr="1997 - 2007"
49. clinical trials.mp. or exp Clinical Trials/
50. limit 49 to yr="1997 - 2007"
51. (controlled clinical trial\$ or randomized controlled
trial\$ or multicenter study or multicenter studies or
intervention study or intervention studies or case-control
study or case-control studies or cohort study or cohort
studies or longitudinal study or longitudinal studies).mp.
[mp=title, original title, abstract, name of substance word,
subject heading word]
52. limit 51 to yr="1997 - 2007"
53. practice guidelines.mp. or exp Practice Guidelines/
54. limit 53 to yr="1997 - 2007"
55. epidemiologic research design.mp. or exp
Epidemiologic Research Design/
56. limit 55 to yr="1997 - 2007"
57. epidemiologic studies.mp. or exp Epidemiologic
Studies/
58. limit 57 to yr="1997 - 2007"
59. intervention studies.mp. or exp Intervention Studies/
60. limit 59 to yr="1997 - 2007"
61. 40 or 42 or 44 or 46 or 48 or 50 or 52 or 54 or 56 or
58 or 60
62. treatment outcome.mp. or exp Treatment Outcome/
63. limit 62 to yr="1997 - 2007"
64. outcome.mp. or exp "Outcome Assessment (Health
Care)"/ or exp "Outcome and Process Assessment (Health
Care)"/
65. limit 64 to yr="1997 - 2007"
66. (outcome\$ research or outcome\$ assessment\$ or
patient outcome\$ assessment\$ or outcome\$ stud\$ or
outcome\$ measure\$ or outcome\$ evaluation\$).mp.

	[mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] 67. limit 66 to yr="1997 - 2007" 68. (psychiatric status rating scales or outcome scale\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] 69. limit 68 to yr="1997 - 2007" 70. 63 or 65 or 67 or 69 71. 7 and 38 72. 7 and 38 and 61 73. limit 72 to ((dutch or english or flemish or french or german) and "all child (0 to 18 years)" and yr="1997 - 2007") 74. 7 and 38 and 70 75. 7 and 38 and 61 and 70 76. 7 and 38 and (61 or 70)
Note	(892 results)

Author	Stefanie Pieters
Name	S6
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	Thesaurus: Child Development Disorders, Pervasive Free keywords: autism, pervasive developmental disorder, autistic, asperger

Date	21 January 2008																																				
Database	Cochrane Library																																				
Date covered	1997-2007																																				
Search Strategy	<table> <thead> <tr> <th>ID</th> <th>Search</th> <th>Hits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#1</td><td>MeSH descriptor Child Development Disorders, Pervasive explode all trees</td><td>370</td></tr> <tr> <td>#2</td><td>(#1), from 1997 to 2008</td><td>243</td></tr> <tr> <td>#3</td><td>(autism):ti,ab,kw</td><td>331</td></tr> <tr> <td>#4</td><td>(#3), from 1997 to 2008</td><td>230</td></tr> <tr> <td>#5</td><td>(pervasive developmental disorder):ti,ab,kw</td><td>40</td></tr> <tr> <td>#6</td><td>(#5), from 1997 to 2008</td><td>34</td></tr> <tr> <td>#7</td><td>(autistic):ti,ab,kw</td><td>416</td></tr> <tr> <td>#8</td><td>(#7), from 1997 to 2008</td><td>251</td></tr> <tr> <td>#9</td><td>(asperger):ti,ab,kw</td><td>24</td></tr> <tr> <td>#10</td><td>(#9), from 1997 to 2008</td><td>22</td></tr> <tr> <td>#11</td><td>(#2 OR #4 OR #6 OR #8 OR #10)</td><td>307</td></tr> </tbody> </table>	ID	Search	Hits	#1	MeSH descriptor Child Development Disorders, Pervasive explode all trees	370	#2	(#1), from 1997 to 2008	243	#3	(autism):ti,ab,kw	331	#4	(#3), from 1997 to 2008	230	#5	(pervasive developmental disorder):ti,ab,kw	40	#6	(#5), from 1997 to 2008	34	#7	(autistic):ti,ab,kw	416	#8	(#7), from 1997 to 2008	251	#9	(asperger):ti,ab,kw	24	#10	(#9), from 1997 to 2008	22	#11	(#2 OR #4 OR #6 OR #8 OR #10)	307
ID	Search	Hits																																			
#1	MeSH descriptor Child Development Disorders, Pervasive explode all trees	370																																			
#2	(#1), from 1997 to 2008	243																																			
#3	(autism):ti,ab,kw	331																																			
#4	(#3), from 1997 to 2008	230																																			
#5	(pervasive developmental disorder):ti,ab,kw	40																																			
#6	(#5), from 1997 to 2008	34																																			
#7	(autistic):ti,ab,kw	416																																			
#8	(#7), from 1997 to 2008	251																																			
#9	(asperger):ti,ab,kw	24																																			
#10	(#9), from 1997 to 2008	22																																			
#11	(#2 OR #4 OR #6 OR #8 OR #10)	307																																			
Note																																					

Author	Stefanie Pieters
Name	S7
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	Thesaurus: Pervasive Developmental Disorders

	<p>Free keywords: autistic disorder\$, asperger syndrome\$, autism, pervasive developmental disorder\$, autistic spectrum disorder\$, autistic</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation Centers, Education, Psychotherapy, Physical Education, Family Therapy, Intervention, Treatment, Day Care Centers</p> <p>Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center\$, early intervention, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention\$, intervention program\$, physiotherapist\$, speech therapist\$, physical training, treatment, education</p>
--	--

Date	28 January 2008
Database	PsycInfo by Ovid
Date covered	1997-2007
Search Strategy	<p>1. exp Pervasive Developmental Disorders/ or pervasive developmental disorder.mp.</p> <p>2. limit 1 to yr="1997 - 2007"</p> <p>3. (autistic disorder\$ or asperger syndrome\$ or autism or pervasive developmental disorder\$ or autistic spectrum disorder\$ or autistic).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]</p> <p>4. limit 3 to yr="1997 - 2007"</p> <p>5. 2 or 4</p> <p>6. exp REHABILITATION/ or rehabilitation.mp.</p> <p>7. limit 6 to yr="1997 - 2007"</p> <p>8. rehabilitation center.mp. or exp Rehabilitation Centers/</p> <p>9. limit 8 to yr="1997 - 2007"</p> <p>10. exp EDUCATION/ or education.mp.</p> <p>11. limit 10 to yr="1997 - 2007"</p> <p>12. psychotherapy.mp. or exp PSYCHOTHERAPY/</p> <p>13. limit 12 to yr="1997 - 2007"</p> <p>14. physical education.mp. or exp Physical Education/</p> <p>15. limit 14 to yr="1997 - 2007"</p> <p>16. family therapy.mp. or exp Family Therapy/</p> <p>17. limit 16 to yr="1997 - 2007"</p> <p>18. intervention.mp. or exp INTERVENTION/</p> <p>19. limit 18 to yr="1997 - 2007"</p> <p>20. exp TREATMENT/ or treatment.mp.</p> <p>21. limit 20 to yr="1997 - 2007"</p> <p>22. exp Day Care Centers/ or child daycare center.mp.</p> <p>23. limit 22 to yr="1997 - 2007"</p> <p>24. (rehabilitation or rehabilitation center\$ or early intervention or special education or psychotherapy or physical education or family therapy or occupational therapy or speech therapy or language therapy or intervention\$ or intervention program\$ or physiotherapist\$ or speech therapist\$ or physical training or treatment or education).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]</p> <p>25. limit 24 to yr="1997 - 2007"</p> <p>26. 7 or 9 or 11 or 13 or 15 or 17 or 19 or 21 or 23 or 25</p> <p>27. 5 and 26</p> <p>28. limit 27 to ((childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>) and (100 childhood <birth</p>

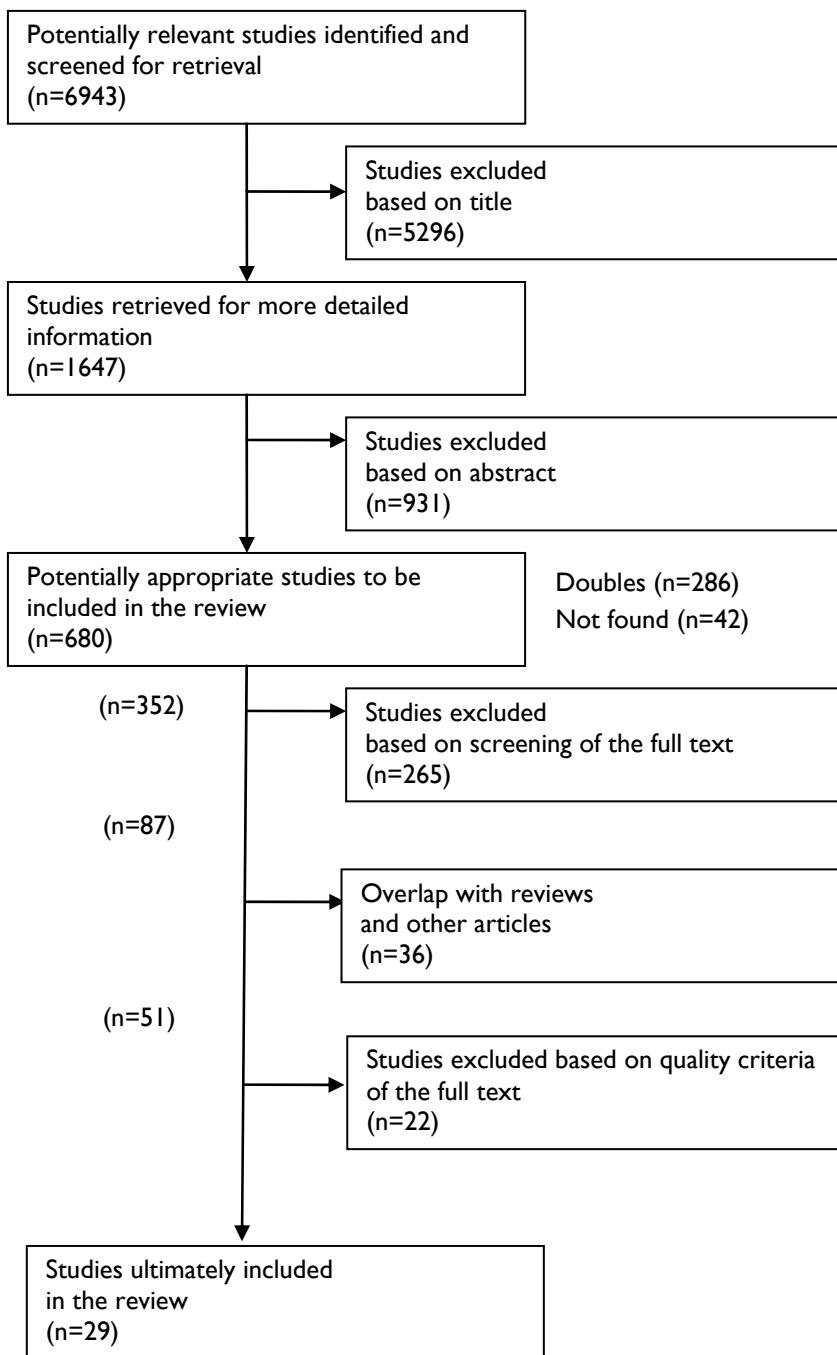
	to age 12 yrs> or 120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <age 2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs> or 180 school age <age 6 to 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>) and (dutch or english or french or german) and yr="1997 - 2007") 29. limit 28 to journal article
Note	(1709 results)

Author	Stefanie Pieters
Name	S8
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: Autism Free keywords: autistic disorder*, asperger syndrome*, autism, pervasive developmental disorder*, autistic spectrum disorder*, autistic</p> <p>Thesaurus: therapy, education psychiatric treatment Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center*, early intervention*, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention*, intervention program*, physiotherapist*, speech therapist*, physical training, treatment*, education</p>

Date	29 January 2008	
Database	Embase	
Date covered	1997-2007	
Search Strategy	No. Query	Results
	#1 ('autism'/exp OR 'autism') AND [embase]/lim AND [1997-2007]/py	8,703
	autistic AND disorder* OR asperger AND syndrome* OR ('autism'/exp OR 'autism')	
	#2 OR pervasive AND developmental AND disorder* OR autistic AND ('spectrum'/exp OR 'spectrum') AND disorder* OR autistic AND [embase]/lim AND [1997-2007]/py	3,088
	#3 #1 OR #2	8,855
	#5 ('therapy'/exp OR 'therapy') AND [embase]/lim AND [1997-2007]/py	1,910,910
	#6 ('education'/exp OR 'education') AND [embase]/lim AND [1997-2007]/py	213,673
	#8 ('psychiatric treatment'/exp OR 'psychiatric treatment') AND [embase]/lim AND [1997-2007]/py	70,842
	('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation') OR ('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation') AND center* OR early AND intervention* OR special AND ('education'/exp OR 'education') OR ('psychotherapy'/exp OR 'psychotherapy') OR physical AND ('education'/exp OR 'education') OR ('family'/exp OR 'family') AND ('therapy'/exp OR 'therapy') OR occupational AND ('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('speech'/exp OR 'speech') AND ('therapy'/exp OR 'therapy')	1,327,600

	(‘language’/exp OR ‘language’) AND (‘therapy’/exp OR ‘therapy’) OR intervention* OR intervention AND program* OR physiotherapist* OR (‘speech’/exp OR ‘speech’) AND therapist* OR physical AND (‘training’/exp OR (‘education’/exp OR ‘education’) AND [embase]/lim AND [1997-2007]/py #10 #5 OR #6 OR #8 OR #9 2,365,142 #11 #3 AND #10 4,129 #11 AND ([dutch]/lim OR [english]/lim OR [french]/lim OR [german]/lim) AND 1,891 #12 ([child]/lim OR [adolescent]/lim) AND [embase]/lim AND [1997-2007]/py
Note	(1937 results)

APPENDIX 17 TO CHAPTER 3 FLOW LITERATURE PERVERSIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS



APPENDIX 18 TO CHAPTER 3 EVIDENCE TABLES PERVERSIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS

APPENDIX 19 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: INTERVENTIONS FOR SOCIAL INTERACTIONS

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)	Remarks (quality of the study...)
Escalona et al.	2002	Randomized controlled trial Imitation sessions, not repeated Imitation group: 4 phases (see review) Contingent group: 4 phases (see review) Duration: 3 minutes/phase	Not mentioned	20	Girls: M=4.8 years Boys: M=5.5 years	Increase social interaction by an adult imitating the behaviour of the children with autism	Special coding software	A decrease in time spent in motor activity for the imitation group versus the contingent responsivity An increase in time spent showing motor stereotypies for the contingent responsivity group which simply resulted in the contingent responsivity group matching the initial level of the imitation group A decrease in silence by the contingent responsivity group An increase in the proportion of time spent looking at the adult which again simply increased the contingent responsivity group to the initial level observed in the imitation group Both groups showed a decrease in distance from	Cochrane: 4/10 Gersten: 8/14 Long-term?

							the adult suggesting they were more proximal to the adult Despite both groups increasing touching of the adult, the imitation group showed a significantly greater increase	
Field et al.	2001	Randomized controlled trial Imitation sessions, repeated three times Imitation group: 4 phases (see review) Contingent group: 4 phases (see review) Duration: 3 minutes/phase	Not mentioned	20	Total group: M=5.4 years	Increase social interaction by an adult imitating the behaviour of the children with autism	Special coding software	The imitation group versus the contingently responsive play group: Less time showing typical behaviours of children with autism including being inactive and playing alone More time showing object behaviours (including accepting objects and playing with objects), distal social behaviours (including looking at adult, vocalizing to the adult and smiling at the adult) and imitation recognition and engaging in reciprocal play <p>Cochrane: 4/10 Gersten: 9/14 Long-term?</p>

Gulrsrud et al.	2007	<p>Experimental design 5-8 weeks, 1:1, 30 minutes daily</p> <p>Joint attention group: engage in joint attention acts, share attention through eye contact. Direct teaching and generalization</p> <p>Symbolic play group: Engage with toys. Direct teaching and generalization</p>	<p>Trained experimenters (graduate students in educational psychology experienced with children with autism)</p> <p>Research coordinator</p>	35	<p>Joint attention group: M=42.62 months, SD=7.13</p> <p>Symbolic play: M=43.11 months, SD=6.93</p>	<p>Teach joint attention and play skills + generalization</p>	<p>Coding system at three time points: beginning, middle and end</p>	<p>Significantly more children in the joint attention group (88.2%) acknowledged the probe compared to the symbolic play group (55.6%), $\chi^2 (1, 35) = 4.58$, $p < 0.05$</p> <p>At the final probe administration, significantly more children in the joint attention group (76.5%) engaged in coordinated joint looks during the probe compared to the symbolic play group (38.9%), $\chi^2 (1, 35) = 5.04$, $p < 0.05$</p> <p>Children in the joint attention group engaged in coordinated looks between the person and the novel probe for significantly longer periods of time across the three time points compared to children receiving the symbolic play intervention ($F(1, 34) = 2.04$, $p < 0.05$)</p> <p>There was no significant difference between the joint attention and play group on the variables 'verbalization, gestures and affect'</p>	<p>Cochrane: 4/10</p> <p>Gersten: 10/14</p> <p>Long-term?</p>

Heimann et al.	2006	Randomized controlled trial Imitation sessions, repeated two times Imitation group: 4 phases (see review) Contingent group: 4 phases (see review) Duration: 3 minutes/phase	Not mentioned	20	Imitation group: M=87.0 months, SD=32.5 Contingent group: M=67.4 months, SD=10.1	Increase social interaction by an adult imitating the behaviour of the children with autism spectrum disorders	PEP-R Special coding software	The children who had received the imitation intervention increased their social interest during the post intervention phases, while no change was observed for the children having received only contingent responses from an adult The imitation intervention was effective in increasing children's imitation skills, at a more generalized level than within the experimental setting.	Cochrane: 4/10 Gersten: 9/14 Long-term?
Kasari et al.	2006	Experimental design 5-6 weeks, 1:1, 30 minutes daily Joint attention group: engage in joint attention acts, share attention through eye contact. Direct teaching and generalization Symbolic play group: Engage with toys. Direct teaching and generalization Control group: /	Trained experimenters (graduate students in educational psychology experienced with children with autism) Research coordinator	58	Joint attention group: M=43.20 months, SD=7.05 Symbolic play group: M=42.67 months, SD=6.93 Control group: M=41.94 months, SD=4.93	Teach joint attention and play skills	Early Social Communication Scales Structured Play Assessment Caregiver-child interaction by videotape	Compared to the control group, both the joint attention group (EF 1.50) and the play group (EF 1.70) showed greater improvement in initiating shows. There was no significant difference between the play and joint attention group The play group showing significantly more types of symbolic play over time compared to the joint attention group (EF .86) and the control group (EF 1.18)	Cochrane: 6/10 Gersten: 8/14 Long-term?
Kroeger et al.	2007	Quasi-experimental design Group-delivered	Group supervisor Group facilitators: graduate and	25	Direct teaching group:	Teach play and social skills	ABLLS Social Interaction	Both groups improved in their prosocial behaviours. Both groups improved in	Cochrane: 3/10 Gersten: 11/14 Long-term?

		<p>social skills programs</p> <p>Direct teaching group: Video modelling format</p> <p>Play activities group: Unstructured play</p> <p>Both groups: 15h in 15 sessions, 2:1 student/facilitator ratio.</p>	<p>undergraduate students majoring in psychology and related fields, participated in a 60-h training program</p>		<p>M=65.00 months, SD=12.25</p> <p>Play activities group: M=61.42 months, SD=9.15</p>		<p>Observation Code</p> <p>Effect size \square^2</p>	<p>their learning readiness and group orienting behaviours.</p> <p>The direct teaching group made more gains in social skills than the play activities group, but the direct teaching group did not show more improvement over time than the play activities group.</p> <p>Effect sizes for the three interaction effects were: $\square^2 = 0.215$ for initiating behaviours, $\square^2 = 0.328$ for responding behaviours, and $\square^2 = 0.288$ for interacting behaviours.</p>	
Silver et al.	2001	<p>Randomized controlled trial</p> <p>Intervention group: Special education (normal lessons) + Using the computer program 'Emotional Trainer' for 10-half hour sessions over 2 weeks</p> <p>Control group: Special education (normal lessons)</p>	<p>Computer, no persons were involved in the intervention</p>	<p>Intervention group: N=12</p> <p>Control group: N=12</p>	<p>Intervention group: M=13,11 years; SD=11 months</p> <p>Control group: M=14,9 years; SD=24 months</p>	<p>To help people with autism or Asperger to recognize and predict emotions in others.</p>	<p>Facial Expression Photographs from Spence, Happé's Strange Stories and Emotion Recognition Cartoons</p>	<p>The experimental group improved significantly more than the control group on the number of errors made on the Emotion Recognition Cartoons ($F = 4.785$, $p = 0.041$) and on the Strange Stories score ($F = 6.881$, $p = 0.016$).</p> <p>Both groups improved their scores over time and the effect of the intervention was not significantly greater than this ($F = 5.571$, $p = 0.029$)</p>	<p>Cochrane: 4/10</p> <p>Gersten: 6/14 (4 were not applicable)</p> <p>No follow-up</p>

								The number of times the child used the computer program significantly correlated with their improvement in score on the Emotion Recognition Cartoons ($\rho = 0.511$, $p = 0.015$) and the Strange Stories ($\rho = 0.480$, $p = 0.24$), but not with improvement on the Facial Expression Photographs ($\rho = 0.335$, NS).	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APPENDIX 20 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: INTERVENTIONS FOR LANGUAGE AND COMMUNICATION

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)	Remarks (quality of the study...)
Carr et al.	2007	Quasi-experimental design Picture Exchange Communication System group (to phase III): 15 h of PECS teaching during 3-4 PECS teaching days per week with a total of 1h teaching delivered over 2-3 sessions on each PECS teaching day No intervention	Two trained researchers	PECS group: N=24 Control group: N=17	PECS group: 5.5 years Control group: 5.9 years	Purpose of PECS: to establish robust, spontaneous requesting, later teaching phases of PECS are designed to promote elaboration of augmentative language with sentence-building, use of attributes, commenting, and responding to the initiations of others.	3 observation moments; T0: 6 weeks before intervention (only PECS group) T1: 1 week before intervention (both groups) T2: 1 week after intervention (both groups)	The frequency of total child-to-adult initiations was significantly higher for the PECS group than the Control group at T2; U (17,24) 404.5; z 5.30, $P < .00003$. The frequency of linguistic communications was significantly higher for the PECS group than the Control group at T2; U (17,24) 466; z 6.93, $P < .00003$.	Cochrane: 2/10 Gersten: 10/14 No randomization but based on the distance between classroom and researchers' base No follow-up

		control group: No additional intervention beyond their regular classroom provision during the observation times					A designed observation instrument VABS Preschool Language Scale (Version 3-UK)	responses given to child-initiated communications was significantly higher for the PECS group than the Control group at T2: U (17,24) 258, z 2.80, P < .0026. There was no significant difference in frequency of initiations giving opportunity for child response between the PECS and Control groups at T2 There was a higher percentage of child responses to adult initiated communications for the PECS group at T2 compared with the Control group at T2: U (17,24) 291; z 2.3, P < .0107. The frequency of adult-to-child initiations with no opportunity to respond was significantly lower for the PECS group than the Control group at T2: U (17,24) 141.5; z -1.65, P < .0495 No generalization of skills to other areas	
Howlin et al.	2007	Randomized controlled trial	Trained staff (teachers, support)	N=84	Immediate treatment	To teach spontaneous social-communication	Baseline measures:	In the groups receiving PECS training/consultation	Cochrane: 6/10

		PECS Immediate treatment group: Receive PECS training immediate after baseline assessment Delayed treatment group: Receive PECS training 2 terms after initial baseline assessment No treatment group: Receive no PECS training All children attended autism-specific classes/units or school, with child-adult ratio of 2:1	staff and speech and language therapists) and trained parents	Immediate treatment group: N=26 Delayed treatment group: N=30 No treatment group: N=28	group: M=73.1 months, SD=15.8 months Delayed treatment group: M=86.6 months, SD=12.7 months No treatment group: M=85.6 months, SD=13.6 months	skills by means of symbols or pictures	ADOS-G Visual reception and fine motor subscales of the Mullen Scales of Early Learning Outcome measures: Communicative initiations Expressive and receptive language: EOWPVT and BPVS	there were significant post-treatment increases in the rate of their initiations (95% confidence intervals 1.22–6.08) and rate of PECS use (95% CI 1.75–8.68, $p < .001$) in the classroom. However, for the one treatment group (ITG) for whom an additional follow-up period was conducted, the positive effects were not maintained once classroom consultations ceased.	Gersten: 9/14 No follow-up
Yoder et al.	2006b	Randomized controlled trial PECS and RPMT Three 20-min individual therapy sessions per week for 6 months (i.e., 72 sessions). PECS: Adult to child ratio:	Trained treatment team: Masters degree level professional and a bachelor of arts degree level paraprofessional. Master's degree in early childhood special education (RPMT team leader) or a	N=36 PECS-group: N=18 RPMT-group: N=18	M=33.6mo nths, SD=8.4 months	The efficacy of RPMT and PECS for facilitating spoken communication and nonimitative word use in young children with autism spectrum disorders	Baseline measures: ADOS, Mullen and DPA Outcome measures: SFPE, DPA and turn-taking	PECS was more successful than RPMT in increasing the frequency of nonimitative spoken communication acts ($t(34) = 2.30$, $p = .03$) and the frequency of different nonimitative words ($t(34) = 2.10$, $p = .04$) at the post treatment period The growth rate of the frequency of different	Cochrane: 8/10 Gersten: 13/14

		I:1 RPMT: Adult to child ratio: 2:1 for at least Phase I, II, & IV; 1:1 for rest	master's degree in speech-language pathology (PECS team leader).					nonimitative words was faster in the PECS intervention group than in the RPMT intervention group for children who began treatment with relatively high object exploration Analogous slopes were steeper in the RPMT intervention group than in the PECS intervention group for children who began treatment with relatively low object exploration	
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--

APPENDIX 2I TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: INTERVENTIONS FOR RESTRICTED, STEREOTYPED, REPETITIVE REPERTOIRE OF INTERESTS AND ACTIVITIES

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)	Remarks (quality of the study...)
Gold et al.	2007	Music (review) therapy	Monodisciplinary (trained music therapist)	24	2-9	Enable communication and expression, attempting to address some of the core problems of pervasive developmental disorders	Standardized mean difference SMD + I ²	Verbal communication skills (2 RCTs, n = 20, SMD 0.36 CI 0.15 to 0.57) → small/medium effect size Gestural communication skills (2 RCTs, n = 20, SMD 0.50 CI 0.22 to 0.79) → medium effect size Behavioral problems (1 RCT, n = 4, SMD -0.24 CI -0.45 to -0.03) → small effect size	- 8/8 (Cochrane review) - 3 single subject studies were included - Some evidence for music therapy - More research is

									needed
Sinha et al.	2004	Auditory integration training and other sound therapies	Not mentioned	171	3-39	improve abnormal sound sensitivity and autistic behaviours	17 different outcome measures were used → meta-analysis not possible due to heterogeneity	3 studies: no benefit of AIT over control conditions 3 trials: improvements at three months for the AIT 1 study: improvements at three months in the AIT group for ABC subgroup scores. No significant adverse effects of AIT were reported.	- 8/8 (Cochrane review) - More homogeneous research is needed

APPENDIX 22 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: GENERAL BEHAVIOURAL INTERVENTIONS

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)	Remarks (quality of the study...)	
Aldred et al.	2004	Randomized control trial Social communication intervention group: Routine care + regular monthly therapist contact for 56 months with a further 6 months of 2-monthly consolidation sessions Routine care group: School and some of them, one to one therapy	Therapist, further chard	not	Social communication intervention group: N=14 Routine care group: N=14	Social communication intervention group: M=48 months Routine care group: 51 months	Increasing the quality of parental adaptation and communication with children with autism spectrum disorders	ADI, ADOS, VABS, CDI, Parenting Stress Index, Parent-child interactions	The active treatment group showed a significantly greater effect than controls on ADOS scores. Co-varying for baseline ADOS score, there was a significant difference in ADOS change between the groups ($F_{1, 25}=7.30; p=0.01$) Analysis of the ADOS sub-domains showed the significant treatment effect mainly to be shown in the 'reciprocal social interaction' sub-domain. Co-varying for the	Cochrane: 10/10 Gersten: 10/14

							baseline ADOS score, this represented a significant difference between the groups $F_{1,25}=10.30; p=0.004$)		
Chalfant et al.	2007	<p>Randomized controlled trial</p> <p>Family-based, cognitive behavioural treatment for anxiety in children with anxiety disorders and High Functioning Autism or Syndrome of Asperger</p> <p>Treatment group: 12 weekly group sessions 2h/week</p> <p>Waiting list group: No treatment</p>	<p>Treatment group: Clinical psychologists, monodisciplinary</p> <p>Waiting list group: /</p>	<p>Treatment group: N=28</p> <p>Waiting list group: N=19</p>	<p>Both groups together: M=10.8 years, SD=1.35</p> <p>No significant difference in age of the two groups.</p>	<p>Investigating the effectiveness of CBT</p>	<p>Diagnostic measures: ADIS-C/P and DSM-IV</p> <p>Self-report measures: RCMAS, SCAS and CATS</p> <p>Parent-report measures: SDQ</p> <p>Teacher-report measures: SDQ</p>	<p>71.4% of the treated children no longer fulfilled diagnostic criteria for an anxiety disorder</p> <p>Significant reductions in anxiety symptoms as measured by self report, parent report and teacher report in the intervention group, compared with the waiting list group</p>	<p>Cochrane: 4/10</p> <p>Gersten: 10/14</p> <p>Randomized controlled trial</p> <p>Comorbidities (anxiety in children with high functioning autism or Asperger Syndrome)</p>
Cohen et al.	2006	<p>Quasi experimental design</p> <p>'early intensive behavioural treatment' was compared with 'special education classes at local public schools'</p> <p>Early intensive behavioural treatment: 1:1, 35-40 hours/week, 47 weeks per year, for 3 or more years</p>	<p>Early intensive behavioural intervention: tutor, supervisors,</p> <p>Special education: teacher</p>	<p>Early intensive behavioural treatment: N=21</p> <p>Special education: N=21</p>	<p>Early intensive behavioural treatment: M=30.2 months, SD=5.8</p> <p>Special education: M=33.2 months, SD=3.7</p>	<p>Establishing foundational and spontaneous communication, play and social skills</p>	<p>BSID-R, Merrill-Palmer Scale of Mental tests, Reynell Developmental Language Scales, VABS</p>	<p>Early intensive behavioural intervention group: significant higher IQ ($F=5.21, p=0.03$) and adaptive scores ($F=7.84, p=0.01$) than the comparison group.</p> <p>No significant difference found for language comprehension and nonverbal skills.</p>	<p>Cochrane: 2/10</p> <p>Gersten: 9/14</p> <p>No randomisation, but based on preference of the parents</p>

		Special education: 1:1 to 3:1, 3 to 5 days/week, 5 hours/day						
Doughty	2004	Systematic review of behavioural and skill-based early intervention	Not mentioned	/	Young children	Reduce behaviour problems	<p>Not possible due to heterogeneity: the interventions cover a range of interventions. It was not clear that the definition of intensive behavioural treatment, parent training or parent-managed behavioural therapy was uniform over the different studies</p> <p>Primary studies: early intervention may lead to selected gains in a number of specific domains, but further research and replication of studies is required to address the methodological weaknesses. It remains undetermined if early and/or intensive intervention programs are more effective than other treatment programs.</p> <p>Secondary studies: there is insufficient evidence to conclude about best practice</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 14/17 (HTA report) - More research is needed
Eldevik et al.	2006	<p>Quasi experimental design</p> <p>Behavioural treatment: 1:1, 12.5 hours/week for 20 months</p> <p>Eclectic treatment: 1:1, 12 hours/week for 21 months</p>	<p>Behavioural treatment: Trained specialists and supervisor</p> <p>Eclectic treatment: special education teacher and supervisor</p>	<p>Behavioural treatment: N=13</p> <p>Eclectic treatment: N=15</p>	<p>Behavioural treatment: M=53.0 months, SD=9.5</p> <p>Eclectic treatment: M=49 months, SD=16.9</p>	<p>Behavioural treatment: play, academics and social skills</p> <p>Eclectic treatment: Augmentative communication</p> <p>Both: vocal language, behaviour management,</p>	<p>Intellectual functioning: BSID-II, Stanford-Binet Intelligence Scale, WPPSI-R and WISC-R</p> <p>Language functioning: RDLS and PEP-R</p> <p>Adaptive behaviour: VABS and ABC</p> <p>Non-verbal intelligence:</p>	<p>After 2 years: behavioural group made larger gains than the eclectic group on most areas (intellectual functioning, language comprehension, expressive language and VABS communication)</p> <p>Cochrane: 5/10</p> <p>Gersten: 11/14</p> <p>Children with autism and mental retardation</p> <p>No randomisation</p>

						imitation and motor skills	MPSMT		
Howard et al.	2005	Quasi experimental design ‘Intensive behaviour analytic treatment’ (IBT) (25-30 hours/week) compared with ‘autism educational programming’ (AP) and ‘generic educational programming’ (GP)	IBT: 1:1 A team of 4-5 instructional assistants with supervisor (psychologist or speech and language pathologist) and parent trainers AP: 1:1 or 1:2 Supervision by special education teacher DTT, PECS, SIT, TEACCH GP: 1:6 Special education teachers or speech and language pathologist	IBT; N= 29 AP: N=16 GP: N=16	(age at intake) IBT: M=30.86 months, SD=5.16 AP: M=37.44 months, SD=5.68 GP: M=34.56 months, SD=6.53	?	Several measures: Cognitive skills: BSID-II, WPPSI-R, DP-II, S-B, DAS, DAYC and PEP-R Non-verbal skills: Merrill-Palmer Scale of Mental tests, Stanford-Binet Performance test and Leither-R Receptive and expressive language: Reynell Developmental Language Scales, Rossetti Infant-Toddler Language Scale, REEL-2, PLS-3, Infant-Toddler Developmental Assessment, PPVT-III, EVT, DP-II, SICD-R, PLS, PPVT-III, EOWPVT, ROWPVT Adaptive skills: VABS, Denver Developmental Screening test II, DP-II, RIDES	No statistically significant differences between the mean scores of children in the AP and GP groups. The IBT group had significant higher mean scores in all domains than the other two groups combined, except for motor skills. Learning rates at follow up were substantially higher for children in IBT group than for either of the two other groups.	Cochrane: 5/10 Gersten: 13/14 No randomisation, but based on advice of practitioners and preferences of the parents Community based Different tests at baseline and at follow-up

Magiati et al.	2007	Quasi-experimental design Early Intensive Behavioural Intervention: I:1 home teaching, discrete trial training Average: 3415h/2years Autism-specific nursery provision: Range from I:1 – 3.3:I TEACCH, PECS, Makaton and SPELL Average: 2266h/ 2years	Early Intensive Behavioural Intervention: Consultants (psychologists or special needs education students or graduates) and supervisors Autism-specific nursery provision: Teachers	Early Intensive Behavioural Intervention: N=28 Autism-specific nursery provision: N=16	Early Intensive Behavioural Intervention: M=38.0 months, SD=7.2 Autism-specific nursery provision: M=42.5, SD=7.8	At follow-up, were EIBI children functioning at a significant higher level than Nursery children with respect to IQ/MA, language, play, adaptive behaviour and severity of autism? What specific child, family or treatment characteristics were related to outcome?	(same at baseline as follow-up): IQ: MPS, BSID, WPPSI-R Adaptive behaviour: VABS Receptive and expressive language: British Picture Vocabulary Scale-II, Expressive One-Word Picture Vocabulary Test-Revised Play: SPT-II, Test of Pretend Play Autism severity: ADI-R Non-standardized questionnaire	Standard scores of two groups changed little. At follow-up: no significant differences in cognitive ability, play, language or severity of autism. Only difference: VABS scores (in favour of the Early Intensive Behavioural Intervention) Large individual differences in progress. IQ and language level seemed the best predicting variables. Both interventions produced comparable outcomes after two years.	Cochrane: 4/10 Gersten: 10/14 No randomization, based on preference of the parents
Reed et al.	2007	Early teaching interventions - ABA: I:1, 28.3 h/week individual, 2.1 h/week group teaching - special nursery placement: 6/8:I, 3.1 h/week individual, 9.6 h/week group	- ABA: Tutors and supervisors - special nursery placement: Teacher (trained in special education needs) and assistant - portage: Caregiver, parents and supervisor	- ABA: N=12 - special nursery placement: N=20 - portage: N=16	- ABA: M=40 months - special nursery placement: M=43 months - portage: M=38 months	Impact of existing ABA, special nursery placements and portage programs on a variety of aspects of the children's abilities (intellectual, educational)	(same at baseline and follow-up): GARS, PEP-R, BAS-II, VABS and CRS-R	Children in ABA made greater intellectual and educational gains than children in portage and made greater educational gains than children in nursery program. Children in nursery program made larger gains in adaptive functioning than the children in portage group.	Cochrane: 5/10 Gersten: 12/14 No randomization Community based

		teaching - portage: 1:1 + in group 6.5 h/week individual, 2.0 h/week group teaching				and adaptive behavioural functioning)			
Remington et al.	2007	Quasi experimental design Early intensive behavioural intervention versus treatment as usual in the UK	A team of 3 to 5 therapists trained in behaviour analytic procedures and a supervisor Parents also delivered therapy	Intervention group: N=23 Usual treatment group: N=21	Intervention group: M=35.7 months, SD = 4.0 Usual treatment group: M=38.4 months, SD = 4.4	?	Cohen's d	Positive advantage for the intervention group: (Cohen's d approaching 0.80 after 2 years). Based on parental well-being: no evidence that behavioural intervention created increased problems	- Cochrane: 4/10 - Gersten: 13/14 - no randomisation, but based on preferences of the parents
Sallows et al.	2005	Quasi-experimental design Both groups: UCLA (Lovaas) Clinic-directed group: 40h/week of direct treatment + 6-10h/week supervision Parent-directed group: 32h/week of direct treatment + 6h/month supervision	Therapists and supervisors	(age at treatment) Clinic-directed group: M=35.00 months, SD=4.86 Parent-directed group: M=37.10 months, SD=5.36	Can a community-based program implement the UCLA program? Do significant residual symptoms of autism remain? Are there pretreatment variables that can be identified as accurately	Baseline: Bayley Scales, Merrill-plamer Scale of Mental Tests, Reynell Developmental Language Scales, VABS Follow-up: WPPSI, WISC-III, Bayley II, Leiter-R, Merrill-Palmer, CELF-III, Personality Inventory for Children, CBCL, VABS	UCLA can be implemented in a clinical setting After combination of groups: 48% of all children showed rapid learning, achieved average post-treatment scores and at age 7, were succeeding in regular education classrooms. Treatment outcome was best predicted by pre-treatment imitation, language and social responsiveness Parent-directed children did about as well as clinic-	Cochrane: 5.5/10 Gersten: 12/14 Outcome study with randomization Community based	

						predict outcome? The comparative effectiveness of a less costly parent-directed treatment model		directed children.	
Sofronoff et al.	2005	<p>Randomized controlled trial</p> <p>Brief cognitive behaviour therapy for anxiety in children with Asperger Syndrome</p> <p>6 week intervention</p> <p>Intervention group 1: Intervention for child only 8 groups 3 children and two therapists per group</p> <p>Intervention group 2: Intervention for child and parents 9 groups 3 children and two therapists per group</p> <p>Wait-list group: No intervention</p>	<p>Therapists were post-graduate students enrolled in the clinical psychology programme at the University of Queensland who were completing their second internship</p> <p>Supervision</p>	<p>Intervention group 1: N=23</p> <p>Intervention group 2: N=25</p> <p>Wait-list group: N=23</p>	<p>Intervention group 1: M=10.56 years, SD=0.99</p> <p>Intervention group 2: M=10.54 years, SD=1.26</p> <p>Wait-list group: M=10.75 years, SD=1.04</p>	<p>Is a brief CBT intervention for anxiety effective in reducing symptomatology in children diagnosed with Asperger Syndrome?</p> <p>Is there a positive effect of parent involvement on children's use of the strategies and therefore an increase in effectiveness</p>	<p>'James and The Maths Test', SCAS-P, Social Worries Questionnaire-Parent and a qualitative approach (questionnaire)</p>	<p>The programme is effective in reducing anxiety symptomatology reported by parents in children diagnosed with Asperger Syndrome.</p> <p>There were several indicators showing that active parental participation in the anxiety programme produced significant benefits both for parents themselves and for the children.</p> <p>Intervention group 2 showed a greater reduction in parent-reported symptoms.</p>	<p>Cochrane: 5/10</p> <p>Gersten: 12/14</p> <p>Randomized controlled trial</p> <p>Comorbidities (anxiety in children with Asperger Syndrome)</p>
Sofronoff et al.	2007	Randomized controlled trial	Therapists were post-graduate	Intervention group:	Intervention group:	Is a brief CBT intervention	'Dylan is being teased', 'What	a significant decrease in anger in the child	Cochrane: 5/10

		Brief cognitive behaviour therapy for anxiety in children with Asperger Syndrome Intervention group: six 2-h week intervention for children with two parent groups Wait-list group: No intervention	students enrolled in the clinical psychology programme at the University of Queensland who were completing their second internship Supervision	N=24 Wait-list group: N=21	M=10.79 years, SD=1.12 Wait-list group: M=10.77 years, SD=0.87	for anxiety effective in reducing symptomatology in children diagnosed with Asperger Syndrome?	makes me angry', ChIA-P, qualitative approach (questionnaire) for parents and teachers	a significant increase in the parents confidence in managing anger in their child some generalization of strategies learned in the clinic setting to home and school settings	Gersten: 12/14 Randomized controlled trial Comorbidities (anxiety in children with Asperger Syndrome)
Stahmer et al.	2001	Quasi-experimental design 12 week parent education program Parent education and education support group: (2 hours per week) Parent education only group: (1 hour per week)	parent educator (parent education) and group facilitator (support groups)	Parent education and education support group: N=11 Parent education only group: N=11	Parent education and education support group: M=35 months Parent education only group: M=35,6 months	To assess the effectiveness of an accelerated parent education program To examine the effects of providing disorder specific support and information to parents participating in a parent education program	CDI observations and	Changes in use of PRT techniques: parents who participated in the parent information support group performed significantly better than parents who did not participate in that group ($U=96$; $z=2.3$, $p<0.5$) After parent education, the group with children whose parents met criteria for correct use of PRT had learned significantly more words	Cochrane:3/10 Gersten: 8/14 No follow up
Zachor et al.	2007	Quasi experimental design Eclectic-developmental group (ED):	ED: Special education teachers Individual therapy from speech and	ED: N=19 ABA: N=20	ED: M=28.8 months ABA: M=27.7 months	?	ADI, ADOS, BSID-II, Stanford-Binet Intelligence Scale-IV	ABA group improved more than the ED group on language and communication ($F=9.59$, $p<0.01$, $\Delta^2=0.206$) and	Cochrane: 4/10 Gersten: 11/14 No

		8h/day ABA group: 8h/day	language, occupational ad music therapists Structured cognitive learning ABA: Skill behavioural therapist, speech and occupational therapists, supervision					reciprocal social interaction ($F=3.39$, $p=0.7$, $\Delta^2=0.074$) Follow-up: change of diagnostic classification was sign. higher for the ABA group than for the ED group ($\Delta^2=3.90$, $p<0.05$)	randomisation
--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------

APPENDIX 23 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: GENERAL EARLY AND COMPREHENSIVE INTERVENTIONS

Author(s)	Date	Type/duration intervention of	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose intervention of	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)	Remarks (quality of the study...)
Sofronoff et al.	2004	Randomized controlled trial 6 components: Psychoeducation, comic strip conversations, social stories, management of behaviour problems, management of rigid behaviours and management of anxiety Workshop group: 6 components in a 1 day workshop Individual session group: Six components in weekly 1 hour sessions	Clinical masters or PhD students completing an internship at Behaviour Therapy	Workshop group: N=18 parents Individual session group: N=18 parents Waiting list group N=15 parents	Not reported	To increase parental competence in management of problem behaviours associated with Asperger Syndrome	ECBI Social skills questionnaire Workshop questionnaire	The workshop group reported significantly fewer problem behaviours and a lower intensity of problem behaviours at time 2 (4 weeks post), $p < 0.0001$, and at time 3 (3 month follow-up), $p < 0.001$, compared with time 1 (pre-intervention) The individual sessions group reported significantly fewer problem behaviours and also a lower intensity of problem behaviours at time 2, $p <$	Cochrane: 6/10 Gersten: 10/14

		Waiting list group					0.0001, and at time 3, p < 0.0001. There were no significant differences for time in the waiting list group	
Wetherby et al.	2006	Quasi-experimental design Early Social Interaction Project: routine-based and parent-implemented intervention in natural environments with an individualized curriculum -Group entered at age 2 years - Group entered at age 3 years	Five research assistants, four certified as speech-language pathologists and one early childhood education specialist	Group entered at age 2 years: N=17 Group entered at age 3 years: N=18	Group entered at age 2 years: M=18.19 months, SD=3.85 Group entered at age 3 years: M=31.61 months, SD=3.45	Individualize social communication goals and monitor child progress, identify family routines for targeted goals, teach parents to implement teaching strategies within selected everyday routines and to support family implementation of intervention	Communication and Symbolic Behaviour Scales Developmental Profile (CSBS DP), MSEL, VABS, ADOS	Significant improvement on 11 of 13 social communication measures The results of the group entered at age 3 years were comparable to those who entered at age 2 years on communication means and play but the group entered at age 3 years demonstrated significantly poorer performance on all other social communication measures Cochrane: 5/10 Gersten; 13/14 No randomization, based on preference of the parents

APPENDIX 24 TO CHAPTER 3 SUMMARY OF FINDINGS TABLE: SPECIFIC AND OTHER INTERVENTIONS

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)	Remarks (quality of the study...)
Field et al.	1997	15min/day, 2 days/week in a period of 4 weeks (8 therapy sessions) Touch therapy: Massage of five regions of the child's body in a sequence Touch control group: Volunteer student with arms around the child and engaging the child in a game selecting different color/forme/shape	Volunteer student	Touch therapy: N=11 Touch control group: N=11	M=4.5 years	Investigating the effects of touch therapy on three problems commonly associated with autism including inattentiveness (off-task behaviour), touch aversion, and withdrawal.	Observations in the classroom, ABC and ESCS	Touch aversion decreased in both the touch therapy and the touch control group $F(1,20)=5.39$, $p<0.05$ Off-task behaviour decreased in both groups $F(1,20)=7.18$, $p<0.05$ Orienting to irrelevant sounds decreased in both groups, but significantly more in the touch therapy group $F(1,20)=6.24$, $p<0.05$ Stereotypic behaviours decreased in both groups but significantly more in the touch therapy group $F(1,20)=8.13$, $p<0.01$	Cochrane:5/10 Gersten: 8/14 Follow-up? Generalization?

**APPENDIX 25 TO CHAPTER 3 SEARCH STRATEGY TABLES
SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND
LANGUAGE AND SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF
SCHOLASTIC SKILLS**

Author	Karen De Block
Name	KI
Project number	PPF-07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>dysphasia, aphasia, mutism, stuttering, dysarthria, articulation disorder*, language impairment*, communication disorder*, acquired communication disorder*, development communication disorder*, communication disability*, communication problem, acoustic perception disorder, language disorder, language disabilit*, language difficult*, language trouble*, language patholog*, language delay, language development disorder, speech patholog*, speech impairment*, speech difficult*, speech disabilit*, speech development disorder*, speech disorder*, speech delay, dyslexia, reading disabilit*, reading difficult*, reading disorder, reading delay, reading impairment*, dysgraphi*, spelling disabilit*, spelling difficult*, learning disorder*, learning difficult*, learning disability*, agraphia, dyscalculia</p> <p>therap*, intervention*, treatment, remediation, training, rehabilitation, rehabilitation center, education, instruction*, speech training, language therapy</p>

Date	28 December 2007
Database	Web of Science
Date covered	1997- 2007
Search Strategy	<p>TI=(therap* OR intervention* OR treatment OR remediation OR training OR rehabilitation OR rehabilitation center OR education OR instruction* OR speech training OR language therapy)</p> <p>TI=(dysphasia OR aphasia OR mutism OR stuttering OR dysarthria OR articulation disorder* OR language impairment* OR communication disorder* OR acquired communication disorder* OR development communication disorder* OR communication disability* OR communication problem OR acoustic perception disorder OR language disorder OR language disabilit* OR language difficult* OR language trouble* OR language patholog* OR language delay OR language development disorder OR speech patholog* OR speech impairment* OR speech difficult* OR speech disabilit* OR speech development disorder* OR speech disorder* OR speech delay OR dyslexia OR reading disabilit* OR reading difficult* OR reading disorder OR reading delay OR reading impairment*OR dysgraphi* OR spelling disabilit* OR spelling difficult* OR learning disorder* OR learning difficult* OR learning disability* OR agraphia OR dyscalculia)</p> <p>DocType>All document types; Language=English OR Dutch OR French OR German; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI; Timespan=1997-2007</p> <p>#2 AND #1</p> <p>DocType>All document types; Language=English OR Dutch OR French OR German; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI; Timespan=1997-2007</p>

Note	(975 results)
Author	Karen De Block
Name	K2
Project number	PPF07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: communication disorders, auditory perceptual disorders, language disorders, speech-language pathology, speech disorders Free keywords: communication disorder\$, auditory perceptual disorder\$, language disorder\$, language delay, language pathology, language pathologies, language trouble\$, language impairment, language disability, language disabilities, language difficulty, language difficulties, speech disorder, speech delay, speech pathology, speech pathologies, speech impairment, speech trouble\$, speech disability, speech disabilities, speech difficulty, speech difficulties, speech development disorder\$, acquired language disorder\$, auditory processing disorder\$, semantic-pragmatic disorder\$, expressive language disorder\$, receptive language disorder\$, aphasia, dysphasia, articulation disorder\$, mutism, stuttering, dysarthria, development communication disorder\$, acquired communication disorder\$, child communication disorder\$, communication disability, communication disabilities, communicative dysfunctions, learning disorder\$, learning delay, learning difficulty, learning difficulties, dyslexia, dysgraphia, agraphia, reading disability, reading disabilities, reading difficulty, reading difficulties, spelling difficulty, spelling difficulties, spelling disability, spelling disabilities, reading difficulty, reading difficulties, reading disorder\$, reading delay, dyscalculia</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation centers, Rehabilitation programs, Child development centers, Special education, Interventions, Behavior modification, Daily living skills, Therapy, Family programs, Child development specialists, Special education teachers, Psychologists Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center, rehabilitation program, child development center, intervention, behavior modification, daily living skill, therapy, therapies, family program, special education teacher, speech language pathologist, speech therapist, physical therapist, occupational therapist, psychologist</p> <p>Thesaurus: Meta Analysis, Guidelines, Literature reviews, Experimental groups, Matched groups, Control groups, Longitudinal studies, Cohort analysis, Research Design, Pretest posttests Free keywords: meta analyse, meta analysis, guideline, literature review, systematic review, control group, longitudinal study, longitudinal studies, followup study, followup studies, follow up study, follow up studies, cohort analyse, cohort analysis, randomised controlled trial, controlled trial, cohort study, cohort studies, case-control study, case-control studies, case control study, case control studies, intervention study, intervention studies</p> <p>Thesaurus: Outcomes of treatment, Outcomes of education, Program effectiveness, Program evaluation, Observation,</p>

	Measurement, Measures (individuals), Rating scales, Questionnaires, Quality of life Free keywords: outcome of treatment, outcome of education, program effectiveness, program evaluation, observation, measurement, measure, rating scale, questionnaire, assessment, evaluation, scale
--	--

Date	18 January 2008
Database	Medline by OVID
Date covered	1996 to January week 1 2008
Search Strategy	<p>1. communication disorder\$.mp. or exp Communication Disorders/</p> <p>2. limit 1 to yr="1997 - 2007"</p> <p>3. auditory perceptual disorder\$.mp. or exp Auditory Perceptual Disorders/</p> <p>4. limit 3 to yr="1997 - 2007"</p> <p>5. language disorder\$.mp. or exp Language Disorders/</p> <p>6. limit 5 to yr="1997 - 2007"</p> <p>7. language delay.mp.</p> <p>8. limit 7 to yr="1997 - 2007"</p> <p>9. language pathology.mp. or exp Speech-Language Pathology/</p> <p>10. limit 9 to yr="1997 - 2007"</p> <p>11. language pathologies.mp.</p> <p>12. limit 11 to yr="1997 - 2007"</p> <p>13. language trouble\$.mp.</p> <p>14. limit 13 to yr="1997 - 2007"</p> <p>15. language impairment\$.mp.</p> <p>16. limit 15 to yr="1997 - 2007"</p> <p>17. language disability.mp.</p> <p>18. limit 17 to yr="1997 - 2007"</p> <p>19. language disabilities.mp.</p> <p>20. limit 19 to yr="1997 - 2007"</p> <p>21. language difficulty.mp.</p> <p>22. limit 21 to yr="1997 - 2007"</p> <p>23. language difficulties.mp.</p> <p>24. limit 23 to yr="1997 - 2007"</p> <p>25. speech disorder\$.mp. or exp Speech Disorders/</p> <p>26. limit 25 to yr="1997 - 2007"</p> <p>27. speech delay.mp.</p> <p>28. limit 27 to yr="1997 - 2007"</p> <p>29. speech pathology.mp.</p> <p>30. limit 29 to yr="1997 - 2007"</p> <p>31. speech pathologies.mp.</p> <p>32. limit 31 to yr="1997 - 2007"</p> <p>33. speech impairment\$.mp.</p> <p>34. limit 33 to yr="1997 - 2007"</p> <p>35. speech trouble\$.mp.</p> <p>36. limit 35 to yr="1997 - 2007"</p> <p>37. speech disability.mp.</p> <p>38. limit 37 to yr="1997 - 2007"</p> <p>39. speech disabilities.mp.</p> <p>40. limit 39 to yr="1997 - 2007"</p> <p>41. speech difficulty.mp.</p> <p>42. limit 41 to yr="1997 - 2007"</p> <p>43. speech difficulties.mp.</p> <p>44. limit 43 to yr="1997 - 2007"</p> <p>45. speech development disorder\$.mp.</p> <p>46. limit 45 to yr="1997 - 2007"</p> <p>47. acquired language disorder\$.mp.</p>

48. limit 47 to yr="1997 - 2007"
49. auditory processing disorder\$.mp.
50. limit 49 to yr="1997 - 2007"
51. semantic-pragmatic disorder\$.mp.
52. limit 51 to yr="1997 - 2007"
53. expressive language disorder\$.mp.
54. limit 53 to yr="1997 - 2007"
55. receptive language disorder\$.mp.
56. limit 55 to yr="1997 - 2007"
57. aphasia.mp.
58. limit 57 to yr="1997 - 2007"
59. dysphasia.mp.
60. limit 59 to yr="1997 - 2007"
61. articulation disorder\$.mp.
62. limit 61 to yr="1997 - 2007"
63. mutism.mp.
64. limit 63 to yr="1997 - 2007"
65. stuttering.mp.
66. limit 65 to yr="1997 - 2007"
67. dysarthria.mp.
68. limit 67 to yr="1997 - 2007"
69. development communication disorder\$.mp.
70. limit 69 to yr="1997 - 2007"
71. acquired communication disorder\$.mp.
72. limit 71 to yr="1997 - 2007"
73. child communication disorder\$.mp.
74. limit 73 to yr="1997 - 2007"
75. communication disability.mp.
76. limit 75 to yr="1997 - 2007"
77. communication disabilities.mp.
78. limit 77 to yr="1997 - 2007"
79. communicative dysfunction\$.mp.
80. limit 79 to yr="1997 - 2007"
81. learning disorder\$.mp.
82. limit 81 to yr="1997 - 2007"
83. learning delay.mp.
84. limit 83 to yr="1997 - 2007"
85. learning difficulty.mp.
86. limit 85 to yr="1997 - 2007"
87. learning difficulties.mp.
88. limit 87 to yr="1997 - 2007"
89. dyslexia.mp.
90. limit 89 to yr="1997 - 2007"
91. dysgraphia.mp.
92. limit 91 to yr="1997 - 2007"
93. agraphia.mp.
94. limit 93 to yr="1997 - 2007"
95. reading disability.mp.
96. limit 95 to yr="1997 - 2007"
97. reading disabilities.mp.
98. limit 97 to yr="1997 - 2007"
99. reading difficulty.mp.
100. limit 99 to yr="1997 - 2007"
101. reading difficulties.mp.
102. limit 101 to yr="1997 - 2007"
103. spelling difficulty.mp.
104. limit 103 to yr="1997 - 2007"
105. spelling difficulties.mp.
106. limit 105 to yr="1997 - 2007"
107. spelling disability.mp.

	I08. limit 107 to yr="1997 - 2007" I09. spelling disabilities.mp. I10. limit 109 to yr="1997 - 2007" I11. reading difficulty.mp. I12. limit 111 to yr="1997 - 2007" I13. reading difficulties.mp. I14. limit 113 to yr="1997 - 2007" I15. reading disorder\$.mp. I16. limit 115 to yr="1997 - 2007" I17. reading delay.mp. I18. limit 117 to yr="1997 - 2007" I19. dyscalculia.mp. I20. limit 119 to yr="1997 - 2007" I21. rehabilitation.mp. or exp Rehabilitation/ or exp Rehabilitation Centers/ I22. limit 121 to yr="1997 - 2007" I23. (rehabilitation centers or Rehabilitation Centers).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] I24. limit 123 to yr="1997 - 2007" I25. early intervention.mp. or exp "Early Intervention (Education)"/ I26. limit 125 to yr="1997 - 2007" I27. education.mp. or exp Education/ I28. limit 127 to yr="1997 - 2007" I29. special education.mp. or exp Education, Special/ I30. limit 129 to yr="1997 - 2007" I31. psychotherapy.mp. or exp Psychotherapy/ I32. limit 131 to yr="1997 - 2007" I33. physical education.mp. or exp "Physical Education and Training"/ I34. limit 133 to yr="1997 - 2007" I35. family therapy.mp. or exp Family Therapy/ I36. limit 135 to yr="1997 - 2007" I37. occupational therapy.mp. or exp Occupational Therapy/ I38. limit 137 to yr="1997 - 2007" I39. speech therapy.mp. or exp Speech Therapy/ I40. limit 139 to yr="1997 - 2007" I41. language therapy.mp. or exp Language Therapy/ I42. limit 141 to yr="1997 - 2007" I43. (intervention\$ or intervention program\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] I44. limit 143 to yr="1997 - 2007" I45. therapist.mp. I46. limit 145 to yr="1997 - 2007" I47. (spelling training or reading training).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] I48. limit 147 to yr="1997 - 2007" I49. treatment.mp. or Therapeutics/ I50. limit 149 to yr="1997 - 2007" I51. child day care center\$.mp. or exp Child Day Care Centers/ I52. limit 151 to yr="1997 - 2007" I53. meta-analysis.mp. or exp Meta-Analysis/ I54. limit 153 to yr="1997 - 2007" I55. review.mp. or exp "Review [Publication Type]"/ I56. limit 155 to yr="1997 - 2007" I57. review literature.mp. or exp "Review Literature"/ I58. limit 157 to yr="1997 - 2007" I59. literature review.mp.
--	--

	<p>160. limit 159 to yr="1997 - 2007"</p> <p>161. systematic review\$.mp.</p> <p>162. limit 161 to yr="1997 - 2007"</p> <p>163. clinical trials.mp. or exp Clinical Trials/</p> <p>164. limit 163 to yr="1997 - 2007"</p> <p>165. (controlled clinical trial\$ or randomized controlled trial\$ or multicenter study or multicenter studies or intervention study or intervention studies or case-control study or case-control studies or cohort study or cohort studies or longitudinal study or longitudinal studies).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>166. limit 165 to yr="1997 - 2007"</p> <p>167. practice guidelines.mp. or exp Practice Guidelines/</p> <p>168. limit 167 to yr="1997 - 2007"</p> <p>169. epidemiologic research design.mp. or exp Epidemiologic Research Design/</p> <p>170. limit 169 to yr="1997 - 2007"</p> <p>171. epidemiologic studies.mp. or exp Epidemiologic Studies/</p> <p>172. limit 171 to yr="1997 - 2007"</p> <p>173. exp Intervention Studies/</p> <p>174. limit 173 to yr="1997 - 2007"</p> <p>175. treatment outcome.mp. or exp Treatment Outcome/</p> <p>176. limit 175 to yr="1997 - 2007"</p> <p>177. outcome.mp. or exp "Outcome Assessment (Health Care)"/ or exp "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/</p> <p>178. limit 177 to yr="1997 - 2007"</p> <p>179. outcome\$ research.mp.</p> <p>180. limit 179 to yr="1997 - 2007"</p> <p>181. (outcome stud\$ or outcome assessment\$ or patient outcome assessment\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>182. limit 181 to yr="1997 - 2007"</p> <p>183. (outcome measure\$ or outcome evaluation\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]</p> <p>184. limit 183 to yr="1997 - 2007"</p> <p>185. outcome scales.mp.</p> <p>186. limit 185 to yr="1997 - 2007"</p> <p>187. 2 or 4 or 6 or 8 or 10 or 12 or 14 or 16 or 18 or 20 or 22 or 24 or 26 or 28 or 30 or 32 or 34 or 38 or 40 or 42 or 44 or 46 or 48 or 50 or 52 or 54 or 56 or 58 or 60 or 62 or 64 or 66 or 68 or 72 or 76 or 78 or 80 or 82 or 84 or 86 or 88 or 90 or 92 or 94 or 96 or 98 or 100 or 102 or 104 or 106 or 108 or 110 or 112 or 114 or 116 or 118 or 120</p> <p>188. 122 or 124 or 126 or 128 or 130 or 132 or 134 or 136 or 138 or 139 or 140 or 142 or 144 or 146 or 148 or 150 or 152</p> <p>189. 154 or 156 or 158 or 160 or 162 or 164 or 166 or 168 or 170 or 172 or 174</p> <p>190. 176 or 178 or 180 or 182 or 184 or 186</p> <p>191. 187 and 188</p> <p>192. 187 and 188 and 189</p> <p>193. 187 and 188 and 189 and 190</p> <p>194. limit 193 to ((dutch or english or french or german) and "all child (0 to 18 years)")</p>
Note	534

Author	Karen De Block
Name	K 3
Project number	PPF07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	dysphasia, language impairment (LI), language disorder, language disabilit*, language difficult*, language trouble, speech disorder en speech delay, communication disorder, dyslexia, reading disabilit*, reading difficult*, reading disorder, dysgraphi*, spelling disabilit* en spelling difficult*, dyscalculia, mathematic* learning disabilit*, mathematic* learning disorder, mathematic* AND difficult* en arithmetic AND difficult*, Speech, Language, Reading, writing, Aphasia, dysarthria, articulation disorder, communication disability, communication problem, language pathology, language delay, speech pathology, speech impairment, speech difficulty, speech disability, reading disorder, reading delay , learning disorder, learning disability

Date	17 January 2008
Database	Pedro
Date covered	1997 – 2007
Search Strategy	Input in field 'abstract and title': dysphasia (4), language impairment (11), language disorder (19), language disabilit*(13), language difficult*(11), language trouble (0), speech disorder (0) en speech delay (0), communication disorder (2), dyslexia (0), reading disabilit* (2), reading difficult* (2), dysgraphi* (0), spelling disabilit* (0), spelling difficult* (0), dyscalculia (0), mathematic* learning disabilit*(0), mathematic* learning disorder(0), mathematic* AND difficult*(0) en arithmetic AND difficult*(0), speech (19), language (174), reading (25), writing (4), aphasia (5), dysarthria (3), articulation disorder (1), communication disability (3), communication problem (8), language pathology (3), language delay (3), speech pathology (3), speech impairment (2), speech difficulty (1), speech disability (1), reading disorder (1), reading delay (1), learning disorder (5), learning disability (7)
Note	333 results

Author	Karen De Block
Name	K4
Project number	PPF07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	Thesaurus: language impairments, communication disorders, communication problems, learning disabilities, learning problems, reading difficulties, reading failure, writing difficulties, speech language pathology, speech impairments, speech improvement, voice disorders Free keywords: Dysgraphia, agraphia, spelling difficulty (ies), spelling disability, writing disability (ies), writing difficulty, reading problem, reading disability, reading failure, reading difficulty (ies), reading disorders, reading delay, learning difficulty (ies), Learning delay, learning problem, learning disability (ies), aphasia, articulation disorder, mutism, stuttering, dysarthria, Communication Problem, communicative dysfunction, communication disability, acquired communication disorder,

	<p>communication disorder, development communication disorder, speech language pathology (ies), speech development disorder, speech impairment, speech difficulty, speech disability, speech pathology, speech delay, semantic-pragmatic disorder, expressive language disorder, acquired language disorder, language disability, language difficulty, language trouble, language pathology, language delay, language impairment</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation centers, Rehabilitation programs, Child development centers, Special education, Interventions, Behavior modification, Daily living skills, Therapy, Family programs, Child development specialists, Special education teachers, Psychologists</p> <p>Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center, rehabilitation program, child development center, intervention, behavior modification, daily living skill, therapy, therapies, family program, special education teacher, speech language pathologist, speech therapist, physical therapist, occupational therapist, psychologist</p> <p>Thesaurus: Meta Analysis, Guidelines, Literature reviews, Experimental groups, Matched groups, Control groups, Longitudinal studies, Cohort analysis, Research Design, Pretest posttests</p> <p>Free keywords: meta analyse, meta analysis, guideline, literature review, systematic review, control group, longitudinal study, longitudinal studies, followup study, followup studies, follow up study, follow up studies, cohort analyse, cohort analysis, randomi?ed controlled trial, controlled trial, cohort study, cohort studies, case-control study, case-control studies, case control study, case control studies, intervention study, intervention studies</p> <p>Thesaurus: Outcomes of treatment, Outcomes of education, Program effectiveness, Program evaluation, Observation, Measurement, Measures (individuals), Rating scales, Questionnaires, Quality of life</p> <p>Free keywords: outcome of treatment, outcome of education, program effectiveness, program evaluation, observation, measurement, measure, rating scale, questionnaire, assessment, evaluation, scale</p>
--	---

Date	24 January 2008
Database	ERIC by EBSCOhost
Date covered	1997 – 2007
Search Strategy	See table below
Note :	

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S18	(S15 and S12 and S9 and S4)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	0
S17	(S12 and S9 and S4)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	0
S16	(S9 and S4)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	0
S15	(S14 or S13)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	18428
S14	(TI outcome of treatment OR TI outcome of education OR TI program effectiveness OR TI program evaluation OR TI observation OR TI measurement OR TI measure OR TI rating scale OR TI questionnaire OR TI assessment OR TI evaluation OR TI scale) or (AB outcome of treatment OR AB outcome of education OR AB program effectiveness OR AB program evaluation OR AB observation OR AB measurement OR AB measure OR AB rating scale OR AB questionnaire OR AB assessment OR AB evaluation OR AB scale)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	15000
S13	((DE "Outcomes of Treatment") OR (DE "Outcomes of Education") OR (DE "Program Effectiveness") OR (DE "Program Evaluation") OR (DE "Observation" OR DE "Naturalistic Observation" OR DE "Participant Observation" OR DE "School Visitation") OR (DE "Measurement" OR DE "Achievement Rating" OR DE "Cognitive Measurement" OR DE "Merit Rating" OR DE "Predictive Measurement" OR DE "Scoring") OR (DE "Measures (Individuals)" OR DE "Affective Measures" OR DE "Attitude Measures" OR DE "Biographical Inventories" OR DE "Interest Inventories" OR DE "Personality Measures" OR DE "Projective Measures" OR DE "Questionnaires" OR DE "Rating Scales" OR DE "Tests") OR (DE "Rating Scales" OR DE "Behavior Rating Scales" OR DE "Likert Scales" OR DE "Semantic Differential") OR (DE "Questionnaires") OR (DE "Quality of Life" OR DE "Quality of Working Life" OR DE "Well Being"))	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	8929
S12	(S11 or S10)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	5159
S11	(TI meta analyse OR TI meta analysis OR	Limiters - Peer Reviewed;	Interface - EBSCOhost	3153

	TI guideline OR TI literature review OR TI systematic review OR TI control group OR TI longitudinal study OR TI longitudinal studies OR TI follow up study OR TI follow up studies OR TI followup study OR TI followup studies OR TI cohort analyse OR TI cohort analysis OR TI randomi?ed controlled trial OR TI controlled trial OR TI cohort study OR TI cohort studies OR TI case-control study OR TI case-control studies OR TI case control studies OR TI intervention study OR TI intervention studies OR TI research design OR TI quasiexperimental design OR TI quasi experimental design OR TI pretest posttest) or (AB meta analyse OR AB meta analysis OR AB guideline OR AB literature review OR AB systematic review OR AB control group OR AB longitudinal study OR AB longitudinal studies OR AB follow up study OR AB follow up studies OR AB followup study OR AB followup studies OR AB cohort analyse OR AB cohort analysis OR AB randomi?ed controlled trial OR AB controlled trial OR AB cohort study OR AB cohort studies OR AB case-control study OR AB case-control studies OR AB case control study OR AB case control studies OR AB intervention study OR AB intervention studies OR AB research design OR AB quasiexperimental design OR AB quasi experimental design OR AB pretest posttest)	Date Published from: 199701-200812	Search Search Database - ERIC	- Advanced	
S10	((DE "Meta Analysis") OR (DE "Guidelines" OR DE "Facility Guidelines") OR (DE "Literature Reviews") OR (DE "Experimental Groups") OR (DE "Matched Groups") OR (DE "Control Groups") OR (DE "Longitudinal Studies") OR DE "Followup Studies") OR (DE "Cohort Analysis") OR (DE "Research Design" OR DE "Quasiexperimental Design") OR (DE "Pretests Posttests"))	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	3865	
S9	(S8 or S7 or S6 or S5)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	6386	
S8	(TI therapy OR TI therapies OR TI family program OR TI special education teacher OR TI speech language pathologist OR TI speech therapist OR TI physical therapist OR TI occupational therapist OR TI psychologist) or (AB therapy or AB therapies OR AB family program OR AB special education teacher OR AB speech language pathologist OR AB speech therapist OR AB physical therapist OR AB occupational therapist OR AB psychologist)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	1339	
S7	((DE "Therapy" OR DE "Art Therapy" OR DE "Bibliotherapy" OR DE "Drug	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from:	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced	1665	

	Therapy" OR DE "Educational Therapy" OR DE "Group Therapy" OR DE "Hearing Therapy" OR DE "Music Therapy" OR DE "Occupational Therapy" OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Speech Therapy" OR DE "Therapeutic Recreation") OR (DE "Family Programs") OR (DE "Child Development Specialists") OR (DE "Special Education Teachers") OR (DE "Psychologists" OR DE "School Psychologists"))	199701-200812	Search Database - ERIC	
S6	(TI rehabilitation OR TI rehabilitation center OR TI rehabilitation program OR TI child development center OR TI intervention OR TI behavior modification OR TI daily living skill) or (AB rehabilitation OR AB rehabilitation center OR AB rehabilitation program OR AB child development center OR AB intervention OR AB behavior modification OR AB daily living skill)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	3800
S5	((DE "Rehabilitation" OR DE "Correctional Rehabilitation" OR DE "Drug Rehabilitation" OR DE "Vocational Rehabilitation") OR (DE "Rehabilitation Centers") OR (DE "Rehabilitation Programs" OR DE "Dropout Programs") OR (DE "Child Development Centers") OR (DE "Special Education" OR DE "Adapted Physical Education") OR (DE "Intervention" OR DE "Crisis Intervention" OR DE "Early Intervention" OR DE "Prereferral Intervention") OR (DE "Behavior Modification" OR DE "Contingency Management" OR DE "Desensitization") OR (DE "Daily Living Skills"))	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	3640
S4	(S3 or S2 or S1)	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	2396
S3	((TI Learning problem or AB Learning problem) OR (TI Learning Disabilities or AB Learning Disabilities) OR (TI Learning Disability or AB Learning Disability) OR (TI aphasia or AB aphasia) OR (TI articulation disorder or AB articulation disorder) OR (TI mutism or AB mutism) OR (TI stuttering or AB stuttering) OR (TI dysarthria or AB dysarthria) OR (TI Communication Problem or AB Communication Problem) OR (TI communicative dysfunction or AB communicative dysfunction) OR (TI communication disability or AB communication disability) OR (TI acquired communication disorder or AB acquired communication disorder) OR (TI communication disorder or AB communication disorder) OR (TI development communication disorder or AB development communication disorder) OR (TI speech language	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	1230

	pathologies or AB speech language pathologies) OR (TI speech language pathology or AB speech language pathology) OR (TI speech development disorder or AB speech development disorder) OR (TI speech impairment or AB speech impairment) OR (TI speech impairment or AB speech difficulty) OR (TI speech difficulty or AB speech difficulty) OR (TI speech disability or AB speech disability) OR (TI speech pathology or AB speech pathology) OR (TI speech delay or AB speech delay) OR (TI semantic-pragmatic disorder or AB semantic-pragmatic disorder) OR (TI expressive language disorder or AB expressive language disorder) OR (TI acquired language disorder or AB acquired language disorder) OR (TI language disability or AB language disability) OR (TI language difficulty or AB language difficulty) OR (TI language trouble or AB language trouble) OR (TI language pathology or AB language pathology) OR (TI language delay or AB language delay) OR (TI language impairment or AB language impairment))			
S2	((TI dysgraphia or AB dysgraphia) OR (TI agraphia or AB agraphia) OR (TI spelling difficulties or AB spelling difficulties) OR (TI spelling difficulty or AB spelling difficulty) OR (TI spelling disability or AB spelling disability) OR (TI writing disability or AB writing disability) OR (TI writing difficulties or AB writing difficulties) OR (TI writing difficulty or AB writing difficulty) OR (TI reading problem or AB reading problem) OR (TI reading disability or AB reading disability) OR (TI reading failure or AB reading failure) OR (TI reading difficulties or AB reading difficulties) OR (TI reading difficulty or AB reading difficulty) OR (TI reading disorders or AB reading disorder) OR (TI reading delay or AB reading delay) OR (TI Learning difficulties or AB Learning difficulties) OR (TI Learning difficulty or AB Learning difficulty) OR (TI Learning delay or AB Learning delay))	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	456
SI	((DE "Language Impairments" OR DE "Aphasia" OR DE "Dyslexia") OR (DE "Communication Disorders") OR (DE "Communication Problems") OR (DE "Learning Disabilities") OR (DE "Learning Problems") OR (DE "Reading Difficulties") OR (DE "Reading Failure") OR (DE "Writing Difficulties") OR (DE "Speech Language Pathology") OR (DE "Speech Impairments" OR DE "Articulation Impairments" OR DE "Delayed Speech" OR DE "Stuttering" OR DE "Voice Disorders") OR (DE "Speech Improvement") OR (DE "Voice Disorders"))	Limiters - Peer Reviewed; Date Published from: 199701-200812	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - ERIC	2247

Author	Karen De Block
Name	K5
Project number	PPF07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'

Date	17 January 2008
Database	CIRRIE
Date covered	1997 – 2007
Search Strategy	<p>Input in field 'subject heading': speech impairments (0) , speech therapy (36), language disorders (0), learning disabilities (15), aphasia (190), stuttering (37).</p> <p>Input in field 'title keywords': dysphasia (3), aphasia (107), language impairment (47), language disorder (27), language disabilit (16), language difficulty (13), language trouble (0), speech disorder (18), speech delay (11).</p> <p>dyslexia (75), reading disabilit (19), reading difficult (9), reading disorder (9), dysgraphia (4), spelling disabilit (2), spelling difficult (3)</p> <p>dyscalculia (2), mathematic learning disabilit (2), Mathematic learning disorder (0), mathematic difficulty (0), arithmetic difficult (1), communication disorder (15) en auditory perceptual disorder (1)</p>
Note	622

Author	Karen De Block
Name	K6
Project number	PPF07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'

Date	21 January 2008												
Database	Cochrane Library												
Date covered	1997 – 2007												
Search Strategy	<table> <tr> <td>#1</td> <td>MeSH descriptor Communication Disorders explode all trees</td> <td>739</td> </tr> <tr> <td>#2</td> <td>(#1), from 1997 to 2007</td> <td>423</td> </tr> <tr> <td>#3</td> <td>MeSH descriptor Rehabilitation of Speech and Language Disorders explode all trees</td> <td>160</td> </tr> <tr> <td>#4</td> <td>(#3), from 1997 to 2007</td> <td>107</td> </tr> </table>	#1	MeSH descriptor Communication Disorders explode all trees	739	#2	(#1), from 1997 to 2007	423	#3	MeSH descriptor Rehabilitation of Speech and Language Disorders explode all trees	160	#4	(#3), from 1997 to 2007	107
#1	MeSH descriptor Communication Disorders explode all trees	739											
#2	(#1), from 1997 to 2007	423											
#3	MeSH descriptor Rehabilitation of Speech and Language Disorders explode all trees	160											
#4	(#3), from 1997 to 2007	107											

	#5 MeSH descriptor Speech-Language Pathology explode all trees	16
	#6 (#5), from 1997 to 2007	14
	#7 (communication disorder):ti,ab,kw	264
	#8 (#7), from 1997 to 2007	189
	#9 (speech delay):ti,ab,kw	66
	#10 (#9), from 1997 to 2007	50
	#11 (learning disability):ti,ab,kw	303
	#12 (#11), from 1997 to 2007	148
	#13 (reading disability):ti,ab,kw	98
	#14 (#13), from 1997 to 2007	56
	#15 (dyslexia):ti,ab,kw	186
	#16 (#15), from 1997 to 2007	99
	#17 (language disability):ti,ab,kw	310
	#18 (#17), from 1997 to 2007	280
	#19 (language disorder):ti,ab,kw	910
	#20 (#19), from 1997 to 2007	801
	(#2 OR #4 OR #6 OR #8 OR #10 OR #21 #12 OR #14 OR #16 OR #18 OR #20), 1590 from 1997 to 2007	
Note :	1590 results	

Author	Karen De Block
Name	K7
Project number	PPF07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	Thesaurus: communication disorders, language disorders, speech disorders, retarded speech development, language delay, learning disorders Free keywords: communication disorders, language disorders, speech disorders, retarded speech development, language delay, learning disorders, communication disorder\$, auditory perceptual disorder\$, language disorder\$, language delay, language pathology, language pathologies, language trouble\$, language impairment, language disability, language disabilities, language difficulty, language difficulties, speech disorder, speech delay, speech pathology, speech pathologies, speech impairment, speech trouble\$, speech disability, speech disabilities, speech difficulty, speech difficulties, speech development disorder\$, acquired language disorder\$, auditory processing disorder\$, semantic-pragmatic disorder\$, expressive language disorder\$, receptive language disorder\$, aphasia, dysphasia, articulation disorder\$, mutism, stuttering, dysarthria, development communication disorder\$, acquired communication disorder\$, child communication disorder\$, communication disability, communication disabilities, communicative dysfunctions, learning disorder\$, learning delay, learning difficulty, learning difficulties, dyslexia, dysgraphia, agraphia, reading disability, reading disabilities, reading difficulty, reading difficulties, spelling

	<p>difficulty, spelling difficulties, spelling disability, spelling disabilities, reading difficulty, reading difficulties, reading disorder\$, reading delay, dyscalculia</p> <p>Thesaurus: Rehabilitation, Rehabilitation Centers, Education, Psychotherapy, Physical Education, Family Therapy, Intervention, Treatment, Day Care Centers</p> <p>Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center\$, early intervention, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention\$, intervention program\$, physiotherapist\$, speech therapist\$, physical training, treatment, education</p>
--	--

Date	28 January 2008
Database	PsycINFO by OVID
Date covered	1997 to January week 3 2007
Search Strategy	<p>1. communication disorders.mp. or exp Communication Disorders/</p> <p>2. limit 1 to yr="1997 - 2007"</p> <p>3. language disorders.mp. or exp Language Disorders/</p> <p>4. limit 3 to yr="1997 - 2007"</p> <p>5. speech disorders.mp. or exp Speech Disorders/</p> <p>6. limit 5 to yr="1997 - 2007"</p> <p>7. retarded speech development.mp. or exp Retarded Speech Development/</p> <p>8. limit 7 to yr="1997 - 2007"</p> <p>9. language delay.mp. or exp Language Delay/</p> <p>10. limit 9 to yr="1997 - 2007"</p> <p>11. learning disorders.mp. or exp Learning Disorders/</p> <p>12. limit 11 to yr="1997 - 2007"</p> <p>13. (communication disorder\$ or auditory perceptual disorder\$ or language disorder\$ or language delay or language pathology or language pathologies or language trouble\$ or language impairment or language disability or language disabilities or language difficulty or language difficulties).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]</p> <p>14. limit 13 to yr="1997 - 2007"</p> <p>15. (speech disorder or speech delay or speech pathology or speech pathologies or speech impairment or speech trouble\$ or speech disability or speech disabilities or speech difficulty or speech difficulties or speech development disorder\$ or acquired language disorder\$ or auditory processing disorder\$ or semantic-pragmatic disorder\$ or expressive language disorder\$ or receptive language disorder\$ or aphasia or dysphasia or articulation disorder\$ or autism or stuttering or dysarthria).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]</p> <p>16. limit 15 to yr="1997 - 2007"</p> <p>17. (development communication disorder\$ or acquired communication disorder\$ or child communication disorder\$ or communication disability or communication disabilities or communicative dysfunctions).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]</p> <p>18. limit 17 to yr="1997 - 2007"</p> <p>19. (learning disorder\$ or learning delay or learning difficulty or learning difficulties or dyslexia or dysgraphia or agraphia or reading disability or reading disabilities or reading difficulty or reading difficulties or spelling difficulty or spelling difficulties or spelling disability or spelling disabilities or reading difficulty or</p>

	reading difficulties or reading disorder\$ or reading delay or dyscalculia).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts] 20. limit 19 to yr="1997 - 2007" 21. 2 or 4 or 6 or 8 or 10 or 12 or 14 or 16 or 18 or 20 22. exp REHABILITATION/ or rehabilitation.mp. 23. limit 22 to yr="1997 - 2007" 24. rehabilitation center.mp. or exp Rehabilitation Centers/ 25. limit 24 to yr="1997 - 2007" 26. exp EDUCATION/ or education.mp. 27. limit 26 to yr="1997 - 2007" 28. psychotherapy.mp. or exp PSYCHOTHERAPY/ 29. limit 28 to yr="1997 - 2007" 30. physical education.mp. or exp Physical Education/ 31. limit 30 to yr="1997 - 2007" 32. family therapy.mp. or exp Family Therapy/ 33. limit 32 to yr="1997 - 2007" 34. intervention.mp. or exp INTERVENTION/ 35. limit 34 to yr="1997 - 2007" 36. exp TREATMENT/ or treatment.mp. 37. limit 36 to yr="1997 - 2007" 38. exp Day Care Centers/ or child daycare center.mp. 39. limit 38 to yr="1997 - 2007" 40. (rehabilitation or rehabilitation center\$ or early intervention or special education or psychotherapy or physical education or family therapy or occupational therapy or speech therapy or language therapy or intervention\$ or intervention program\$ or physiotherapist\$ or speech therapist\$ or physical training or treatment or education).mp. 41. limit 40 to yr="1997 - 2007" 42. 23 or 25 or 27 or 29 or 31 or 33 or 35 or 37 or 39 or 41 43. 21 and 42 44. limit 43 to ((childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>) and (100 childhood <birth to age 12 yrs> or 120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <age 2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs> or 180 school age <age 6 to 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>) and journal article and (dutch or english or french or german)) 45. meta analysis.mp. or exp Meta Analysis/ 46. limit 45 to yr="1997 - 2007" 47. literature review.mp. or exp "Literature Review"/ 48. limit 47 to yr="1997 - 2007" 49. experimental design.mp. or exp Experimental Design/ 50. limit 49 to yr="1997 - 2007" 51. Quasi Experimental Methods.mp. or exp Quasi Experimental Methods/ 52. limit 51 to yr="1997 - 2007" 53. longitudinal studies.mp. or exp Longitudinal Studies/ 54. limit 53 to yr="1997 - 2007" 55. cohort analysis.mp. or exp Cohort Analysis/ 56. limit 55 to yr="1997 - 2007" 57. (meta analyse or meta analysis or guideline or literature review or systematic review or control group or longitudinal study or longitudinal studies or followup study or followup studies or follow up study or follow up studies or cohort analyse or cohort analysis or randomi?ed controlled trial or controlled trial or cohort study or cohort studies or case-control study or case-control studies or case control study or case control studies or intervention study or intervention studies or control groups or matched groups or research design).mp. [mp=title,
--	--

	abstract, heading word, table of contents, key concepts] 58. limit 57 to yr="1997 - 2007" 59. 46 or 48 or 50 or 52 or 54 or 56 or 58 60. 44 and 59
Note	399

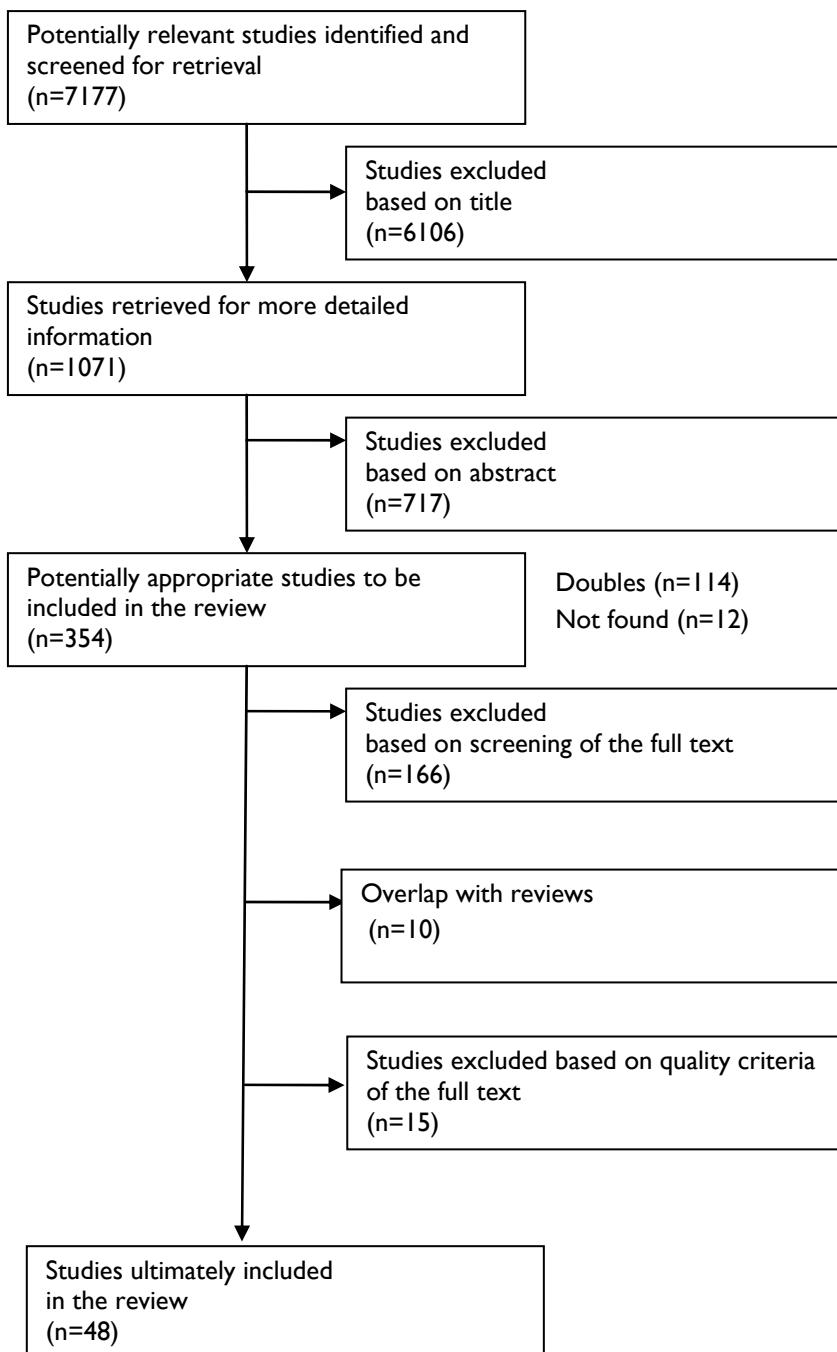
Author	Karen De Block
Name	K8
Project number	PPF07
Project name	'Target groups and evidence-based treatment of multidisciplinary rehabilitation in NOK-PSY rehabilitation centers'
Keywords	<p>Thesaurus: communication disorder, language disability, speech disorder</p> <p>Free keywords:</p> <p>Communication disorder*, language disability*, speech disorder*, language delay, language impairment*, language difficult*, speech delay, speech pathology*, speech impairment*, speech trouble, speech difficult*, speech disabilit*, speech disorder*, communication disabilit*, learning difficult*, dyslexia, dysgraphia, aphasia, reading disability*, reading difficult*, spelling difficult*, spelling disabilit*, reading delay</p> <p>Thesaurus: therapy, education psychiatric treatment</p> <p>Free keywords: rehabilitation, rehabilitation center*, early intervention*, special education, psychotherapy, physical education, family therapy, occupational therapy, speech therapy, language therapy, intervention*, intervention program*, physiotherapist*, speech therapist*, physical training, treatment*, education</p> <p>Thesaurus: practice guideline, meta analysis, systematic review</p>

Date	1 February 2008
Database	Embase
Date covered	1997 to January week 4 2008
Search Strategy	<pre>#45 #44 AND ([dutch]/lim OR [english]/lim OR234 [french]/lim OR [german]/lim) AND ([child]/lim OR [adolescent]/lim) AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py</pre> <pre>#44 #36 AND #41 AND #43 1,950</pre> <pre>#43 'practice guideline'/exp OR 'meta157,471 analysis'/exp OR 'systematic review'/exp AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py</pre> <pre>#41 #37 OR #38 OR #39 OR #40 2,422,266</pre> <pre>#40 ('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation') OR1,360,297 ('rehabilitation'/exp OR 'rehabilitation') AND center* OR early AND intervention* OR special AND ('education'/exp OR 'education') OR ('psychotherapy'/exp OR 'psychotherapy') OR physical AND ('education'/exp OR 'education') OR ('family'/exp OR 'family') AND ('therapy'/exp OR 'therapy') OR occupational AND ('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('speech'/exp OR 'speech') OR ('therapy'/exp OR 'therapy') OR ('language'/exp OR 'language') AND ('therapy'/exp OR 'therapy') OR</pre>

	intervention* OR intervention AND program* OR physiotherapist* OR ('speech'/exp OR 'speech') AND therapist* OR physical AND ('training'/exp OR 'training') OR treatment* OR ('education'/exp OR 'education') AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #39'psychiatric treatment'/exp OR 'psychiatric72,289 treatment' AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py #38'education'/exp OR 'education' AND219,394 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #37'therapy'/exp OR 'therapy' AND1,957,943 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #36#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #658,562 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 #35('speech development'/exp OR 'speech995 development') AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #34'agraphia'/exp OR 'agraphia' AND249 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #33dyscalculia AND [embase]/lim AND [1997-95 2008]/py #32'spelling'/exp OR 'spelling' AND disabilit*168 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #31'reading'/exp OR 'reading' AND delay AND222 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #30'spelling'/exp OR 'spelling' AND difficult*139 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #29'reading'/exp OR 'reading' AND difficult*1,704 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #28'reading'/exp OR 'reading' AND disabilit*1,083 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #27'aphasia'/exp OR 'aphasia' AND5,413 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #26'dysgraphia'/exp OR 'dysgraphia' AND220 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #25'dyslexia'/exp OR 'dyslexia' AND2,316 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #24'learning'/exp OR 'learning' AND difficult*6,936 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #23'learning'/exp OR 'learning' AND delay1,754 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #22'communication'/exp OR 'communication'6,995 AND disabilit* AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #20'speech'/exp OR 'speech' AND difficult*2,556 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #19'speech'/exp OR 'speech' AND disabilit*3,038 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #18'speech'/exp OR 'speech' AND trouble*115 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #17'speech'/exp OR 'speech' AND4,342 impairment* AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py
--	---

	#16 'speech'/exp OR 'speech' AND patholog*2,501 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #15 'speech'/exp OR 'speech' AND delay AND768 [embase]/lim AND [1997-2008]/py #14 'language'/exp OR 'language' AND difficult*3,414 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #13 'language'/exp OR 'language' AND disabilit*5,504 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #12 'language'/exp OR 'language' AND4,734 impairment* AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #11 'language'/exp OR 'language' AND trouble*197 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #10 'language'/exp OR 'language' AND trouble61 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #9 'language'/exp OR 'language' AND2,375 patholog* AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py #8 'language'/exp OR 'language' AND delay800 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #7 'language'/exp OR 'language' AND9,822 disorder* AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py #6 'speech'/exp OR 'speech' AND disorder*10,470 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #5 'speech disorder'/exp OR 'speech disorder'14,829 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #4 'language'/exp OR 'language' AND disabilit*5,504 AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #3 'language disability'/exp OR 'language'11,607 disability' AND [embase]/lim AND [1997- 2008]/py #2 ('communication'/exp OR 'communication')23,030 OR ('communication'/exp OR 'communication') AND disorder* AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py #1 ('communication disorder'/exp OR12,574 'communication disorder') OR ('communication disorder'/exp OR 'communication disorder') AND [embase]/lim AND [1997-2008]/py
Note	234

APPENDIX 26 TO CHAPTER 3 FLOW LITERATURE SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE AND SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS



APPENDIX 27 TO CHAPTER 3 EVIDENCE TABLES LITERATURE SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE AND SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS

Author(s)	Date	Type/duration of intervention	Therapeutic speciality(ies)- Mono- or multi-disciplinary	N	Age	Purpose of intervention	Used method of effect evaluation	Reported effects (effect size...)	Remarks (quality of the study...)
-----------	------	-------------------------------	--	---	-----	-------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Interventions for speech and language disorders

Law et al.	2003	Cochrane Review Speech and language interventions	Not mentioned	-	Children and adolescents (3-18 years)	Effect of therapy on speech and language difficulties Group therapy versus individual therapy Parent as administers of therapy versus professionals as administers of therapy	Not possible due to heterogeneity: the interventions cover a range of interventions. It was not clear that the assessment and intervention, was uniform over the different studies	Speech and language therapy is effective for children with expressive phonological ($SMD=0.44$, 95%CI: 0.01, 0.86) or expressive vocabulary difficulties ($SMD=0.89$, 95%CI: 0.21, 1.56) The effectiveness of expressive syntax interventions showed mixed findings ($n=233$; $SMD= 1.02$, 95 % CI: 0.04-2.01) Evidence suggests that therapy can be effective when no receptive difficulties exist together with those expressive difficulties Less evidence was found for the effectiveness of the interventions for children with receptive difficulties ($SMD=-0.04$, 95%CI: -0.64, 0.56) There were no differences found between the use of trained parents and clinicians as the administrators of intervention ($SMD=0.01$, 95% CI: -0.26, 1.17) Included studies did not show significant differences between group therapy and individual treatment ($SMD=0.01$, 95 % CI: -0.26, 1.17) but involving normal language peers in therapy has a positive effect on therapy outcome ($SMD=2.29$, 95% CI: 1.11, 3.48)	Cochrane: 8/8 Further research is necessary for receptive language difficulties Stuttering and learned misarticulations were excluded
Boyle et al.	2007	HTA	Monodisciplinary	N=161	6 – 11 years	Direct/indirect versus	CELF-3,CELF-parental,WASI,BPV	No significant differences between direct and indirect modes of	HTA criteria: 16/17

		A therapy manual based on evidence from research and literature about effective intervention (3 times a week, 30-40 minutes during 15 weeks)	(Speech and language therapists or speech and language therapists assistants)			individual/group therapy compared to control group in school setting	S II,PPCPQ	therapy No significant differences between individual and group therapy on primary language outcome measures Overall effectiveness for speech and language therapy (15 week project) for expressive language outcomes compared to children receiving therapy from community based services No significant differences in outcome for receptive language between therapy in the project and the control group There was no evidence of long term benefit of the therapy at 12-months follow-up	Children with phonological or articulatory difficulties were excluded from the study Therapy in this study was more intensive than that therapy delivered by community services Need for further research for receptive language problems and for a multidisciplinary approach
Gibbard et al.	2004	Quasi-experimental design An intervention study to compare costs and outcomes for children receiving parent-based intervention (PBI) or general care PBI: Parents received 11 training sessions of 90 minutes (structured teaching demonstrations for each language objective set, objectives were then implemented at home following their	parents	PBI (N=11) General care (N=10)	Mean age: 2.02 years	Improve expressive language development Cost-effectiveness of therapy		After six months the results showed that children receiving PBI made significant greater language gains than children receiving general care Concerning the costs: no significant increase in cost per outcome was found for PBI over general care, although the cost	Cochrane: 2,5/10 Gersten: 8/14

		child's lead) General care: Parent and child were seen individually , on a 3-monthly review and advice basis (techniques and suggestions to stimulate the child's language)							
Phonological interventions									
Gillon 2000	Pre-post design Phonological awareness intervention (Two 1-hour individual sessions per week until 20 hours of intervention)	Either the author, local speech-language therapist who was trained or a research assistant (speech-language therapist)	Experimental group (G1): n=23 Traditional intervention control (G2): n=23 Minimal intervention control(G3): n=15 Normal comparison (G4): n=30	5:6 – 7:6	Improvements on phonological awareness ability, reading performance and speech production	TONI-2, PPVT-R,CELF-3 (word structure subtest), Percentage Phonemes Correct (PCC) Speech production measures: Goldman Fristoe Test of articulation sounds-in-words subtest (Goldman & Fristoe, 1986), Phonological Variability Test (Dodd, 1995) Literacy measures: Neale Analysis of Reading Ability-Revised (Neale et al. 1989), Burt Word Reading Test-New Zealand Revision (Gilmore et al., 1981), Ready-to-Read Word Test (Clay, 1979), Letter Identification task, Nonword Reading task from the	Effect on Phonological awareness: Significant improvement on the LAC for G1 ($p<.001$) compared to the control groups (No statistical differences between 3 control groups) G1's scored significantly better for onset-rime than G3 and better than G2 for syllabic level measure ($p<.05$) No significant differences between groups for recognizing rhyming words G4 significantly improved more than all three groups in their use of phonological knowledge ($p<.05$) Effect on Reading development G1 improved better than G2 and G3 for word recognition skills, reading and comprehending connected text and nonword decoding ability (no differences between G2 and G3) No differences in improvement between G1 and G4 (but G4 improvements were greater then G2 and G3) Effect on speech production	Cochrane: 3,5/10 Gersten: 11/14	

							Reading Freedom Diagnostic Reading Test (Calder, 1992) Phonological awareness measures: Lindamood Auditory Conceptualization Test (LAC; Lindamood & Lindamood, 1979), Queensland University Inventory of Literacy (QUIL; Dodd et al., 1996)	G1 improved better in speech production then the other groups ($p<.05$)
Gillon	2002	Follow-up Phonological awareness intervention(PA) (Two 1-hour individual sessions per week until 20 hours of intervention)	Either the author, local speech-language therapist who was trained or a research assistant (speech-language therapist)	G1(phonological awareness training): N= 20 G2 (other speech-language therapy): N= 20 G3 (control group): N=20	66 months – 90 months	Follow-up data 11months (SD=2.1) after post-intervention assessment	Burt Word Reading test-New Zealand Revision, QUIL, PCC (Goldman Fristoe Test, PROPH), Phonological Variability Test Significant differences were found for phoneme awareness, speech production, word recognition and spelling abilities between children who received PA and those that did not. PA intervention results in long-term benefit compared to other treatments	Cochrane: 4/10 Gersten: 11/14
Rvachew et al.	2004	Investigation of a perceptual approach to the treatment of expressive phonological delay Experimental treatment: 16 15-minutes sessions weekly, computer game based on the	Speech-language pathologist	Experimental group (N=17) Control group (N=17)	41-69 months	Outcome for phonemic perception skills, articulation skills and phonological awareness	Phonemic perception [$F= 9.24$, $p= .003$, $\Delta^2= .230$] Articulation (GFTA-2): [$F= 7.07$, $p= .005$, $\Delta^2= .186$] Articulation (PCC-difficult): [$F= 8.51$, $p= .004$, $\Delta^2= .215$] Phonological awareness: [$F= 0.08$, $p= .387$, $\Delta^2= .003$]	Cochrane: 7/10 Gersten: 10/14 Before treatment children received already speech-language therapy (reflection of clinical practice)

		SAILS platform (identifying words that are pronounced correctly or incorrectly, each beginning with a commonly misarticulated consonant with corrective feedback) Control group: commercially available computer-presented stories					Children in the experimental group made greater gains in phonemic perception, and articulatory accuracy Posttreatment PCC-difficult was significant greater for the experimental group than for the control group No significant difference was found between both groups for phonological awareness	
Tyler et al.	2003	Study to assess phonological and morphosyntactic change by using different goal attack strategies (two intervention sessions a week/ 30 min individual and 45 min group session) Focus of Intervention: Auditory awareness, sound description/conceptualisation/identification, elicited production, focused stimulation/naturalistic activity, phonological awareness	Graduate student after training, under supervision of a speech-language therapist	4 experimental conditions: G1 (n=10): phonology first (focus on only phonology the first 12-week block, total of 24 weeks), G2 (n=10): morphosyntactic first (focus on morphosyntactic the first 12-week block), G3 (n=11): alternating intervention, G4 (n=9): simultaneous intervention (phonology)	3;0-5;11	Goals were set for every child individually (children within one group worked on same goals)	Cohen's d d = 1,06-1,55	Morphosyntactic change: The goal attack strategy G3[t (16)= 3.0, p=.003, d= 1.53] and G2 [t (15)= 1.82, p=.037, d= .95] produced significantly greater morphosyntactic change than the control group Phonology change: No significant main effect was found for group for phonology change t-tests showed however that G3[t (16)= 1.84, p=.03, d= .94], G2[t (15)= 1.62, p=.05, d= .85] and G4 [t (14)= 2.29 p=.01, d= 1.22] produced phonology change that was significantly greater than the no-treatment group After 24 weeks of intervention: G3 produced the greatest morphosyntactic change compared to G1 [t (19)= 3.37, p=.0018, d= 1.55], to G2 [t (19)= 2.32, p=.026, d= 1.06] and G4 [t (18)= 2.41, p=.02, d= 1.13] No different gains

				and morphosyntactic goals in every session) and the no-treatment control group (n=7)			were found for G1, G2 and G4 No significant differences were found in phonology change across the four interventions	
Segers & Verhoeven	2004	RCT Training of phonological awareness through a computer intervention	Computer program supported by the first author (school psychologist and experienced in testing young children with SLI)	N= 36 Experimental group 1: training with normal speech Experimental group 2: training with manipulation of speech Control group	4;10-6;11	How do phonological skills improve in kindergarten children with SLI by using an adaptive computer program? Does speech manipulation added to the computer program produce additional learning?	5 phonological awareness tasks (word awareness, syllabic awareness, rhyme awareness, phonemic analysis and phonemic synthesis)	Significant main effect of group directly after intervention [$F(2,33) = 3.33, p= .05$, partial $\eta^2 = .17$] The differences could be attributed to difference between group I and control group ($p=.05$) and group I made more progress than the control group. Group 2 did not differ significantly from group I ($p=.40$) or the control group ($p=.94$) 18 weeks post-intervention there were no significant effects of groups [$F(2,33) = 1.56, p= .23$, partial $\eta^2 = .09$] The effect size of group I versus control group indicated that the progress of group I exceeded the progress of the control group ($p=.28, f=.29$)
Denne et al.	2005	Effectiveness of phonological awareness training (based on the Gillon Phonological Awareness Training Program)	First two authors (speech and language therapists)	Treated group G1 (N=20) Non-treated group G2 (N=20)	5-7	Develop phoneme awareness and grapheme-phoneme knowledge	PAT, Wechsler Objective Reading Dimension (WORD), Non-Word Decoding Test, STAP (PCC)	Effect size of the study ($d = .85$) G1 improved significantly more than G2 on PAT [$F(1,17) = 10.78, p<.01$] For reading and spelling (although both groups improved significantly) no significant improvement was found for the G1 compared to G2 [$F<1$ in each case] For non-word reading a stronger improvement was found for G1 [$F(1,17) = 11.2, p <.05$] Both groups significantly improved on the STAP but no significant

							improvement was found for G1 compared to G2 [F(1,17) = 3.209, p = .09]	groups. Standard deviation scores on tests were large (indicate variation in both pre- and post-therapy performance of the children)
Hesketh et al.	2007	RCT Does specific training enable pre-school, pre-literate children with speech problems to develop phoneme awareness?	Two authors	Experimental group (phonological awareness tasks) G1 (N=22) Control group (general language stimulation programme) G2 (N=20)	4;0 - 4;6	Preschool and Primary Inventory of Phonological Awareness (PIPA; Dodd et al., 2000) (subtests: alliteration awareness, phoneme isolation, phoneme segmentation) and Phoneme Addition and Deletion task (PAD)	Skills like phoneme isolation can be triggered by therapy in many pre-school children More advanced phoneme awareness tasks like word segmentation and phoneme addition and deletion were only required by a minority of children	Cochrane: 5,5/10 Gersten: 10/14 Wide range of type and severity of speech disorder
Gustafson et al.	2007	Quasi-experimental design Phonological training: average 609 minutes (SD=247,N=34) Orthographic training: average 637 minutes (SD=208, N=35)	Special teachers instruction	Phonological training group (N=41) Orthographic training group (N=39) Ordinary special instruction group (N=20) Normal reading group (N=34)	8-10 years	Text reading (Malmquist, 1977) General Word Decoding (Wordchains test, Jacobson, 1993; Miller Gurin, 1999) Phonological and Orthographic Word Decoding (designed after Olson, Kliegl, Davidson, & Foltz, 1985) Orthographic training: DOT (Gustafson, Ferreira, & Rönneberg, 2003) including word reading, text reading, word parts and building words Both trainings	Both intervention groups made significant gains in text reading and general word decoding, but those gains were not significantly higher than for the comparison groups Children with pronounced phonological problems improved general word decoding skills more from phonological than from orthographic training and the opposite was found for children with pronounced orthographic problems	Cochrane: 2/10 Gersten: 11/14

					were computerized	Raven's coloured Progressive Matrices bewerking (Psykologiförlaget AB, 1995)		
Lexical interventions								
Kouri	2005	Quasi-experimental design What is the effect of therapy using auditory bombardment (AB) followed by play modelling, and therapy using elicitation (verbal and non-verbal reactions of parents on the play) and imitation prompts, on early lexical development? (Twice weekly for a total of 10 individual sessions (50 minutes) in a 5-7 week period)	6 graduate student clinicians	Interactive modelling with AB (n=14), mand-elicited imitation (MEI) (n=15)	19-36 months (M=27.89)		Effect size Cohen's d Moderate to large effect sizes ($d=.73$) indicating that more target words were introduced to MEI participants, they acquired more target words and produced more spontaneous plus acquired target words combined MEI participants required fewer sessions ($M=6.25$, $SD = 2.24$) to reach acquisition criteria for target words than Mod-AB participants ($M= 7.72$, $SD= 2.61$) with the effect size $d=.39$ 2 weeks after treatment a generalization session was held but this did not show significant training condition effect A significant condition- setting interaction was found [$F(1,18)= 8.22$, $p=.011$] indicating that Mod-AB participants produced more target words limited to the generalization setting than words limited to the treatment setting ($d=1.23$)	Cochrane: 5,5/10 Gersten: 12/14 Due to young age: most children had no formal diagnose of a specific disorder Criterion for participation was delayed onset of talking and reduced vocabulary size compared to age expectation Children had slow expressive language development and mild developmental delay
Leonard et al.	2006	Quasi-experimental design Investigation to determine whether treatment of children with SLI is effective for the use of grammatical morphemes that	clinicians	25 children S3group: Treatment in third-person singular -s (N=15) AUX group: Treatment	3;0 – 4;4 (M=3;5)		Both groups showed a significant increase in the use of their targets from T1 to T2 ($d=1.96$ for 3S; $d =3.21$ for AUX), as well as between T2 and T3 ($d=1.25$; $d= 0.93$) At T2, for both groups, the target was significant greater than both past tense -ed ($d= 2.41$; $d=1.32$)	Cochrane: 3/10 Gersten: 10/14 Maturation processes Baseline differences

		mark tense and agreement and if treatment gains influence the use of untreated morphemes		in auxiliary is/are/was (N=10) Control: -ed interventions and copula interventions			and the morpheme serving as the target for the other group ($d= 0.88$; $d= 1.52$). similar results were found for T3 Children showed significantly larger gains on the trained target than on the controls (-ed) who were not included in the intervention. Possible treatment-related generalization across morpheme types occurred but there was also evidence that one morpheme type influenced another when none of them were the target of intervention		
Bishop et al.	2006 include d no effect	Effectiveness of a computerized training program (by using a part of the Fast Forward training) on grammatical comprehension, with and without speech modification (20 sessions of 15 minutes)	Program was taught by the teacher	G1 (N=12) respond to reversible sentences in computer game, using speech stimuli with pause for critical phrases G2 (N= 12) used the same stimuli acoustically modified to lengthen and amplify dynamic portions of the signal G3 (N= 9) untrained control group	8 -13	The goal of the training is to make sentence interpretation more fluent, accurate and automatic	Test for Reception of Grammar (TROG-2), Comprehension scale of the Expression, Reception and Recall of Narrative Instrument (ERRNI)	Strong effect of testing session: $\Delta^2=0,401$ Responses speeded up as the training progressed Accuracy remained below 95% correct for constructions like above/below and reversible active/passive No differences were found between trained and untrained children on language and auditory outcomes. They could not deliver proof of the effectiveness of training using acoustic modified stimuli to improve comprehension.	Cochrane: 5/10 Gersten: 12/14 Wide variation in amount of training for both groups Small sample size

Solan et al.	2003	RCT Individual computer-based attention therapy, 12 one-hour weekly sessions	Not mentioned	Experimental group (N=15) Control group: no therapy (N=15)	11.3 years	Computer-based attention therapy (consisting of 5 programs; perceptual accuracy, visual efficacy, visual search, visual scan and visual span) versus no treatment control group	Attention scales of the Cognitive Assessment system (CAS, Naglieri & Dss, 1997)	Mean total standard attention scores improved for the experimental group [$t(14)=6.48, p<0.01$] Mean reading comprehension scores of the experimental group improved significantly [$t(14)=2.47, p<0.05$] (ES=1.17) The control group did not statistically improved on reading comprehension or on attention	Cochrane: 4/10 Gersten: 9/14 Moderate reading disabilities
Facoetti et al.	2003	RCT 4 months, twice a week (32 sessions), 45 minutes per session	Not mentioned	Treatment group (N= 24) VHSS (N = 12) Speech treatment program (N = 12) Control group (N = 19)	9, 84 years	The efficacy of VHSS training vs speech treatment program Improvement of the inhibition process in children with reading disorder	Italian test of oral text reading (Cornoldi & Colpo, 1981)	Reaction times (RT) were faster in normal readers than in dyslexics [$F(1, 41)= 4.34, p<0.05$] The facilitation effect (neutral vs valid cues) was significant in both normal readers and dyslexics The inhibition effect (invalid vs neutral cues) was present in normal readers ($p< 0.05$) but not in dyslexics ($p= 0.75$) The reading speed improved significantly ($p< 0.02$) and the mean errors decreased significantly ($p< 0.001$) for the VHSS group The inhibition effect improved significantly in the VHSS group ($p<0.001$)	Cochrane: 4/10 Gersten: 9/14

Acoustic modified stimuli

Cohen et al. (language disorders)	2005	FFW (FastForWord)		G1 (N=23): FFW G2(N=27): educational software package designed to encourage	6-11	Effect of FFW in group of children with severe mixed receptive-expressive specific language impairments	CELF-3; TOLD-P:3, PhAB, BAS II, Bus Story Test	No significant benefits were found for children receiving FFW compared to children receiving generic computer games or children in the control group	Cochrane: 7/10 Gersten: 11/14 First RCT of FFW with blind assessment of outcome
-----------------------------------	------	-------------------	--	--	------	---	--	--	---

				language development G3(N=27): no intervention				Differences in participants compared to studies that proved the efficacy of FFW?
Bishop et al.	2005	Evaluation of a computerised program for training spelling in children with receptive language impairments 20-25 training sessions each of 15 minutes (3 to 5 sessions a week) (average of 1000 trials)	School staff	Modified speech group (M) (N=11) (as used in FastForWord) Ordinary speech group (S) (N=11) Untrained control group (U) (N=9)	8-13 years		A trend showed children that were presented with modified speech did less well than those trained with ordinary speech, regardless of whether they had auditory temporal processing impairments. There was no difference between trained groups and the untrained group in terms of gains on standardized tests	Cochrane: 6/10 Gersten: 10/14 Small sample size Wide variation in trained groups concerning amount of completed sessions

Discrimination of sounds

Gonzalez et al.	2002	RCT Is speech perception an effective component in phonological training 20 training sessions of 20 minutes, every day of the week for 4 weeks	Post graduated students that were trained	LPA Group (individual letter-sound correspondence, and phonological awareness) (n=18) SP/LPA (additional speech discrimination) (n=17) Untrained control Group (n=18)	108 - 132 months (M=117.509, SD= 8.601)		Effect size for both phonological awareness and reading: .26	Both experimental groups improved in phonemic awareness compared to the control group Only the SP/LPA group scored significant higher than the control group in reading	Cochrane: 4/10 Gersten: 11/14
-----------------	------	--	---	---	---	--	--	--	--------------------------------------

Hemispheric-based linguistic strategies

Dryer et al.	1999	RCT 1 pre-test session, 24 training sessions of 4	experimenter	PI: P-type dyslexics with P-type treatment	8 years and 3 months – 12	Effect of Bakker's three different treatment approaches (HSS, The Gray Oral	Burt Word Reading Test	Improvements of the two subtypes over time were independent of the type of treatment.	Cochrane: 4/10 Gersten: 8/14
--------------	------	--	--------------	--	---------------------------	---	------------------------	---	-------------------------------------

		sessions per week and 1 post-test session, each of 40 minutes	(N=11) P2: P-type dyslexics with L-type treatment (N=10) L1: L-type dyslexics with L-type treatment (N=9) L2: L-type dyslexics with P-type treatment (N=10)	years and 7 months Mean age: 9,8 years	tactile HSS and HAS) on the reading performance of the two subtypes.	Reading Test-Revised (GORT-R; Wiederholt & Bryant, 1986) Boder Test of Reading -spelling Patterns (BTRSP; Boder & Jarrico, 1982) Lindamood Auditory Conceptualisation Test (LAC, Lindamood & Lindamood, 1979)	P1 and P2 showed a decrease in the proportion of time-consuming errors and an increase in substantive errors over time. L1 and L2 showed a decrease in the proportion of substantive errors and an increase in time-consuming errors.	
--	--	---	--	---	--	--	--	--

Metacognitive strategies

Alphabetic code (phonological decoding)

Hatcher et al.	2006	RCT 25 x 20-minute groups of three and 25 x 20-minute individual sessions	Trained assistant teaching	20-week group (N=39) 10-week group (N=38)	5,61 years	Therapy intervention: letter identification, phoneme awareness/linkage exercises, writing	British Picture Vocabulary Test (BPVS II; Dunn, Dunn, Whetton, & Burley, 1997) The British Ability Scales (BAS II) Word Reading Test (Elliot, Smith, & McCulloch, 1997) Phonological abilities Test (Muter, Hulme, & Snowling, 1997) Sound linkage Test of Phonological Awareness (Hatcher, 2000)	The intervention produced medium to large effect sizes on measures for BAS reading (0.69), EWR reading (0.79), letter knowledge (0.94) and phoneme completion (0.46) Significant gains for all measures in the first 10 weeks for children receiving the intervention compared to those not receiving intervention. During the second 10 weeks the progress decreased and the 10-week intervention group caught up. The gains maintained 11 months after the completion of intervention.	Cochrane:6/10 Gersten: 11/14
O'Shaughnessy &	2000	RCT	Trained paraprofessional	PAT group (N=15)	7 years and 8	To help children acquire a deeper	TOPA (Test of Phonological	The average effect for size for each reading intervention group, across	Cochrane: 4/10

Swanson		30 minutes a day, three times a week, for 6 weeks		WAT group (N=15) Math control group (N=15)	months (SD= 0.38 years)	awareness of sounds of speech, improved understanding of connection between sounds of speech and letters (PAT) or the sounds of rimes and frequent spelling patterns (WAT) and increased ability to analyse words Phonological Awareness Training (PAT): direct instruction of oral language activities/ generalize newly acquired skills to analyzing words in spelling and reading activities (at the level of phonemes) Word Analogy Training (WAT): through contextualized written language activities/ generalize newly acquired skills to analyzing words in spelling and reading activities (at the level of onset and rimes)	Awareness) WRMT-R (Woodcock Reading Mastery Test-Revised) PIAT-R (Peabody Individual Achievement Test)	all reading and reading-related outcome measures is greater than 1.00 (compared to the control group) Both interventions were effective (for phonological awareness and word identification skills) after 6 weeks of implementation compared to the control group	Gersten: 11/14
---------	--	---	--	---	-------------------------	--	--	--	----------------

Metaphonological

Lovett et al.	2000	RCT 70 hours intervention	of teachers	85 children with severe reading disability Group 1: PHAB / DI→WIST (N=15) Group 2: WIST→PH AB / DI (N=15) PHAB / DI x2 (N=18) WISTx2 (N=20) CSS→Math (N=22)	6 years, 9 months to 13 years, 9 months (M= 9,7 years, SD= 1.7)	PHAB/DI group received phonological analysis and blending/direct instruction WIST group received word identification strategy training Math group received classroom survival skills and acted as control group	Goldman-Fristoe-Woodcock Sound analysis and sound Blending subtests (Goldman et al.,1974) Woodcock Reading Mastery Tests-Revised (Woodcock, 1987) Wide Range Achievement Test (WRAT,Wilkinson, 1993)) Peabody Picture Vocabulary test - Revised (PPVT-R) (Dunn & Dunn, 1981)	Several severely disabled readers in the most effective treatment conditions increased their phonological decoding skills by 1 to 1 ½ SDs on standardized measures A generalization to phonologically based nonword reading, word identification, and to passage reading was found Both approaches PHAB/DI and WIST separately and in combination, proved to be reliable treatments and had significant effect for dyslexic children	Cochrane: 3/10 Gersten: 10/14
Vaughn et al.	2003	Quasi-experimental design Increasing the phoneme blending and segmentation skills of students divided in three groups receiving the same intervention but one in 1:1 format (teacher, 1 student), 1:3 format and 1:10 format 30-minutes	Teachers	N= 77 divided into three conditions: Condition 1:1 (1 teacher, 1 student) Condition 1:3 (1 teacher, 3 students) Condition 1:10 (1 teacher, 10 students)	6,9 years to 9,2 years (M=7.7, SD=0.6)	The intervention focussed on fluent reading, phonological awareness, instructional-level reading, word study and progress monitoring	Dynamic Indicator of Basic Early Literacy Skills (DIBELS, Kaminski &Good, 1996) Texas Primary Reading Inventory (TPRI) Woodcock Reading Mastery Test-Revised (WRM)-word attack and Passage Comprehension (WRM, Woodcock, 1987)	Cohen's d for pre-test to follow-up: For the 1:1 group (MES) = 1.24-1.61 For the 1:1 (ELL) = 0.62-1.79 For the 1:3 (MES) = 0.81-2.44 For the 1:3 (ELL) = 0.85 – 2.51 For the 1:10 (MES) = 1.05-1.46 Students following the interventions made significant gains and these gains were maintained over time.	Cochrane: 5/10 Gersten: 12/14

		intervention, 5 times a week, for a total of 58 sessions over a 13-week period		Students were English speakers (MES) and English learners (ELL)			Test of Oral Reading Fluency (TORF), Children's Educational Services, 1987)	Gains in comprehension, segmentation and fluency yielded high effect sizes. Instruction that was 1:1 and 1:3 was superior to 1:10	
--	--	--	--	---	--	--	---	---	--

Alphabetic principle

Berninger et al.	1999	Pre-post design 11 sessions of 30 minutes (20 minutes treatment and 10 minutes reading beginning-level reading books) once a week	Graduate students in an educational psychology program	48 students assigned to one of three treatments: Group I received the 'whole word treatment' (making connections between a word's name and its constituent letters) Group 2 received the 'subword treatment' (making connections between each color-coded spelling unit and its corresponding phonemes) Group 3 received a combined whole-	89,25 months (SD= 3.46)			Regardless of the method children improved on standardized reading measures and the taught words (they could make connections between written and spoken words at the whole word and subword levels, also without teaching the rules) Posttest: the subword method proved more progress on tests of real word reading	Cochrane: 5/10 Gersten: 9/14 Follow-up
------------------	------	--	--	---	-------------------------	--	--	--	--

				word/subword treatment						
Jimenez et al.	2007	RCT	Individual training sessions for 30-40 minutes per day, five days a week	Computer/experimenter	Phoneme training (N=15) Whole-word training (N=17) Syllable training (N=16) Onset-rime training (N=17) Untrained control group (N=18)	7 years, 1 month-10 years, 6 months (M=15.2, SD= 7.8)	Examining the effects of different spelling-to-sound units in computer speech-based reading, on word recognition, reading comprehension, phonological awareness and orthographic and phonological tasks	Culture Fair (or Free) Intelligence Test (Cattell & Cattell, 1950/1989) Verbal Working Memory (Siegel & Ryan, 1989) Santardized Reading Skills Test PROLEC (Cuetos et al., 1996) Phonological Awareness Tests The Odd-word-out task (Bowey & Francis, 1991) Phoneme Segmentation Test Phoneme reversal test Phonological word decoding task (Siegel, 1992) Orthographic word decoding task (Siegel, 1992)	Word and pseudo-word reading: Gains for the phoneme condition [$F(6,67) =2.65$, $p< 0.023$] and the syllable condition [$F(6,67) =2.39$, $p< 0.037$] compared to the control group Reading accuracy: greater for CV words than for CCV words ($\chi^2=.16$) Speech Feedback: greater for CCV words ($\chi^2=.15$) in onset-rime group compared to syllable [$F(1,59) =4.07$, $p= 0.048$] Reading time: RT was greater for CCV words in the phoneme group [$F(1,69) =26.3$, $p= 0.001$] and the syllable group [$F(1,69) =3.96$, $p= 0.05$] ($\chi^2=.21$) Reading accuracy: greater gains for familiar words than for unfamiliar words ($\chi^2=.14$) Speech feedback: greater for the phoneme group in unfamiliar words compared to the whole-word group [$F(1,4,40) =2.38$, $p= 0.016$] ($\chi^2=.46$) Reading time: RT was greater for unfamiliar words in the phoneme group [$F(1,61) =244.03$, $p= 0.001$] ($\chi^2=.42$) and the onset-rime group [$F(1,61) =10.43$, $p= 0.002$] ($\chi^2=.15$) Reading accuracy: greater for long words in the onset-rime group	Cochrane: 4/10 Gersten: 11/14 Follow-up?

							[F(1,53) =4.60, p= 0.037] ($\Delta^2=.08$) Speech feedback: greater for long words in the syllable group [F(15,39) =2.29, p= 0.019] ($\Delta^2=.47$) and the onset-rime group [F(15,39) =2.01, p= 0.041] ($\Delta^2=.44$) Reading time: RT was greater for long words in the phoneme group [F(15,47) =6.62, p= 0.001] ($\Delta^2=.468$)	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Alphabetic principle (words divided in linguistic units)

Greaney et al.	1997	RCT 30 minutes of individual instruction, 3 or 4 times per week, 11 weeks	Not mentioned	Group 1: rime analogy training (N=18) Group 2: item-specific training (N=18) Control group (N=20)	8,2 years	A training involving the use of rime spelling units is compared to a training that focused on item-specific learning and sentence-level strategies.	Burt word Reading Test, New Zealand Revision Neale analysis of Reading ability Peabody Picture Vocabulary test - Revised (PPVT-R) (Dunn & Dunn, 1981) Sound matching task (Bryant, Bradley, MacLean and Crossland, 1989) Phoneme segmentation task (Tunmer, Herriman and Nesdale, 1988) Pseudo-word reading task (Richardson & Di Benedetto, 1985) Reading words with common rime units Rime spelling unit identification task	The rime analogy training was more effective than training on item-specific learning and sentence-level strategies and that performance was maintained over time.	Cochrane: 7/10 Gersten: 8/14
Bhattacharya&	2004	RCT	experimenter	Group I at 3th grade	13.3 years	Syllable analysis treatment:	Woodcock Reading Mastery Test-	Syllable treatment group: effect sizes were between 1.19 and 1.35	Cochrane: 4/10

Ehri		6 sessions, each lasting about 30 minutes		level (N= 20) Group 2 at 4th-5th grade level (N = 20) Group 3 control group (N = 20)		strategy of analysing words into graphosyllabic units to read them and to practice this strategy on a large number of exemplars (100 words) Whole-word reading treatment: give students comparable practice reading the exemplars, but without analytic strategy	Revised (WRM)-word attack and Passage Comprehension (WRM, Woodcock, 1987)	for the training measures and between .63 and 1.30 for transfer measures Whole-word group: effect sizes were between -.02 and .77 for training measures and between .02 and .46 for transfer measures Syllable-trained students performed superior over the other groups	Gersten: 11/14
Higgins & Raskind	2004	RCT SRBP: 25 minutes, two times a week, over 17 weeks AP: 50 minutes, three times a week for 17 weeks	Trained teachers	Interventions (N=28) Group 1: APfirst/SRB Psecond Group2: SRBfirst/APsecond Contrast group (n=16)	12,8 years (SD=2.8)	Computer Speech Recognition-based Program (SRBP) Computer and text-based Automaticity Program (AP)	Reading comprehension: Formal Reading inventory, Form A (FRI) (Wiederholt, 1986) Word recognition and spelling: Wide Achievement Test-3 (WRAT-3) (Wilkinson, 1993) Phonological awareness and Rapid letter naming Comprehensive Test of Phonological Processing (CTOPP) (Wagner, Torgesen, & Rashotte, 1999)	Significant differences between SRBP and contrast group: word recognition ($\chi^2 = .184$), comprehension ($\chi^2 = .172$), phonological elision ($\chi^2 = .248$) and nonword reading efficiency ($\chi^2 = .347$) Significant differences between AP and contrast group: word recognition ($\chi^2 = .101$), comprehension ($\chi^2 = .235$), phonological elision ($\chi^2 = .256$), nonword reading efficiency ($\chi^2 = .170$), rapid letter naming ($\chi^2 = .194$) and sight-word reading ($\chi^2 = .179$)	Cochrane: 4/10 Gersten: 11/14

							Test of Word Reading Efficiency (TOWRE) (Torgesen, Wagner, & Rashotte, 1999)		
Alphabetic code and words									
Torgesen et al.	2001	RCT One-on-one intervention in 2 50-minutes sessions each day of the week for 8-9 weeks (total of 67,5 hours), 8 weeks of generalization training	Trained teachers	Auditory Discrimination in Depth Program (ADD) (n=30) Embedded Phonics (EP) (n=30) Follow-up: ADD (n=26) EP (n=24)	The ADD program stimulated phonemic awareness via articulatory cues and building phonemic/articulatory awareness and individual word-reading skills The EP program stimulated phonemic awareness through writing and spelling activities, taught phonemic decoding strategies directly and spent much time on reading and writing connected text.	117.6 months	Effect size 0.46 for the EP condition (follow-up after 2 years; ES=0.11) KTEA (Kaufmann Test of Educational Achievement,	Both instructional methods provided effective instruction for this sample of children (no differences were found between the groups on any of the important reading outcomes after a 2-year follow-up) The ADD condition showed stronger effects in accuracy of phonemic decoding skills during intervention (not maintained after follow-up), significantly greater growth in accuracy and fluency of word reading in text (no large differences) during intervention	Cochrane: 5/10 Gersten: 12/14 High comorbidity with ADHD (81% in the ADD group and 71% in the EP group) Medication for ADHD was not controlled in this study
Torgesen et al.	1999	RCT 4, 20 minutes sessions of one-to-one instruction per week for two and a half years (beginning	2 of the sessions were hold by certified teachers and 2 by aides of those teachers	No treatment condition (n=32) A regular classroom	64.9-66.0 months		The PASP group had significantly stronger skills than the EP group in phonological awareness, phonemic decoding and untimed context-free word reading. They were also stronger on word-level reading skills than children in the RCS and the no treatment control group.	Cochrane: 6/10 Gersten:10/14 Long term effects	

		second semester of kindergarten)		support condition (RCS) (n=37) Embedded phonics condition (EP) (n=36) Phonological awareness plus synthetic phonics condition (PASP) (the auditory Discrimination in Depth Program, Lindamood, 1984) (n=33)			No reliable differences were found between the groups for reading comprehension and maintained after 2 years follow-up	
Rashotte et al.	2001	RCT Daily 50-minutes sessions including 30 minutes of phonemic activities, 15 minutes of 'share' reading and 5-6 minutes of free writing	1 certified teacher, 3 non-certified teachers	Group I (N=58) Spell Read Program for the first 8 weeks beginning in February Group 2: (N=58) no-treatment control, after posttest1, this group received Spell Read Program next 7 6,1 years to 12,8 years (M=8,9 years)	The spell Read Program integrates elements of instruction phonemic awareness, phonics, reading writing meaning	of in and and for Phonological awareness measures: Elision, segmentation words and blending words from Comprehensive Test of Phonological Processing (CTOPP, Wagner, Torgesen, & Rashotte, 1999) Word-accuracy reading measures: Word identification (Woodcock Diagnostic Reading Battery, Woodcock, 1998)	The spell Read program had a significant impact at all grade levels in phonological and phonetic decoding skills, reading comprehension, word and text reading accuracy, text fluency and spelling. Effect size ranged from moderate to very strong across all grades The Spell Read program produced equally powerful effects for the moderate and severely deficient groups Group 2 showed a similar growth in reading abilities after completion of the seven week program (group1 posttest-2 scores were significantly higher than group 2)	Cochrane: 7/10 Gersten: 12/14

				weeks (while group I did not receive treatment)			Text accuracy (Gray Oral Reading Test, GORT-3; Wiederholt & Bryant,1992) Word analysis (Woodcock Diagnostic Reading Battery, Woodcock,1998) Word fluency measures: word efficiency (Test of Word Reading Efficiency, TOWRE; Torgesen,Rashotte, 1999) Phonetic decoding efficiency (TOWRE) Text reading rate (GORT-3) Comprehension Reading measures: Passage comprehension (Woodcock) Comprehension (GORT-3) Spelling measures: Pseudo-spelling (Spell Read test battery, MacPhee,1990) Schonell spelling (Schonell & Schonell, 1950) Verbal aptitude measure: Stanford- Binet vocabulary (Thorndike et al.,1986)	Two months after following the intervention both groups maintained or improved their gains.	
Denton et al.	2006	Pre-post design	Six experienced teachers	Group I (N=16, 13	8,6 years	Effect sizes: Baseline: -.21 and	After 16 weeks of intervention, significant improvements were	Cochrane: 3/10	

		<p>The first 8 weeks the students received the decoding intervention 'Phono-Graphix program' (McGuiness et al. 1996) for two 50-min sessions.</p> <p>For the second 8 weeks they received the fluency intervention 'Read Naturally program' (Ihnott et al. 2001) for 1 hour per day</p>	<p>already received either Tier 1 or Tier 2) participated in the PG phase for 8 weeks and directly after that they participated in the RN phase)</p> <p>Group2 (N=11) began the PG phase after a baseline period (while group 1 received the first phase)</p>			.59 Phono-Graphix : .53-1.77 Read Naturally: - .18-.76 Combined program: .84-1.32 Woodcock-Johnson Test of Achievement, 3rd edition (WJ-3; Woodcock, McGrew, Mather, 2001) Test of Word Reading Efficiency (TOWRE; Torgesen, Wagner, & Rashotte, 1999) Gray Oral Reading Test-Fourth Edition (GORT-4; Wiederholt & Bryant, 2002)	<p>found in multiple domains of reading, including decoding, fluency, and comprehension</p> <p>Students also began to close the gap for age-adjusted standard scores (including gains in fluency)</p>	Gersten:12/14
--	--	---	---	--	--	--	---	---------------

Repetition of words

Therrien et al.	2006	<p>Quasi-experimental</p> <p>Individually pullout by teachers, students read 50 passages over a 4-month period. Sessions took between 10 to 15 minutes.</p>	Trained teachers	<p>Experimental group (N = 15)</p> <p>Control group (N = 14)</p>	<p>Students between 4th and 8th grade</p>	<p>Dynamic Indicator of Basic Early Literacy Skills (DIBELS, Kaminski &Good, 1996)</p> <p>Broad Reading Scale of the Woodcock-Johnson Achievement Test III (WJ-III; Woodcock, McGrew, & Mather, 2001)</p>	<p>The treatment group scored statistically better than the control group for oral reading (Effect size [ES] = 0.89) ($f_{1,27} = 5.70$; $p= 0.024$)</p> <p>On the WJ-III a positive trend (ES= 0.69) in favour of the treatment group was found</p>	<p>Cochrane: 2/10</p> <p>Gersten: 11/14</p>
-----------------	------	---	------------------	---	---	--	--	---

Reading and comprehending text

Calhoun	2005	Quasi-experimental	Trained teachers	LST/PALS (LST/PAL	Effect of a peer-	Broad Reading Scale	Phonological skill acquisition:	Cochrane: 2,5/10
---------	------	--------------------	------------------	------------	---------	-------------------	---------------------	---------------------------------	------------------

		LST/PALS intervention: Partner Reading (two 40-minute sessions), Paragraph Shrinking (four 40-minute sessions), Prediction Relay (two 40-minutes sessions) Control group: Saxon Phonics Intervention (three times a week, each sessions lasting 40 minutes) and one class sessions for the SRA Skill Acquisition program (Engelmann, Meyer, Johnson, & Carnine, 1999)		N= 18) Control group (N = 20)	S (M = 12.11, SD = 0.67) Control group (M=11.71, SD= 0.49)	mediated instructional program to teach phonological skills and reading comprehension, compared to a more traditional whole-class format (using a widely implemented remedial reading program)	of the Woodcock-Johnson Achievement Test III (WJ-III; Woodcock, McGrew, & Mather, 2001)	LST/PALS made significant gains on the Word Attack (ES= 0.99) and Word Identification Skills (ES= 1.10) compared to students in the control group Comprehension acquisition: the LST/PALS program significantly increased reading comprehension (ES= 0.94)	Gersten: 11/14
--	--	--	--	--------------------------------------	---	--	--	---	----------------

Self-regulating strategies

Johnson et al.	1997	Quasi-experimental research Instructors worked with small groups of 2 to 3 students for 45 minutes, 2 days a week, for 4 to 6 weeks	5 graduate students in education (with experience) Resource teachers	Normal comparison group (N=12) strategy instruction group (N=12) strategy instruction plus goal setting group (N=11) strategy instruction plus self-instruction	room 11 years 3 months	Retelling measure (recorded on tape) Comprehension was tested by questionnaires	Story grammar strategy instruction has positive effects on the reading comprehension of students with LD Students in all four conditions were able to recall significantly more main ideas, details and story parts. This effect maintained over a 1-month period and was generalized to the students' resource classroom The retelling scores were for all students in the strategy conditions not different from the scores from normal achieving students	Cochrane: 4/10 Gersten: 10/14 Control group had no IQ testing (they had reading test and were matched to participants with LD by race, gender and grade)
----------------	------	--	---	--	-------------------------------	--	--	--

				group (N=11) strategy instruction plus goal setting and self- instruction group (N=13)					
Miranda & VidalAbarrca	1997	RCT Two 50-minutes sessions a week, for 10 weeks	Author	Self instructional training group (N=20) Self instructional + attribution training group (N=20) Control group with learning disabilities (N=20) Control group, normal achieving students (N=20)	5th and 6th grades	Effect of self-regulation instructional procedure on cognitive reading comprehension, on metacognitive reading comprehension and of adding explicit attribution retraining	Comprehensions tests Metacognitive tests Attribution tests	Children from both training groups improved their cognitive strategies, but their gains were very low for metacognitive strategies Both groups showed equally good attribution profiles	Cochrane: 6/10 Gersten: 10/14

Other interventions

Brown et al.	2005	Quasi-experimental Twice per week, 45	Certified teachers Paraprofessionals	Treatment group: guided	2th through 5th	Evaluation of the effectiveness of supervised	Word recognition (informal test)	Children in the experimental group outperformed ($p < .05$) the comparison group on each of the	Cochrane: 2/10 Gersten: 11/14
--------------	------	--	---	----------------------------	-----------------	---	----------------------------------	---	--------------------------------------

		minutes per session Treatment group: one-to-one tutoring Control group: small groups intervention	Reading specialist served as supervisors	reading, word study, reading for fluency, tutor reads to students (N=40) Control group (N=43)	grade	paraprofessionals delivering the Howard Street tutoring model	Passage reading (informal test) Pseudo-word coding (Woodcock Reading Mastery Tests, Woodcock, 1987) (Woodcock Reading Mastery Tests, Woodcock, 1987) Word recognition	posttest (ES: 0.51-1.18) The students tutored by the paraprofessionals outperformed the comparison group on three of the four posttests (ES: 0.55-1.01) Paraprofessionals were almost as effective as certified teachers	
Lamminmaki et al.	1997	Quasi- experimental design The first group participated in a structured multifaceted neurocognitive treatment (CDA) + parents group once a week for 1 hour The second group participated in an enriched environment and supervision of school tasks (HSA) Both groups received once a week for 2 hours treatment during 9 ½ months (76 hours for both groups)	Remediation center: therapists included psychologists, speech therapists, physiotherapists and special teachers. CDA: groups of 14 children received treatment by 3 therapists selected depended on the workshop HAS: groups of 18 children subdivided in subgroups comprising 6 children per one adult (primary school teachers or mothers from children at school)	CDA: n= 49 HAS: n=45	6-11 years		Neurocognitive tests School achievement tests Behaviour at school and at home	Both groups improved on most of the outcome measures. Both groups improved significantly for school achievement [$F(3,84)=9.09, p=.000$] The CDA group showed the best results in parent's rating of home behaviour [$F(1,80)=10.56, p=.002$] Although both groups improved for reading, the HAS group showed more improvement in reading	Cochrane: 4,5/10 Gersten: 9/14
Higgins & Raskind	2005	Random assignment to conditions (Within subjects design)	Research staff	30 participants	14.22 years (SD= 2.25)		Comprehension test	The study revealed significant differences under the two conditions in favour of using the Reading Pen($p<.0001+$)	Cochrane: 4,5/10 Gersten: 9/14

		30 participants practiced two weeks with the Reading Pen. Each student was tested once using the Pen and once without using the Pen					Classroom observation checklist		Generalization to other chronological ages?
Graham et al.	2007	Quasi-experimental research three structured, teacher- or teacher aide-directed, 30 minute, small group sessions a week for 26 weeks	Experienced teacher/teacher's aide under supervision of trained teacher and university instructor	42 students in the QuickSmart reading intervention 42 students in the QuickSmart mathematical intervention	11 years and 7 months		Progressive Achievement Tests (PAT) and Cognitive aptitude Assessment System (CAAS)	QuickSmart intervention groups improved significantly from pretest to posttest for reading comprehension and mathematical scores, although they did not score above the comparison groups. The intervention groups also narrowed the gap between them and the comparison group on response speed and accuracy	Cochrane: 3/10 Gersten 11/14
Bouldoukian et al.	2002	RCT Effect of coloured overlays on the rate of reading	Not mentioned	33 children and adults once with their coloured overlays and once with a 'placebo' filter	Adults (18,19,30,40 years) Children mean age 11 years, 4 months		Wilkins Rate of Reading Test (Wilkins et al. 1996)	Test performance was significantly faster with the coloured overlays than with the control ($t= -3.38$, $df=32$, $p= 0.002$) In appropriate selected patients, the coloured filters can have a beneficial effect on the symptoms and on immediate reading performance.	Cochrane: 3,5/10 Gersten: 9/14 Specific target groups
Manset-Williams & Nelson	2005	RCT One-to-one treatment, 5 weeks , 4 days a week, 1 hour per day, for a total 20 hours	Tutors (graduate students in various fields of education)	N= 20 Condition 1: (PDF/GR) Phonemic awareness/analysis, decoding, fluency instruction + guided reading (N= 11)	9 to 14 years (M= 11 years, 6 months; SD = 1 year, 5 months)	Two strategic reading interventions are compared to see if balanced, systematic and intensive instruction results in improved reading skills, and to see whether a greater degree of	Woodcock-Johnson Test of Achievement, 3rd edition (WJ-3), Woodcock, McGrew, Mather, 2001)	Effect size Cohen's d between -.88 and .84 Both groups made progress in decoding, fluency and comprehension The PDF/EC condition made significantly greater gains in the immediate measure of reading than those in the PDF/GR condition	Cochrane:5/10 Gersten: 11/14 Small sample size

				Condition 2: (PDF/EC) Phonemic awareness/analysis, decoding, fluency instruction + Explicit comprehension (N =9)		explicitness in comprehension strategy instruction lead to higher gains in comprehension		The more explicit comprehension strategy instruction was more effective than the less explicit treatment	
Nelson & Manset-Williams on	2006	RCT One-to-one treatment, 5 weeks , 4 days a week, 1 hour per day, for a total 20 hours	Tutors (graduate students in various fields of education)	N= 20 Condition 1: (PDF/GR) Phonemic awareness/analysis, decoding, fluency instruction + guided reading (N= 11) Condition 2: (PDF/EC) Phonemic awareness/analysis, decoding, fluency instruction + Explicit comprehension (N =9)	9 to 14 years (M= 11 years, 6 months; SD = 1 year, 5 months)	Two strategic reading interventions are compared to see the effect on reading-specific self-efficacy, attributions and affect	Woodcock-Johnson Test of Achievement, 3rd edition (WJ-3), Woodcock, McGrew, Mather, 2001)	Results showed that students receiving the explicit, self regulatory strategy intervention showed greater gains in their attributions to incorrect strategy use for reading failure ($d= .74$) and the less explicit intervention showed higher reading self-efficacy than the more explicit intervention ($d=-.52$). No differences in affect were found between the two intervention groups	Cochrane: 5/10 Gersten: 11/14
Chenault et al.	2006	RCT Phase 1: ten, 25-minutes individual training sessions (either attention/fluency) Phase 2: ten, 55-minutes group writing	Phase 1: first/second author (or graduate students supervised by the authors) Phase 2: same trainers as in phase 1 coaches their students (1:4) during large groups	Phase 1: attention training (N=10) Control reading fluency (N=10) Phase 2:	128 months (SD=10.5)	Attention training (Pay attention!); Thomson, Kerns, Seidenstrang, Sohlberg, & Mateer, 2001) The fluency training was	Alphabet 15 sec Wechsler Indivial Achievement Test-Second Edition (WIAT-2, Wechsler, 1991) Gray Oral Reading	The attention process training group made significantly more progress in writing, oral verbal fluency than the reading fluency group Both groups improved significantly for oral reading (fluency and accuracy)	Cochrane: 3/10 Gersten: 10/14 Follow-up ?

		instruction sessions	sessions by the first author	Explicit composition training with 'attentional' bridges' (N=20)		based on the Read Naturally (Ihnott, 1997) and used teacher modelling, repeated reading and progress monitoring	Test- third Edition (Wiederholt & Bryant, 1992) Delis-Kaplan Executive Function System (Delis, Kaplan, & Kramer, 2001)		
--	--	----------------------	------------------------------	--	--	---	---	--	--

Mathematical disorders

Xin et al.	2005	RCT	2 doctoral students in	Schema-	SBI	SBI group: 4	Self-developed	Significant differences between SBI	Cochrane: 7/10
------------	------	-----	------------------------	---------	-----	--------------	----------------	-------------------------------------	----------------

		Effect of schema-based strategy instruction in solving arithmetic word problems 12 sessions of 1 hour, three to four times a week	special education/experienced special education teachers multidisciplinary	based instruction,SBI (N=11) General strategy instruction, GSI(N= 11)	group: mean 153.8 months (8.6) GSI group: mean 156.7 months (8.7)	sessions on solving multiplicative compare and proportion problems and 4 sessions on solving mixed word problems including both types GSI group: all sessions on solving mixed word problems that included both types	parallel word problem-solving test forms 10 transfer problems derived from commercially published mathematics textbooks and standardized achievement tests (Woodcock-Johnson Test of Achievement)	and GSI group: students in the SBI group performed significantly better than students in the SBI group on all measures of acquisition, maintenance and generalization Posttest (ES=1.69), maintenance (ES=2.53), follow-up (ES=2.72) and generalization tests (ES=.89)	Gersten: 12/14
Kroesbergen & van Luit	2002	Quasi-experimental A total of 30 multiplication lessons of 30 minutes each, twice weekly in small groups of 4 to 6 students, 4 to 5 months	Trained assistants research	Guided intervention (GI) (N=85) Directed intervention (DI) (N=83) Control (N=97)	9.7 years	GI instruction: individual contributions of the student, teacher presents the problem and let students search for solution without showing them the strategy DI instruction: teacher tells the students how and when to apply a strategy	Automaticity tests Multiplication ability tests	Match performance improved more for the DI than for the GI instruction group Performance of both experimental groups improved more than the control group	Cochrane: 5,5/10 Gersten: 11/14
Kroesbergen et al.	2004	Quasi-experimental A total of 30 multiplication lessons of 30 minutes each, twice weekly in small groups of 4 to 6 students, 4 to 5 months	Trained assistants research	Guided intervention (GI) (N=88) Directed intervention (DI) (N=87) Control	9.7 years		ES d > .60 Paper-and-pencil test Interview test	The math test scores improved on both the written and oral tests for students in all three conditions No differences on development of strategies between the two experimental groups were found The GI and the DI intervention both improved more than the control group (ES: d >.60)	Cochrane: 5,5/10 Gersten: 12/14

			(N=90)						
Oakland et al.	1998	Quasi-experimental design 350 one-hour sessions starting with basic abilities (e.g., letter recognition) and extending sequentially to sophisticated levels of linguistic knowledge (syllabinating and coding polysyllabic words) Program provided group 1 by a teacher and group 2 in a videotape version of the DTP 5 days per week for approximately 10 months to 2 years	Teachers / videotape	Experimental group (N = 22) Control group (N = 26)	M = 11 years (SD= 2)	Dyslexia Treatment Program (DTP) applied by a dyslexia teacher or through a videotaped method	Reading comprehension subtest of the Gates Reading Test (Gates, MacGinitie &MacGinitie, 1989) Word recognition and spelling subtests of the WRAT-R Decoding Skills Test (DST-MS, DST-PS; Richardson & DiBenedetto, 1985)	Both groups made significant progress in reading comprehension, word recognition and phonological decoding After 2 years they demonstrated both significantly higher reading recognition and comprehension compared with a control group The two groups did not differ in spelling. When the videotaped method was compared to the teacher implemented method, no differences were found for improvement in reading Supports the effectiveness of an intensive, explicit phonologically based training	Cochrane: 4/10 Gersten: 9/14

Appendix 28 Clinical guidelines AGREE document

www.agreecollaboration.org

www.wokresearch.com

www.cbo.nl

4 APPENDIX TO CHAPTER 4:

MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION OF THE NOK/PSY TARGET GROUPS IN OTHER COUNTRIES

5

APPENDIX I TO CHAPTER 4: QUESTIONNAIRE SENT TO THE INTERNATIONAL CONTACT PERSONS

The Questionnaire consists of 4 Tables:

Table I: Specific developmental disorders of scholastic skills

<input type="checkbox"/> I do not have enough knowledge about the treatment of this disorder (go to Table 2)			
A. Do children (0-18 years) commonly receive psychosocial treatment organized by:		B. Is this psychosocial treatment coordinated in a multidisciplinary way and –when applicable- specify who is involved	C. Who funds the costs of this treatment?
I. Main-stream school	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 2. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 2.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify
			<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %
			(AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)

2. Special education	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 3. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 3.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)
3. Psychiatry	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 4. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 4.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)

4. Private setting	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 5. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 5.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)
5. Other 1: Specify:	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 6. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 6.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)

<p>6.</p> <p>Other 2: Specify:</p>	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	<p>(you can choose more than one option):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: Specify: Percentage*: % <input type="checkbox"/> a combination of: Specify: Percentage*: % <input type="checkbox"/> AND Specify: Percentage*: % <input type="checkbox"/> (AND) Specify: Percentage*: % <p>*(percentage of payment)</p>
------------------------------------	--	--	---	--

If psychosocial treatment is organized in a multidisciplinary way, rank the following organisation forms from 1 (most common) to 5 (least common):

Number	Organisation form
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by special education
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by psychiatry
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by private setting
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by other (specify)
	Special education + (specify)
	Other. Specify

Which are according to you the strengths and weaknesses of the treatment, payments and costs of 'Specific developmental disorders of scholastic skills' in your country?

If the government pays for (part of) the psychosocial treatment, which department holds the responsibility: the department of Health/Welfare or the department of Education?

General remarks about the questions mentioned above.

→ go to Table 2

Table 2: Specific developmental disorders of speech and language

<input type="checkbox"/> I do not have enough knowledge about the treatment of this disorder (go to Table 3)			
A. Do children (0-18 years) commonly receive psychosocial treatment organized by:		B. Is this psychosocial treatment coordinated in a multidisciplinary way and –when applicable- specify who is involved	C. Who funds the costs of this treatment?
1. Main-stream school	<input type="checkbox"/> yes → go to B.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify
	<input type="checkbox"/> sometimes → go to B.	<input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C.	
	<input type="checkbox"/> no → go to 2.	<input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	
	<input type="checkbox"/> I don't know → go to 2.		
			<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)
2. Special education	<input type="checkbox"/> yes → go to B.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify
	<input type="checkbox"/> sometimes → go to B.	<input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C.	
	<input type="checkbox"/> no → go to 3.	<input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	
	<input type="checkbox"/> I don't know → go to 3.		
			<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)

3. Psychiatry	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 4. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 4.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)
4. Private setting	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 5. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 5.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)

<p>5.</p> <p>Other 1: Specify:</p>	<p><input type="checkbox"/> yes → go to B.</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes → go to B.</p> <p><input type="checkbox"/> no → go to 6.</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know → go to 6.</p>	<p><input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C.</p> <p><input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C.</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know → go to C.</p>	<p>(you can choose more than one option):</p> <p><input type="checkbox"/> physician. specify role of physician:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <p><input type="checkbox"/> psychologist</p> <p><input type="checkbox"/> speech therapist</p> <p><input type="checkbox"/> occupational therapist</p> <p><input type="checkbox"/> physiotherapist</p> <p><input type="checkbox"/> social worker</p> <p><input type="checkbox"/> tutor</p> <p><input type="checkbox"/> teacher</p> <p><input type="checkbox"/> remedial teacher</p> <p><input type="checkbox"/> other. specify</p>	<p><input type="checkbox"/> social insurance</p> <p><input type="checkbox"/> other government funding</p> <p><input type="checkbox"/> parents</p> <p><input type="checkbox"/> other. Specify:</p> <p><input type="checkbox"/> a combination of:</p> <p><input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %</p> <p>AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %</p> <p>(AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %</p> <p style="text-align: right;">*(percentage of payment)</p>
<p>6.</p> <p>Other 2: Specify:</p>	<p><input type="checkbox"/> yes → go to B.</p> <p><input type="checkbox"/> sometimes → go to B.</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p><input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C.</p> <p><input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C.</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know → go to C.</p>	<p>(you can choose more than one option):</p> <p><input type="checkbox"/> physician. specify role of physician:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <p><input type="checkbox"/> psychologist</p> <p><input type="checkbox"/> speech therapist</p> <p><input type="checkbox"/> occupational therapist</p> <p><input type="checkbox"/> physiotherapist</p> <p><input type="checkbox"/> social worker</p> <p><input type="checkbox"/> tutor</p> <p><input type="checkbox"/> teacher</p> <p><input type="checkbox"/> remedial teacher</p> <p><input type="checkbox"/> other. specify</p>	<p><input type="checkbox"/> social insurance</p> <p><input type="checkbox"/> other government funding</p> <p><input type="checkbox"/> parents</p> <p><input type="checkbox"/> other. Specify:</p> <p><input type="checkbox"/> a combination of:</p> <p><input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %</p> <p>AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %</p> <p>(AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %</p> <p style="text-align: right;">*(percentage of payment)</p>

If psychosocial treatment is organized in a multidisciplinary way, rank the following organisation forms from 1 (most common) to 5 (least common):

Number	Organisation form
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by special education
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by psychiatry
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by private setting
	Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by other (specify)
	Special education + (specify)
	Other. Specify

Which are according to you the strengths and weaknesses of the treatment, payments and costs of 'Specific developmental disorders of speech and language' in your country?

If the government pays for (part of) the psychosocial treatment, which department holds the responsibility: the department of Health/Welfare or the department of Education?

General remarks about the questions mentioned above.

→ go to Table 3

Table 3: Pervasive developmental disorders

<input type="checkbox"/> I do not have enough knowledge about the treatment of this disorder (go to Table 4)							
A. Do children (0-18 years) commonly receive psychosocial treatment organized by:		B. Is this psychosocial treatment coordinated in a multidisciplinary way and –when applicable- specify who is involved		C. Who funds the costs of this treatment?			
1. Main-stream school	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 2. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 2.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)			
	2. Special education	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 3. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 3.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)		
		3. Psychiatry	<input type="checkbox"/> yes → go to B.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify:	

	<input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 4. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 4.	<input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	<input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)
4. Private setting	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 5. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 5.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)
5. Other 1: Specify:	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 6. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 6.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)

			<input type="checkbox"/> other. specify	
6. Other 2: Specify:	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %

If psychosocial treatment is organized in a multidisciplinary way, rank the following organisation forms from 1 (most common) to 5 (least common):

- | Number | Organisation form |
|--------|--|
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by special education |
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by psychiatry |
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by private setting |
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by other (specify) |
| | Special education + (specify) |
| | Other. Specify |

Which are according to you the strengths and weaknesses of the treatment, payments and costs of 'Pervasive developmental disorders' in your country?

If the government pays for (part of) the psychosocial treatment, which department holds the responsibility: the department of Health/Welfare or the department of Education?

General remarks about the questions mentioned above.

→ go to Table 4

Table 4: Hyperkinetic disorders

<input type="checkbox"/> I do not have enough knowledge about the treatment of this disorder						
A. Do children (0-18 years) commonly receive psychosocial treatment organized by:		B. Is this psychosocial treatment coordinated in a multidisciplinary way and –when applicable- specify who is involved		C. Who funds the costs of this treatment?		
1. Main-stream school	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 2. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 2.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)		
	2. Special education	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 3. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 3.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)	
		3.	<input type="checkbox"/> yes → go to B.	<input type="checkbox"/> yes	(you can choose more than one option):	<input type="checkbox"/> social insurance

Psychiatry	<input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 4. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 4.	→ specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know 	<input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist 	<input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %	
				*(percentage of payment)	
4. Private setting	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 5. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 5.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. 	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify 	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: %	
				*(percentage of payment)	
5. Other 1: Specify:	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no → go to 6. <input type="checkbox"/> I don't know → go to 6.	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify:	

		<input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	<input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	Percentage*: % (percentage of payment)
6. Other 2: Specify:	<input type="checkbox"/> yes → go to B. <input type="checkbox"/> sometimes → go to B. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> yes → specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> no → if care is provided by only one caregiver specify beside and go to C. <input type="checkbox"/> I don't know → go to C.	(you can choose more than one option): <input type="checkbox"/> physician. specify role of physician: <input type="checkbox"/> coordination <input type="checkbox"/> treatment (e.g. counseling) <input type="checkbox"/> other. specify <input type="checkbox"/> psychologist <input type="checkbox"/> speech therapist <input type="checkbox"/> occupational therapist <input type="checkbox"/> physiotherapist <input type="checkbox"/> social worker <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> teacher <input type="checkbox"/> remedial teacher <input type="checkbox"/> other. specify	<input type="checkbox"/> social insurance <input type="checkbox"/> other government funding <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> other. Specify: <input type="checkbox"/> a combination of: <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % AND <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % (AND) <input type="checkbox"/> Specify: Percentage*: % *(percentage of payment)

If psychosocial treatment is organized in a multidisciplinary way, rank the following organisation forms from 1 (most common) to 5 (least common):

- | | |
|--------|--|
| Number | Organisation form |
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by special education |
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by psychiatry |
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by private setting |
| | Mainstream school + multidisciplinary treatment organised by other (specify) |
| | Special education + (specify) |
| | Other. Specify |

Which are according to you the strengths and weaknesses of the treatment, payments and costs of 'Hyperkinetic disorders' in your country?

If the government pays for (part of) the psychosocial treatment, which department holds the responsibility: the department of Health/Welfare or the department of Education?

General remarks about the questions mentioned above.

APPENDIX 2 TO CHAPTER 4: INTERNATIONAL CONTACT PERSONS

The following contact persons accepted their name to be published in the report:

Professeur Yves Chaix,
Unité de Neurologie Pédiatrie - Hôpital des Enfants
INSERM U 825 *Imagerie cérébrale et handicaps neurologiques*
TOULOUSE, FRANCE
Tél : 05-34-55-85-77
Fax : 05-34-55-85-73
chaix.y@chu-toulouse.fr

Amaria Baghdadli, MD, PhD,
Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Chef du service de médecine psychologique pour enfants et adolescents,
Coordonnateur du centre de ressources autisme Languedoc-Roussillon
CHU Montpellier, Avenue du Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier,
cedex 05
Tél. 0467339696/ Fax 0467330832

Isabelle Desguerre, M.D., PhD,
Department of Neuropaediatrics, APHP, Hôpital Necker-Enfants Malades,
Paris, France
isabelle.desguerre@nck.aphp.fr

Maja Steinlin, M.D., PhD
Neuropaediatrics
University Children's Hospital, Inselspital, 3010
Bern, Switzerland
maja.steinlin@insel.ch.

5 APPENDIX TO CHAPTER 5: COST/OUTCOME STUDY

APPENDIX I TO CHAPTER 5 DUTCH LETTER TO THE REHABILITATION CENTRES

Beste collega,

Naar aanleiding van het u reeds bekende onderzoek naar doelgroepen en evidence-based behandelmethoden van de multidisciplinaire revalidatie in NOK en PSY revalidatiecentra nemen we opnieuw contact op met u. Uw centrum werkte reeds via de Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie mee aan dit onderzoek door cliëntgegevens te verzamelen en ter beschikking te stellen tijdens het 'ICD-10 registratieproject'. Deze gegevens worden in opdracht van de overheid samen met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)gg verwerkt door een onderzoeksgroep van de Sig, de Universiteit Gent en de Universiteit Antwerpen. Het onderzoeksrapport wordt voorzien tegen eind 2008.

Een onderdeel van deze studie bestaat uit het onderzoeken van de omvang en de kost van de zorgconsumptie voor een beperkte steekproef (kinderen met als indexstoornis een leerstoornis) en uit het evalueren van de outcome.

Voor de bepaling van de omvang en kost van de zorgconsumptie hebben we enerzijds gegevens nodig van de ouders, voogd of begeleider van die kinderen en anderzijds de kostprijs van de revalidatie zelf. De gegevens van ouders e.a. verzamelen we met een vragenlijst. Voor de revalidatiekost vragen we u een kopie van de facturen die u aan de ouders en hun mutualiteit bezorgde.

De outcome willen we nagaan door voor elke patiënt het aanvangs bilan te vergelijken met het tussentijds- of eindbilan en het onderzoeken van bepaalde gegevens uit de vragenlijst.

We stellen voor om hierbij als volgt te werk te gaan:

Wij vragen u om gedurende de maanden april en mei 2008 aan alle patiënten met een ICD-10 indexcode F81hh of een onderverdeling hiervan (F81.0ii, F81.1jj, F81.2kk, F81.3ll, F81.8mm, F81.9nn), ongeacht mogelijke comorbiditeiten, die minimum 1 jaar in behandeling zijn, een enveloppe mee te geven. Deze enveloppe bevat voor elke patiënt een vragenlijst en een te ondertekenen toestemming die door een ouder/voogd/begeleider dienen ingevuld te worden. Los van deze vragenlijst vragen wij om voor deze patiënt de facturen van de laatste twaalf revalidatiemaanden en hun aanvangs-, tussentijds en -indien van toepassing- eindbilan bij te sluiten. Het is belangrijk om zeker twee verschillende bilans -uiteraard ganonimiseerd- mee te sturen daar wij o.a. op basis hiervan de impact van de revalidatie nagaan op de leerstoornis.

Op elke enveloppe zal een identificatienummer XX/XX vermeld staan, waarvan de eerste twee cijfers het revalidatiecentrum voorstellen en de laatste twee het nummer van de patiënt. Deze nummers dienen op elk document (facturen, bilans en de enveloppe met vragenlijst) te worden vermeld zodat wij de vragenlijsten aan de juiste facturen en bilans kunnen koppelen en de anonimitet op deze manier gegarandeerd blijft. De enveloppe met daarin de ingevulde vragenlijst zullen de ouders die bereid zijn mee te werken, aan u terugbezorgen en dient u ons (samen met de facturen en de bilans) op te sturen. Deze enveloppe mag niet door uw revalidatiecentrum worden geopend omwille van de privacy.

gg	www.kce.fgov.be
hh	specifieke ontwikkelingsstoornissen van schoolvaardigheden
ii	specifieke leesstoornis
jj	specifieke spellingsstoornis
kk	specifieke stoornis van rekenvaardigheden
ll	gemengde stoornis van schoolvaardigheden
mm	overige gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen van schoolvaardigheden
nn	ontwikkelingsstoornis van schoolvaardigheden, niet gespecificeerd

U bent natuurlijk volledig vrij in uw beslissing om al dan niet mee te werken aan dit onderzoek, maar we willen toch benadrukken dat uw medewerking uitermate belangrijk is voor het welslagen van dit project.

In de loop van volgende week zal één van de onderzoekers contact opnemen met uw centrum om na te gaan of u al dan niet wenst mee te werken. Indien uw centrum deelneemt, sturen wij u de nodige vooraf gefrankeerde enveloppen met vragenlijsten op.

Samengevat verwachten we dat u ons terugstuurt per deelnemende patiënt:

Brief aan de ouders/voogd/begeleider met hun toestemming tot deelname aan het onderzoek (onder gesloten omslag)
Vragenlijst ingevuld door de ouders/voogd/begeleider (onder gesloten omslag)
De facturen van de revalidatie van het laatste jaar van de betrokken patiënt
Begin-, tussentijds bilan en –indien van toepassing- eindbilan
! Al deze documenten zijn voorzien van eenzelfde identificatienummer !

Tot slot willen wij, namens de sector, alle centra van harte danken voor de reeds geleverde inspanningen en de medewerking aan het welslagen van dit project.

Met vriendelijke groeten,

Stefanie Pieters, Karen De Block en Sofie Van Erdeghem
Universiteit Gent, Vakgroep Experimentele, Klinische en Gezondheidspychologie
Henri Dunantlaan 2
9000 Gent
Tel: +32(0)9-264 94 13, Fax: +32(0)9-264 64 89
Stefanie.Pieters@UGent.be

APPENDIX 2 TO CHAPTER 5 FRENCH LETTER TO THE REHABILITATION CENTRES

Cher collègue,

Suite à l'enquête que vous connaissez bien au sujet des groupes cibles et des méthodes de traitement scientifiquement prouvées en réadaptation multidisciplinaire dans les centres de réadaptation ORL et PSY, nous reprenons contact de nouveau avec vous. Votre centre a coopéré déjà par le biais de la Fédération des Centres de Réadaptation Ambulatoire à cette recherche en réunissant des données d'usagers et en les mettant à disposition dans « le projet d'enregistrement ICD-10 ». Ces données sont traitées dans le cadre de la mission que le gouvernement a confié au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)oo par un groupe de recherche réunissant le Sig, l'Université de Gand et l'Université d'Anvers. Le rapport de recherche est attendu d'ici fin 2008.

Une partie de cette étude consiste à examiner la quantité et le coût de la consommation de soins pour un échantillon restreint (enfants ayant comme trouble, un trouble d'apprentissage) et d'en évaluer « l'outcome ».

Pour accéder à la quantité, et au coût de la consommation de soins nous avons besoin d'une part, de données des parents, du tuteur ou de l'accompagnant de ces enfants et d'autre part, le prix de revient de la réadaptation elle-même. Les données des parents etc. nous les rassemblons à travers le questionnaire. Pour les frais de la réadaptation, nous vous demandons une copie des factures que vous avez transmises aux parents et à leur mutualité.

Nous voulons examiner l'outcome en comparant le bilan initial pour chaque patient avec les bilans intermédiaires ou le bilan de fin et examiner certaines données du questionnaire.

Nous proposons d'organiser comme suit le travail :

Nous vous demandons pendant les mois d'avril et mai 2008 , de remettre une enveloppe à tous les patients identifiés par un code ICD-10 F81 pp (principal où comorbide) ou par une subdivision (F81.0 qq , F81.1 rr , F81.2 ss , F81.3 tt http://www.worldlingo.com/SjGle6L4544_bh6Pl_sAk9GQnPHzWMJLL/msowin11?service=WorldLingo_NL-FR&lcidFrom=1043&lcidTo=1036&lcidUI=1036&t=DIA8F1F6-BAC0-33BA-3AAE-05876EE6481A - _ftn5#_ftn5, F81.8uu, F81.9vv) pris depuis 1 an minimum en traitement. Cette enveloppe comprend un questionnaire pour chaque patient et une autorisation à signer qui doit être remplie par un parent/tuteur/accompagnateur. Abstraction faite de ce questionnaire, nous vous demandons pour ce patient les copies des factures dans l'intervalle des douze mois de réadaptation, le bilan initial et le dernier bilan et - si c'est d'application - le bilan de fin. Il est important de joindre deux bilans différents –soigneusement anonymisés - pour nous permettre avec d'autres éléments, d'examiner sur base de ceux-ci l'impact de la réadaptation sur le trouble d'apprentissage.

Sur chaque enveloppe un numéro d'identification XX/XX se trouvera mentionné dont les deux premiers chiffres identifient le centre de réadaptation et les deux derniers numéros, le patient. Ces numéros doivent être mentionnés sur chaque document (factures, bilans et l'enveloppe avec le questionnaire) pour que nous puissions lier correctement les questionnaires aux factures et bilans tout en garantissant de cette façon l'anonymat. L'enveloppe avec le questionnaire rempli vous sera restituée par les parents participants et renvoyée vers nous (avec les factures et les bilans). Cette enveloppe ne peut pas être ouverte par votre centre de réadaptation pour garantir la protection de la vie privée.

Vous êtes naturellement entièrement libre dans votre décision de coopérer ou non à cette recherche, mais nous voulons cependant souligner que votre collaboration est d'un intérêt capital pour le succès de ce projet.

Dans le courant de la semaine prochaine un des chercheurs prendra contact avec votre centre pour vérifier si vous souhaitez coopérer ou non. Si votre centre participe, nous vous enverrons les enveloppes nécessaires d'avance timbrées avec les questionnaires.

Résumé de ce que nous attendons des patients participants :

- La lettre adressée aux parents/tuteur/accompagnateur avec en retour l'autorisation de participation à la recherche (sous enveloppe fermée).
 - Le questionnaire rempli par les parents/tuteur/accompagnateur (sous enveloppe fermée).
 - Les factures de la réadaptation de la dernière année du patient concerné
 - Bilan partiel, initial et - si d'application - bilan de fin.
- ! Tous ces documents sont munis d'un même numéro d'identification !

Pour finir, nous voulons, au nom du secteur, remercier tous les centres pour les efforts déjà faits et pour leur collaboration au succès de ce projet.

Avec les salutations amicales,

Stefanie Pieters, Karen De Block et Sofie Van Erdeghem
 Université de Gand, Unité d'enseignement et de psychologie de santé expérimentale et clinique
 Henri Dunantlaan 2
 9000 Gand
 Tél : +32 (0) 9-264 94 13, télécopie : +32 (0) 9-264 64 89
 Stefanie.Pieters@UGent.be

pp	Troubles du développement spécifiques des apprentissages scolaires
qq	Trouble spécifique de la lecture
rr	Trouble spécifique de l'orthographe
ss	Trouble spécifique de l'apprentissage du calcul
tt	Trouble mixte des apprentissages scolaires
uu	Autres troubles spécifiques du développement des apprentissages scolaires
vv	Trouble du développement des apprentissages scolaires, non spécifié

APPENDIX 3 TO CHAPTER 5 DUTCH INFORMED CONSENT

Beste,

11-03-08

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) voert momenteel in opdracht van de overheid en in samenwerking met Sig, de Universiteit Antwerpen en de Universiteit Gent, onderzoek uit over de revalidatiecentra in België. Het rapport zal eind 2008 gepubliceerd worden door het KCE. Dit onderzoek heeft enerzijds als doel de cliënten en de werking van de revalidatiecentra in kaart te brengen en anderzijds zicht te krijgen op de totale zorgkosten voor een kind dat revalidatie volgt. Aangezien u ouder/voogd/begeleider (bv. opvoeder, sociaal assistent...) bent van een kind dat een behandeling volgt of volgde voor leerstoornissen in een revalidatiecentrum, willen wij u vragen aan dit onderzoek mee te werken door even de tijd te nemen om bijgevoegde vragenlijst in te vullen.

Met de vragenlijst willen wij onderzoeken welke tijdsinzet deze revalidatie van u vergde, welke hulpverlening uw kind kreeg in het revalidatiecentrum en welke bijkomende behandelingen/ondersteuning uw kind verder nog genoot. Verder willen we u ook vragen wat de sterke en moeilijkheden van uw kind zijn en in welke mate het veranderde op sociaal, emotioneel en schools vlak tijdens of na de revalidatie. Het kan zijn dat uw kind, naast een leerstoornis, een andere stoornis heeft die met de leerstoornis weinig te maken heeft en waarvoor het hulp ontvangt. In deze vragenlijst peilen we enkel naar de hulpverlening en de kosten die gepaard gaan met de leerstoornis en de mogelijke andere problemen waarvoor het op het revalidatiecentrum behandeld wordt. We vragen niet om dieper in te gaan op kosten en behandelingen voor eventuele andere problemen die uw kind ervaart.

De vragenlijst bestaat uit vijf delen. In het eerste deel worden er een paar algemene vragen gesteld. In het tweede deel bevragen we de hulpverlening die uw kind krijgt/kreeg in het revalidatiecentrum. In het derde deel gaan we de sterke kanten en moeilijkheden van uw kind na in de afgelopen maand en in welke mate u veranderingen opmerkte sinds de revalidatie startte. Het vierde deel bevat vragen die zich toespitsen op de kosten. In het vijfde en laatste deel worden er een aantal persoonlijke vragen gesteld.

Uiteraard zullen de persoonlijke gegevens die we verzamelen volledig vertrouwelijk en conform de privacy wetgeving worden behandeld. De gegevens worden eveneens 1 jaar na publicatie van het onderzoek vernietigd. Het invullen van de vragenlijst neemt 20 à 25 minuten in beslag.

U kunt de ingevulde vragenlijst samen met deze ondertekende brief aan het revalidatiecentrum bezorgen, onder gesloten omslag zodat u zeker bent dat enkel de onderzoekers uw informatie kunnen inzien. Het revalidatiecentrum zal de omslag samen met de facturatiegegevens en de gegevens uit het aanvangs- en evolutie-onderzoek van uw kind aan ons overmaken. Wanneer u niet wenst deel te nemen aan het onderzoek kan u dat op deze enveloppe vermelden. Op deze manier is het revalidatiecentrum daarvan op de hoogte en geven ze ons geen facturatiegegevens van uw kind door. Het spreekt voor zich dat al deze informatie 100% vertrouwelijk wordt behandeld en dat het al dan niet deelnemen aan dit onderzoek geen enkele invloed heeft op de hulpverlening van uw kind binnen het revalidatiecentrum.

Voor meer inlichtingen of vragen kan u ons steeds telefonisch, per email of per post bereiken.

We willen u alvast hartelijk bedanken voor uw medewerking,

De onderzoekers,

Stefanie Pieters, Karen De Block en Sofie Van Erdeghem
Universiteit Gent, Vakgroep Experimentele, Klinische en Gezondheidspsychologie
Henri Dunantlaan 2
9000 Gent
Tel: +32(0)9-264 94 13, Fax: +32(0)9-264 64 89

×-----×

Ondergetekende ouder, voogd of begeleider verklaart voldoende op de hoogte te zijn gesteld over de reden en uitvoering van het onderzoek en te weten dat hij/zij volledig vrijwillig kan beslissen om al dan niet mee te werken aan het onderzoek.

Ondergetekende verklaart tevens op de hoogte te zijn van de samenwerking met het revalidatiecentrum waar het kind in behandeling is/was. Hij/zij geeft ook de toelating aan het revalidatiecentrum om facturatiegegevens en het aanvangs- en tussentijds en/of eindverslag naamloos aan de onderzoekers mee te geven. Hij/zij geeft hierbij ook de toelating aan de onderzoekers om de ingezamelde gegevens te gebruiken in het kader van het in deze brief beschreven wetenschappelijk onderzoek op voorwaarde dat bij de verwerking van de gegevens de vertrouwelijkheid nauwgezet wordt gerespecteerd.

Opgemaakt en ondertekend op:

Datum: Naam:

Handtekening:

APPENDIX 4 TO CHAPTER 5 FRENCH INFORMED CONSENT

Madame, Monsieur,

Le Centre d'Expertise Fédéral pour la Santé Publique (KCE) mène actuellement sur mission du gouvernement et en collaboration avec le Sig, l'Université d'Anvers et l'Université de Gand, une recherche au sujet des Centres de réadaptation en Belgique. Le rapport sera publié par le KCE fin 2008. La recherche porte d'une part sur la description de la clientèle et de la réponse donnée par les Centres de réadaptation et d'autre part s'intéresse au coût total des soins d'un enfant suivi en réadaptation. Étant donné que vous êtes identifié en tant que parent/tuteur/représentant (par exemple éducateur, assistant social, ...) d'un enfant qui suit ou a suivi un traitement pour des troubles d'apprentissage dans un Centre de réadaptation, nous voulons vous demander de coopérer à cette recherche en prenant le temps de remplir le questionnaire ci-joint.

Avec ce questionnaire, nous voulons examiner combien de temps a exigé de vous cette réadaptation, quelle assistance a obtenu votre enfant dans le Centre de réadaptation et quels traitements/soutiens complémentaires ont ensuite encore été mis en place pour votre enfant. En outre, nous voulons aussi vous demander quelles sont les qualités et les difficultés de votre enfant et dans quelle mesure il a changé sur le plan social, émotionnel et scolaire au cours ou après la réadaptation. Il se peut que votre enfant présente, à côté d'un trouble d'apprentissage, un autre dysfonctionnement qui a peu à voir avec le trouble d'apprentissage, et pour lequel il reçoit l'aide. Dans ce questionnaire, nous sondons uniquement l'assistance et les frais qui sont en liaison avec le trouble d'apprentissage et les autres éventuels problèmes pris en charge par le Centre de Réadaptation. Nous ne cherchons pas à discuter plus en profondeur les frais et les traitements pour d'autres problèmes éventuels que votre enfant a rencontrés.

Le questionnaire comprend cinq parties. Dans la première partie, il vous sera posé quelques questions d'ordre général. Dans la deuxième partie, nous analysons l'assistance qu'obtient/a obtenu votre enfant dans le Centre de réadaptation. Dans la troisième partie, nous allons parcourir les points forts et les difficultés de votre enfant dans le dernier mois et dans quelle mesure vous avez remarqué des changements depuis que la réadaptation a démarré. La quatrième partie comprend les questions portant sur les frais. Dans la cinquième et dernière partie, se trouvent posées quelques questions personnelles.

Bien entendu les données personnelles qui nous réunissons resteront entièrement confidentielles et seront traitées conformément à la législation sur la protection de la vie privée. Les données seront détruites de toute façon 1 an après la publication de la recherche. Le remplissage du questionnaire prend 20 à 25 minutes.

Vous pouvez transmettre le questionnaire rempli et le document signé joint ci-dessous au Centre de réadaptation, sous enveloppe fermée pour que vous soyez certains qu'uniquement les chercheurs puissent avoir accès à votre information. Le Centre de réadaptation nous fera parvenir votre l'enveloppe avec les factures et les copies des bilans de départ et d'évolution de votre enfant. Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, vous pouvez le signaler sur l'enveloppe jointe. De cette manière, le Centre de Réadaptation sera mis au courant et ne nous transmettra pas les données de facturation de votre enfant. Il va de soi que pour eux aussi, cette information sera 100% traitée confidentiellement et que le fait de ne pas participer à cette recherche n'aura aucune influence sur la qualité des soins reçus par votre enfant dans le Centre.

Pour plus de renseignements ou de questions, vous pouvez toujours nous atteindre par téléphone, par e-mail ou par courrier.

Nous voulons déjà vous remercier cordialement pour votre collaboration,

Les chercheurs,

Stefanie Pieters et Karen De Block

Université de Gand

Unité Expérimentale et Clinique d'Enseignement et de Psychologie de la Santé

Henri Dunantlaan 2

9000 Gand

Tél : +32 (0) 9-264 94 13, télécopie : +32 (0) 9-264 64 89

Stefanie.Pieters@UGent.be

Le soussigné, parent, tuteur ou accompagnant déclare(nt) avoir été suffisamment éclairé au sujet de la raison et de l'exécution de la recherche et savoir qu'il/ils peut/peuvent dès lors décider entièrement volontairement de coopérer ou non à cette recherche.

Le soussigné déclare également être au courant de la coopération avec le Centre de réadaptation où l'enfant est en traitement. Il/ils donne(nt) aussi l'autorisation au Centre de réadaptation de céder de façon anonyme, les données de facturation et les rapports de début, en cours et/ou le rapport final aux chercheurs. Il/ils donne(nt) aussi l'autorisation aux chercheurs d'utiliser les données rassemblées dans le cadre de la recherche scientifique définie dans cette lettre à condition que lors du traitement des données, la confidentialité soit scrupuleusement respectée.

Lu et approuvé par :

Date :

Nom

Signature :

APPENDIX 5 TO CHAPTER 5 DUTCH QUESTIONNAIRE



In samenwerking met



Doelgroepen en evidence-based behandelmethoden van de multidisciplinaire revalidatie in NOK en PSY revalidatiecentra

.. / ..

Bij een stippellijn vragen wij om uw antwoord voluit te noteren, bij een vakje vragen wij u een cijfer in te vullen. Bij een cirkeltje vragen wij u het cirkeltje bij de gepaste keuze zwart te maken.

Eerste deel: Algemene vragen over het kind met een leerstoornis

1. Wat is het geslacht en het geboortejaar van het kind?

Jongen

Meisje

--	--	--	--

Geboortejaar

2. Welke leerstoornis heeft het kind? (mogelijks heeft het kind nog andere stoornissen maar deze bevragen we hier niet)

Rekenstoornis (dyscalculie)

Leesstoornis (dyslexie)

Spellingsstoornis (dysorthografie)

Reken- en leesstoornis

Lees-

en

spellingsstoornis

Reken- en spellingsstoornis

Reken-, lees- en spellingsstoornis

Andere: (benoem):.....

3. Wie stelde vast dat het kind een leerstoornis heeft?

De

huisarts

Een psychiater

Een kinderpsychiater

Een psycholoog

Een kinesist

Een logopedist

Een revalidatiecentrum

Een CLB

Een

andere

geneesheer-specialist

Andere:.....

4. Wanneer werd vastgesteld dat het kind een leerstoornis had? in _____ (jaartal)

5. Waar verblijft het kind momenteel?

Bij de ouders samen

Ik leef gescheiden van mijn partner en heb co-ouderschap, mijn kind verblijft de helft van de tijd bij mij.

Ik leef gescheiden van mijn partner en mijn kind verblijft enkel sommige weekends bij mij.

Ik leef gescheiden van mijn partner en heb co-ouderschap, mijn kind verblijft bij mijn partner

Instelling (specificeer hieronder)

- Medisch pedagogisch instituut (MPI)
- Kinder- en Jeugdpsychiatrische opname Bijzondere Jeugdbijstand (specificeer hieronder)
 - Onthaal-, Observatie-, en Oriëntatiecentrum (O.O.O.C.)
 - Begeleidingstehuis
 - Gezinste thuis
 - Gemeenschapsinstelling (inclusief Everberg)
 - Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)
 - Andere
- Adoptiegezin
- Pleeggezin
- Andere

Tweede deel: Hulpverlening in het revalidatiecentrum

In dit tweede deel vragen wij u aan te duiden welke hulpverlening het kind in het revalidatiecentrum ontvangt of ontving.

6. Welke therapie volgt/volgde het kind in het revalidatiecentrum gedurende de voorbije schoolmaand?

- a. Logopedie**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Neen | <input type="radio"/> Ik weet het niet | | |
| Zo ja, hoe vaak? | <input type="radio"/> 1x/week | <input type="radio"/> 2x/week | <input type="radio"/> 3x/week | <input type="radio"/> 4x/week |
| | <input type="radio"/> 1x/maand | <input type="radio"/> 2x/maand | <input type="radio"/> 3x/maand | <input type="radio"/> andere |

Hoeveel minuten per keer?

<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	<input type="radio"/> 60 min.
<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min.	Oandere

Gebeurt/gebeurde deze therapie

<input type="radio"/> individueel
<input type="radio"/> in groep
<input type="radio"/> zowel individueel als in groep
<input type="radio"/> ik weet het niet

- b. Ergotherapie**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Neen | <input type="radio"/> Ik weet het niet | | |
| Zo ja, hoe vaak? | <input type="radio"/> 1x/week | <input type="radio"/> 2x/week | <input type="radio"/> 3x/week | <input type="radio"/> 4x/week |
| | <input type="radio"/> 1x/maand | <input type="radio"/> 2x/maand | <input type="radio"/> 3x/maand | Oandere |

Hoeveel minuten per keer?

<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	<input type="radio"/> 60 min.
<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min.	Oandere

Gebeurt/gebeurde deze therapie

<input type="radio"/> individueel
<input type="radio"/> in groep
<input type="radio"/> zowel individueel als in groep
<input type="radio"/> ik weet het niet

- c. Kinesitherapie/psychomotoriek**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Neen | <input type="radio"/> Ik weet het niet | | |
| Zo ja, hoe vaak? | <input type="radio"/> 1x/week | <input type="radio"/> 2x/week | <input type="radio"/> 3x/week | <input type="radio"/> 4x/week |
| | <input type="radio"/> 1x/maand | <input type="radio"/> 2x/maand | <input type="radio"/> 3x/maand | Oandere |

Hoeveel minuten per keer?

<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	<input type="radio"/> 60 min.
<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min.	Oandere

Gebeurt/gebeurde deze therapie

<input type="radio"/> individueel
<input type="radio"/> in groep
<input type="radio"/> zowel individueel als in groep
<input type="radio"/> ik weet het niet

- d. Psychotherapie**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Neen | <input type="radio"/> Ik weet het niet | | |
| Zo ja, hoe vaak? | <input type="radio"/> 1x/week | <input type="radio"/> 2x/week | <input type="radio"/> 3x/week | <input type="radio"/> 4x/week |
| | <input type="radio"/> 1x/maand | <input type="radio"/> 2x/maand | <input type="radio"/> 3x/maand | Oandere |

Hoeveel minuten per keer?

<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	<input type="radio"/> 60 min.
<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min.	Oandere

Gebeurt/gebeurde deze therapie

<input type="radio"/> individueel
<input type="radio"/> in groep
<input type="radio"/> zowel individueel als in groep
<input type="radio"/> ik weet het niet

e. Audiologie (gehoortraining)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen	Olk weet het niet	
Zo ja, hoe vaak?	<input type="radio"/> 1x/week	<input type="radio"/> 02x/week	O3x/week	O4x/week
	<input type="radio"/> 1x/maand	<input type="radio"/> 02x/maand	O3x/maand	Oandere
Hoeveel minuten per keer?	<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	O 60 min.	
	<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min	O andere	
Gebeurt/gebeurde deze therapie	<input type="radio"/> individueel <input type="radio"/> in groep <input type="radio"/> zowel individueel als in groep <input type="radio"/> ik weet het niet			
f. Geneesheer	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen	Olk weet het niet	
Zo ja, hoe vaak?	<input type="radio"/> 1x/week	<input type="radio"/> 02x/week	O3x/week	O4x/week
	<input type="radio"/> 1x/maand	<input type="radio"/> 02x/maand	O3x/maand	Oandere
Hoeveel minuten per keer?	<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	O 60 min.	
	<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min	O andere	
Gebeurt/gebeurde deze therapie	<input type="radio"/> individueel <input type="radio"/> in groep <input type="radio"/> zowel individueel als in groep <input type="radio"/> ik weet het niet			
g. Maatschappelijk werk(st)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen	Olk weet het niet	
Zo ja, hoe vaak?	<input type="radio"/> 1x/week	<input type="radio"/> 02x/week	O3x/week	O4x/week
	<input type="radio"/> 1x/maand	<input type="radio"/> 02x/maand	O3x/maand	Oandere
Hoeveel minuten per keer?	<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	O 60 min.	
	<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min	O andere	
Gebeurt/gebeurde deze therapie	<input type="radio"/> individueel <input type="radio"/> in groep <input type="radio"/> zowel individueel als in groep <input type="radio"/> ik weet het niet			
h. Andere	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen	Olk weet het niet	
Zo ja, hoe vaak?	<input type="radio"/> 1x/week	<input type="radio"/> 02x/week	O3x/week	O4x/week
	<input type="radio"/> 1x/maand	<input type="radio"/> 02x/maand	O3x/maand	Oandere
Hoeveel minuten per keer?	<input type="radio"/> 30 min.	<input type="radio"/> 45 min.	O 60 min.	
	<input type="radio"/> 90 min.	<input type="radio"/> 120 min	O andere	
Gebeurt/gebeurde deze therapie	<input type="radio"/> individueel <input type="radio"/> in groep <input type="radio"/> zowel individueel als in groep <input type="radio"/> ik weet het niet			

Derde deel: Sterke en moeilijke kanten van het kind en inschatting van de veranderingen door de therapie in het revalidatiecentrum

We willen op de volgende twee bladzijden nagaan wat de sterke kanten en moeilijkheden van het kind zijn.

SDQ Dutch

Hieronder willen we nagaan in welke mate u veranderingen opmerkte bij het kind sinds de revalidatie startte en dit op drie verschillende niveaus, nl. het schoolse, het emotionele en het sociale niveau. Per niveau zijn een zestal stellingen geformuleerd. Bij elke stelling hebt u verschillende antwoordmogelijkheden, gaande van helemaal onwaar tot helemaal waar. Gelieve het meest passende bolletje te kleuren. Als een vraag niet van toepassing is op het kind, kan u dit aanduiden in de kolom 'niet van toepassing' (bijvoorbeeld: de vraag wordt gesteld of het kind minder vaak wordt gepest sinds de therapie is gestart. Wanneer van pesten geen sprake is of was, kan u dit aanduiden door het bolletje onder 'niet van toepassing' te kleuren). Andere bevindingen of meer uitleg kan u vrijblijvend invullen op de stippellijnen.

8. Merkt u veranderingen bij het kind sinds de therapie in het revalidatiecentrum is gestart, wat betreft het schoolse functioneren?

Schools functioneren	Helemaal onwaar	Onwaar	Neutraal	Waar	Helemaal waar	Niet van toepassing	Ik weet het niet
Rekenen/wiskunde is verbeterd	<input type="radio"/>						
Taal is verbeterd	<input type="radio"/>						
Andere vakken dan rekenen/wiskunde en taal zijn verbeterd	<input type="radio"/>						
Aandacht tijdens de les is verbeterd	<input type="radio"/>						
Huiswerk maken verloopt vlotter	<input type="radio"/>						
Gaat liever naar school	<input type="radio"/>						

Opmerkingen bij schools functioneren:

.....

.....

Merkt u veranderingen bij het kind sinds de therapie in het revalidatiecentrum is gestart, wat betreft het emotioneel functioneren?

Emotioneel functioneren	Helemaal onwaar	Onwaar	Neutraal	Waar	Helemaal waar	Niet van toepassing	Ik weet het niet
Heeft minder vaak schrik	<input type="radio"/>						
Is minder vaak boos	<input type="radio"/>						
Heeft minder vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="radio"/>						
Is minder vaak droevig	<input type="radio"/>						
Heeft minder zorgen, lijkt minder vaak over dingen in te zitten	<input type="radio"/>						
Heeft minder problemen om in te slapen	<input type="radio"/>						
Gedraagt zich meer zelfzeker	<input type="radio"/>						
Klaagt minder vaak over hoofdpijn, buikpijn of misselijkheid	<input type="radio"/>						

Opmerkingen bij emotioneel functioneren:

.....

.....

Merkt u veranderingen bij het kind sinds de therapie in het revalidatiecentrum is gestart, wat betreft het sociale functioneren?

Sociaal functioneren	Helemaal onwaar	Onwaar	Neutraal	Waar	Helemaal waar	Niet van toepassing	Ik weet het niet
Wordt minder vaak gepest of getreiterd door andere kinderen	<input type="radio"/>						
Heeft meer vriendjes/vrienden	<input type="radio"/>						
Is vrolijker (binnen het gezin)	<input type="radio"/>						
Is minder agressief tegenover anderen	<input type="radio"/>						
Is zelfstandiger geworden	<input type="radio"/>						
Komt meer voor zichzelf op	<input type="radio"/>						

Opmerkingen bij sociaal functioneren:

.....

.....

Vierde deel: Vragen over de kosten van het kind

In dit vierde deel zouden wij u willen vragen om nauwkeurig te noteren welke uitgaven u gedurende een bepaalde periode hebt gehad voor het kind. De betrokken periode wordt steeds vetgedrukt aangeduid. Het is heel belangrijk dat u bij het invullen van de vragen de juiste periode voor ogen houdt. De bedoeling van deze enquête is om de extra kost van een kind t.o.v. een ander kind te bepalen.

Wij zouden u willen vragen om hier alle kosten te noteren die gemaakt worden voor de leerstoornis van uw kind EN voor eventuele andere aandoeningen WAARVOOR UW KIND IN HET REVALIDATIECENTRUM BEHANDELD WORDT. Vb.: als uw kind behalve een leerstoornis ook ADHD (aandachts- en concentratiestoornis) heeft, dan vermeldt u de kosten die u heeft voor de leerstoornis én voor de ADHD. Heeft uw kind behalve de leerstoornis ook nog astma of eczeem, dan vermeldt u de extra kosten voor de leerstoornis, maar NIET de extra kosten voor het astma of eczeem.

9. Neemt het kind medicijnen? Ja Neen

Zo neen, ga verder naar vraag 10.

Zo ja, welk medicijn neemt het kind, voor welke reden en sinds wanneer? Naam:.....

Reden:

Hoelang neemt het kind dit medicijn al? sinds (jaartal)
Hoeveel draagt u zelf maandelijks bij in de kost van dit medicijn (opleg)?

euro

Naam:..... Reden:

Hoelang neemt het kind dit medicijn al? sinds (jaartal)
Hoeveel draagt u zelf maandelijks bij in de kost van dit medicijn (opleg)?

euro

Naam:..... Reden:

Hoelang neemt het kind dit medicijn al? sinds (jaartal)
Hoeveel draagt u zelf maandelijks bij in de kost van dit medicijn (opleg)?

euro

Naam:..... Reden:

Hoelang neemt het kind dit medicijn al? sinds (jaartal)
Hoeveel draagt u zelf maandelijks bij in de kost van dit medicijn (opleg)?

euro

In wat volgt stellen we u een aantal vragen over de medische behandeling en ondersteuning van het kind. In een aantal vragen verwijzen we daarvoor naar andere begeleiding gedurende de laatste

schoolmaand. We weten dat het kind reeds begeleiding/therapie krijgt in het revalidatiecentrum. Het gaat in onderstaande vragen over de hulp of begeleiding die het kind er boven op krijgt.

10. Krijgt het kind naast begeleiding/therapie in het revalidatiecentrum andere vormen van begeleiding/therapie? Het gaat hier enkel om begeleiding/therapieën die niet in het revalidatiecentrum worden gegeven.

Ja Neen

Zo nee, ga verder naar vraag 11.

Zo ja, vul deze vraag dan verder in

Het kind volgde de voorbije schoolmaand:

a. Kinesitherapie Ja Neen

Zo ja, hoeveel keer in de voorbije schoolmaand?

 keer minuten per keer

Waar? bij een privé kinesist

elders:.....

Krijgt U hiervan een deel terugbetaald? Ja Neen ik weet het niet

Indien ja, waarom? Het kind staat op de F-lijst*

Het kind staat op de E-lijst*

Het kind heeft minder dan 18 kine-beurten gehad dit jaar (gewone terugbetaling).

andere reden.....

*Sinds kort is er in België een nieuwe regeling die het aantal kinesitherapie-sessies beperkt. Enkel voor kinderen die een vrij zware aandoening hebben en bijgevolg op de E- of F-lijst worden geplaatst, maakt men een uitzondering, zij kunnen ook genieten van een verhoogde terugbetaling.

Stond het kind op een wachtlijst om kinesitherapie te kunnen volgen?

Ja Neen

Zo ja, hoe lang stond het kind op de wachtlijst voor de kinesitherapie?

weken

b. Logopedie Ja Neen

Zo ja, hoeveel keer in de voorbije schoolmaand? keer

minuten per keer

Waar? bij een privé logopedist

elders:.....

Krijgt U hiervan een deel terugbetaald? Ja Neen ik weet het niet

Stond het kind op een wachtlijst om logopedie te kunnen volgen?

Ja Neen

Zo ja, hoe lang stond het kind op de wachtlijst voor de logopedie?

weken

c. Ergotherapie Ja Neen

Zo ja, hoeveel keer in de voorbije schoolmaand? keer

 minuten per keer

Waar? bij een privé ergotherapeut

elders:.....

Stond het kind op een wachtlijst om ergotherapie te kunnen volgen?

Ja Neen

Zo ja, hoe lang stond het kind op de wachtlijst voor de ergotherapie?

weken

Hoeveel moet u hiervoor per keer betalen?

 Euro per keer ik weet het niet

Krijgt u hiervan een deel terugbetaald? Ja

Neen ik weet het niet

Zo ja, hoeveel krijgt u hiervan terugbetaald?

 Euro per keer ik weet het niet

d. Psychotherapie Ja Neen

Zo ja, hoeveel keer in de voorbije schoolmaand?

 keer minuten per keer

Waar?	<input type="radio"/> bij een privé psycholoog <input type="radio"/> bij een privé psychiater <input type="radio"/> elders:.....		
Hoeveel moet u hiervoor per keer betalen?	<input type="text"/> Euro per keer	<input type="radio"/> ik weet het niet	
Krijgt u hiervan een deel terugbetaald?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen	<input type="radio"/> ik weet het niet
Zo ja, hoeveel krijgt u hiervan terugbetaald?	<input type="text"/> Euro per keer	<input type="radio"/> ik weet het niet	
Stond het kind op een wachtlijst om psychotherapie te kunnen volgen?			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen		
Zo ja, hoe lang stond het kind op de wachtlijst voor de psychotherapie?	weken		
e. Andere therapieën			
Volgde het kind de voorbije schoolmaand andere therapieën dan diegene die hier vermeld werden?			
<input type="radio"/> Ja, benoem:			
<input type="radio"/> Neen			
Zo ja, hoeveel keer in de voorbije schoolmaand?	<input type="text"/> keer	<input type="text"/> minuten per keer	
Waar?	<input type="radio"/> bij een privé therapeut. Specificeer:		
<input type="radio"/> elders:.....			
Hoeveel moet u hiervoor per keer betalen?	<input type="text"/> Euro per keer	<input type="radio"/> ik weet het niet	
Krijgt U hiervan een deel terugbetaald?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen	<input type="radio"/> ik weet het niet
Zo ja, hoeveel krijgt u hiervan terugbetaald	<input type="text"/> Euro per keer	<input type="radio"/> ik weet het niet	
Stond het kind op een wachtlijst om deze therapie te kunnen volgen?			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen		
Zo ja, hoe lang stond het kind op de wachtlijst voor de therapie?	weken		

11. Welk onderwijs volgt het kind?

- Gewoon kleuteronderwijs
- Buitengewoon kleuteronderwijs
- Gewoon lager onderwijs
- Buitengewoon lager onderwijs
- Gewoon secundair onderwijs (duid verder aan)
 - Algemeen vormend onderwijs
 - Technisch onderwijs
 - Beroepsonderwijs
- Hoger niet universitair onderwijs
- Universitair onderwijs

Indien het kind bijzonder onderwijs volgt:

hoe lang volgt het kind al bijzonder onderwijs? sinds (jaartal)

12. Kreeg het kind de voorbije schoolmaand speciale hulp op school?

- * van de leerkracht Ja Neen ik weet het niet
- * van de taakleerkracht Ja Neen ik weet het niet
- * van de schoollogopedist Ja Neen ik weet het niet
- * van de schoolpsycholoog Ja Neen ik weet het niet
- * van iemand anders op school. Wie?

13. Kreeg het kind gedurende de voorbije schoolmaand na de schooluren en onafhankelijk van school, bijles voor een vak?

 Ja Neen

Zo neen, ga verder naar vraag 14.

Zo ja, vul deze vraag verder in.

Hoeveel keer kreeg het kind de voorbije schoolmaand bijles en hoelang duurde een sessie
gemiddeld?Moest u voor deze bijles iets betalen? Ja Neen minuten per keerZo ja, hoeveel moest u hiervoor betalen? Euro per sessie

14. Heeft het kind op school al eens een schooljaar overgedaan?

Neen Ja, hoeveel keer? keer

15. Heeft u (en/of uw partner) het kind de voorbije schoolmaand geholpen met zijn of haar huiswerk?

Ja Neen

Zo neen, ga verder naar vraag 16.

Zo ja, kan u ongeveer schatten hoeveel tijd u (en/of uw partner) hieraan gemiddeld per dag

heeft/hebben gespendeerd?

uren minuten per dag

16. Heeft u voor het kind de voorbije twee maanden een huisarts of geneesheer-specialist) geraadpleegd (en dit omwille van de leerstoornis of aanverwant probleem)?

Ja Neen

Zo neen, ga verder naar vraag 17

Zo ja, vul deze vraag verder in.

* Heeft u voor het kind de voorbije twee maanden een huisarts geraadpleegd?

Neen

Ja

Zo ja, reden:.....

Zo ja, hoeveel keer? keer

* Heeft u voor het kind de voorbije twee maanden een geneesheer-specialist geraadpleegd?

Neen

Ja

Zo ja, welke specialist?.....(bv. kinderspecialist...)

Zo ja, reden:.....

Zo ja, hoeveel keer? keer

17. Heeft u, voor uzelf, het afgelopen jaar iets uitgegeven om informatie te bekomen over leerstoornissen?

Ja Neen

Een (of meerdere) boek(en) Prijs Euro

Een (of meerdere) infoavond(en) of dergelijke Prijs Euro

Een gesprek op school

Een gesprek met een psycholoog Prijs Euro

Een gesprek met een psychiater Prijs Euro

..... Prijs Euro

18. Zijn er omwille van het kind veranderingen opgetreden in de werk- of beroepssituatie van u (of uw partner?) Ja Neen

Zo neen, ga verder naar vraag 19

Zo ja, vul deze vraag dan verder in

Wat is er veranderd voor u?

niets

ander uurrooster

minder uren werken (hoeveel uren minder per week?)

andere taken uitvoeren

- minder belastend werk uitvoeren
- gestopt met werken
- RVA, prepensioen, invaliditeit, ...
- tijdelijk ziekteverlof
- loopbaanonderbreking
- ouderschapsverlof
- carrièremogelijkheden
- andere

Wat is er veranderd voor uw partner?

- niet van toepassing (ik heb geen partner)
- niets
- ander uurrooster
- minder uren werken (hoeveel uren minder per week?)
- andere taken uitvoeren
- minder belastend werk uitvoeren
- gestopt met werken
- RVA, prepensioen, invaliditeit, ...
- tijdelijk ziekteverlof
- loopbaanonderbreking
- ouderschapsverlof
- carrièremogelijkheden
- andere

19. Waren er de voorbije schoolmaand extra verplaatsingskosten voor het kind (bv. verplaatsingen naar kinesist, dokter...)? Ja Neen

Zo neen, ga dan verder naar vraag 20.

Zo ja, vul deze vraag dan verder in.

De voorbije schoolmaand is er km extra met de auto gereden voor het kind

De voorbije schoolmaand is er km extra met het openbaar vervoer gereden voor het kind

Dit kostte in het totaal uren en minuten aan tijd

Dit vervoer werd gedaan door:

- u (en/of uw partner)
- iemand anders:.....
- u (en/of uw partner) en iemand anders:.....

Indien het vervoer gebeurt door iemand anders is dit betaald of onbetaald ?

20. Kan u een schatting maken van de extra tijd die u, (uw partner) of iemand anders de voorbije schoolmaand samen hebben gespendeerd aan het kind? Hiermee bedoelen wij bv. wachten in de wachtkamer van de therapeut terwijl het kind therapie volgt,

uren minuten extra gespendeerd aan mijn kind

- door u (en/of uw partner)
- door iemand anders:.....
- door u en/of uw partner en iemand anders:.....

21. Tenslotte willen wij u vragen eventueel nog andere kosten te noteren die hoger zijn voor kinderen met leerstoornissen dan voor andere kinderen, waaraan wij niet gedacht hebben.

.....
.....
.....
.....

Vijfde deel: Persoonlijke vragen

In dit laatste deel stellen wij u een paar persoonlijke vragen. De antwoorden zijn nodig voor een goede verwerking van de enquête. Wij willen er u nog eens op wijzen dat deze enquêtes anoniem verwerkt worden en dat uw privacy dus niet zal geschonden worden.

22. Wat is uw relatie ten aanzien van het kind?

- Ik ben de ouder van het kind
- Ik ben de pleegouder van het kind
- Ik ben de adoptieouder van het kind
- Ik ben familie van het kind, benoem welk familielid.....
- Ik ben de begeleider/opvoeder van het kind
- Andere, benoem.....

23. Wat is uw geboortejaar?

--	--	--	--

24. Wat is uw geslacht?

Man Vrouw

25. Wat is de postcode van uw woonplaats?

--	--	--	--

26. Bij deze vraag willen wij het statuut van de ziekteverzekering achterhalen. Wij vragen u daarom om de eerste 6 cijfers van het mutualiteitsnummer van het kind in te vullen. U vindt dit nummer links onderaan op uw ziekteklevetjes. Door het geven van deze 6 cijfers wordt uw privacy niet geschonden, we kunnen uit deze cijfers enkel uw statuut afleiden. (Bv. 110/110 betekent loontrekend)

De eerste 6 cijfers van het mutualiteitsnummer zijn:

--	--	--	--

/

--	--	--	--

Heeft het kind recht op een verhoogde tegemoetkoming? Ja Neen ik weet het niet

Onderstaande vragen hebben betrekking op uw huidig gezin en dienen enkel ingevuld te worden wanneer u de ouder of de voogd van het kind bent.

27. Hoeveel leden telt uw huishouden?

(d.w.z. met hoeveel mensen woont u samen in uw huis?)

--	--

leden

28. Hoeveel kinderen telt uw huishouden?

Zowel eigen kinderen, als adoptiekinderen, als kinderen van uw partner die niet van u zijn, die bij u wonen en tussen 0 en 16 jaar zijn, worden hier meegerekend.

--	--

kinderen

29. Wat is uw huidige beroepsactiviteit? ik werk niet

- ik werk als zelfstandige
- ik werk als werknemer
- ik heb een vrij beroep

Indien u werkt, hoeveel uren werkt u dan gemiddeld per week?

--	--

uren per week

30. U bent momenteel

- gehuwd of samenwonend
- alleenstaand want

- gescheiden
- weduwnaar/weduwe
- nooit gehuwd

Indien alleenstaand, ga verder naar vraag 32

31. Indien u een partner heeft, wat is dan zijn of haar huidige beroepsactiviteit?

- hij/zij werkt niet
- hij/zij werkt als zelfstandige
- hij/zij werkt als werknemer
- hij/zij heeft een vrij beroep

Indien uw partner werkt, hoeveel uren werkt hij/zij dan gemiddeld per week?

--	--	--

uren

32. Wat is het hoogste opleidingsniveau binnen uw gezin (d.w.z. van u of uw partner)?

- Lager onderwijs of geen onderwijs
- Lager secundair onderwijs
 - algemeen
 - technisch
 - beroeps
- Hoger secundair onderwijs
 - algemeen
 - technisch
 - beroeps
- Hoger onderwijs
 - Hoger niet-universitair onderwijs, korte type
 - Hoger niet-universitair onderwijs, lange type
 - Universitair
 - Postuniversitair

33. In deze vraag peilen we naar het maandelijkse totale beschikbare inkomen van uw gezin.

Onder 'totale netto beschikbare inkomen' verstaan wij:

netto-lonen en wedden voor de gepresteerde arbeid (hoofd- en eventuele bijbetrekkingen) en gemiddelde netto bedrijfsinkomens voor zelfstandigen;

sociale uitkeringen zoals het kindergeld, werkloosheidsvergoeding, pensioenen, uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid (ziektegeld en invaliditeit), arbeidsongevallen, bestaansminimum en O.C.M.W.-steun, ...; bijkomende inkomens zoals huuropbrengsten, lijfrenten, interesses, ...;

De som van al deze inkomens voor alle personen uit uw huishouden is het totale netto beschikbare inkomen van uw huishouden.

*Hoeveel bedraagt het totale netto beschikbare inkomen van uw huishouden per maand?

Indien dit inkomen per maand varieert, gelieve dan een gemiddelde aan te geven.

--	--	--	--

Euro per maand

Indien u het moeilijk vindt om deze vraag te beantwoorden, kan u misschien de klasse aanduiden waarbinnen uw maandelijkse netto totale beschikbare inkomen zich situeert.

Het maandelijks netto totaal beschikbaar inkomen van mijn huishouden situeert zich tussen:

- € 500 - € 1000
- € 1000 - € 1500
- € 1500 - € 2000
- € 2000 - € 2500
- € 2500 - € 3000
- € 3000 - € 3500
- € 3500 - € 4000
- € 4000 - € 4500
- € 4500 - € 6000
- meer dan € 6000

34. Met deze vraag willen we te weten komen welke financiële ondersteuning u ontvangt voor de extra kosten die u heeft voor uw kind. De terugbetaling van de therapie in het revalidatiecentrum gebeurt automatisch via het revalidatiecentrum en hoeft u hier niet te vermelden.

Ontvangt u voor uw kind verhoogde kinderbijslag?

- Ja
- Neen
- ik weet het niet

Indien ja, in welke van de onderstaande categorieën valt uw kind:

- 70,30 Euro (minder dan 6 punten, minstens 4 voor eerste pijler)
- 93,63 Euro (6-8 punten, minder dan 4 voor de eerste pijler)

- 360,66 Euro (6-8 punten, minstens 4 voor de eerste pijler)
- 218,49 Euro (9-11 punten, minder dan 4 voor de eerste pijler)
- 360,66 Euro (9-11 punten, minstens 4 voor de eerste pijler)
- 360,66 Euro (12-14 punten in totaal)
- 410,10 Euro (15-17 punten in totaal)
- 439,39 Euro (18-20 punten in totaal)
- 468,68 Euro (+20 punten in totaal)
- ik weet het niet

Indien u nog bedenkingen heeft die nog niet aan bod kwamen, dan kan u deze hier vermelden:

.....
.....
.....
.....

Hartelijk bedankt voor uw bereidwillige medewerking!

APPENDIX 6 TO CHAPTER 5 FRENCH QUESTIONNAIRE

Groupes cibles et méthodes de traitement de la réadaptation multidisciplinaire scientifiquement prouvées dans les centres de réadaptation ORL et PSY



En collaboration avec



Chaque fois qu'il y a des pointillés, nous vous demandons de noter intégralement votre réponse, à chaque case, nous vous demandons de la remplir par un chiffre. Les questions avec des puces (petits cercles), nous vous demandons de faire votre choix en noircissant la puce.

Premier partie : Questions générales au sujet d'un enfant avec un trouble d'apprentissage

1. Quel est le sexe et la date de naissance de l'enfant ?

- Garçon
- Fille

Date de naissance / /

2. Quel trouble d'apprentissage a l'enfant ? (il est possible que l'enfant ait encore d'autres troubles mais nous ne les analysons pas ici)

- Trouble du calcul (dyscalculie)
- Trouble de la lecture (dyslexie)
- Trouble d'orthographe (dysorthographie)
- Troubles du calcul et de la lecture
- Troubles de la lecture et de l'orthographe
- Troubles du calcul et de l'orthographe
- Troubles de la lecture, du calcul et de l'orthographe
- Autre :

3. Qui a constaté que l'enfant avait un trouble d'apprentissage ?

- Le généraliste
- Un psychiatre
- Un pédopsychiatre
- Un psychologue
- Un kinésithérapeute
- Un logopède
- Un centre de réadaptation
- Un PMS
- Un autre médecin spécialiste
- Autre :

4. En quelle année a-t-on découvert que l'enfant avait un trouble d'apprentissage?

5. Où réside actuellement l'enfant ?

- Chez ses parents vivant ensemble
- Je vis séparé(e) de mon partenaire et ai la garde partagée, mon enfant réside la moitié du temps chez moi.
- Je vis séparé(e) de mon partenaire et mon enfant réside principalement chez moi
- Je vis séparé(e) de mon partenaire et mon enfant réside uniquement certains week-ends chez moi.
- Je vis séparé(e) de mon partenaire et ai la garde partagée, mon enfant réside chez mon partenaire.
- En institution (spécifier ci-dessous)
- Un Service Résidentiel pour Jeune (SRJ)

- Un Service de pédiopsychiatrie
- Un Service d'aide à la jeunesse (spécifier ci-dessous)
- Un centre d'orientation, d'accueils, d'observations
- Une maison d'accompagnement ????
- Une maison familiale ????
- Un établissement dépendant de la Protection de la jeunesse
- Un centre d'aide aux enfants et de soutien aux familles (CKG) ????
- Autre

- En famille adoptive
- En famille d'accueil
- Autre

Deuxième partie : L'aide du Centre de Réadaptation

Dans cette deuxième partie les questions vont nous indiquer quelle aide reçoit ou a reçu l'enfant dans le Centre de Réadaptation.

6. Quelle(s) thérapie(s) l'enfant suit / a suivi dans le Centre de Réadaptation pendant le dernier mois scolaire ?

a. Logopédie

Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, combien de fois ? 1x / semaine 2x/semaine 3x/ semaine

4x / semaine 1x / mois 2x / mois

3x / mois autre

Combien de minutes chaque fois ? 30 min. 45 min. 60 min.

90 min 120 min. autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

individuel

en groupe

aussi bien en individuel qu'en groupe

je ne sais pas

b. Ergothérapie

Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, combien de fois ? 1x / semaine 2x/semaine 3x/ semaine

4x / semaine 1x / mois 2x / mois

3x / mois autre

Combien de minutes chaque fois ? 30 min. 45 min. 60 min.

90 min 120 min. autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

individuel

en groupe

aussi bien en individuel qu'en groupe

je ne sais pas

c. Kinésithérapie/psychomotricité

Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, combien de fois ? 1x / semaine 2x/semaine 3x/ semaine

4x / semaine 1x / mois 2x / mois

3x / mois autre

Combien de minutes chaque fois ? 30 min. 45 min. 60 min.

90 min 120 min. autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

individuel

en groupe

aussi bien en individuel qu'en groupe

je ne sais pas

d. Psychothérapie

Dans l'affirmative, combien de fois ? O 1x / semaine O Non O Je ne sais pas
 O 2x/semaine O 3x/ semaine
 O 4x / semaine O 1x / mois O 2x / mois
 O 3x / mois O autre
 Combien de minutes chaque fois ? O 30 min. O 45 min. O 60 min.
 O 90 min O 120 min. O autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

- O individuel
- O en groupe
- O aussi bien en individuel qu'en groupe
- O je ne sais pas

e. Audiologie (entraînement auditif)

Dans l'affirmative, combien de fois ? O 1x / semaine O Non O Je ne sais pas
 O 2x/semaine O 3x/ semaine
 O 4x / semaine O 1x / mois O 2x / mois
 O 3x / mois O autre
 Combien de minutes chaque fois ? O 30 min. O 45 min. O 60 min.
 O 90 min O 120 min. O autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

- O individuel
- O en groupe
- O aussi bien en individuel qu'en groupe
- O je ne sais pas

f. Médecin

Dans l'affirmative, combien de fois ? O 1x / semaine O Non O Je ne sais pas
 O 2x/semaine O 3x/ semaine
 O 4x / semaine O 1x / mois O 2x / mois
 O 3x / mois O autre

Combien de minutes chaque fois ? O 30 min. O 45 min. O 60 min.
 O 90 min O 120 min. O autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

- O individuel
- O en groupe
- O aussi bien en individuel qu'en groupe
- O je ne sais pas

g. Assistance sociale

Dans l'affirmative, combien de fois ? O 1x / semaine O Non O Je ne sais pas
 O 2x/semaine O 3x/ semaine
 O 4x / semaine O 1x / mois O 2x / mois
 O 3x / mois O autre

Combien de minutes chaque fois ? O 30 min. O 45 min. O 60 min.
 O 90 min O 120 min. O autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

- O individuel
- O en groupe
- O aussi bien en individuel qu'en groupe
- O je ne sais pas

h. Autre

Dans l'affirmative, combien de fois ? O 1x / semaine O Non O Je ne sais pas
 O 2x/semaine O 3x/ semaine
 O 4x / semaine O 1x / mois O 2x / mois
 O 3x / mois O autre

Combien de minutes chaque fois ? O 30 min. O 45 min. O 60 min.
 O 90 min O 120 min. O autre

Cette thérapie se passe/s'est passée en

- O individuel
- O en groupe
- O aussi bien en individuel qu'en groupe
- O je ne sais pas

Troisième partie : Points forts, points faibles de l'enfant et évaluation des changements induits par la thérapie du Centre de Réadaptation

Nous voulons examiner dans les deux pages suivantes, les points forts et les difficultés de votre enfant.

SDQ français

Ci-dessous nous voulons examiner dans quelle mesure vous avez remarqué des changements chez l'enfant depuis que la réadaptation a démarré et ceci à trois niveaux différents, c'est-à-dire le niveau scolaire, émotionnel et social. Par niveau, six positions ont été formulées. Pour chaque position, différentes possibilités de réponse, allant d'entièrement faux jusqu'entièrement vrai vous sont proposées. Veuillez colorer le petit cercle le plus correspondant. Si une question ne s'applique pas à l'enfant, vous pouvez l'indiquer dans la colonne 'Pas d'application' (par exemple : la question posée est de savoir si l'enfant est moins souvent chahuté depuis que la thérapie a démarré. Quand être chahuté n'est pas une question qui le concerne, vous pouvez l'indiquer en colorant le petit cercle sous 'Pas d'application'). D'autres constatations ou plus d'explications peuvent être ajoutées librement sur les pointillés.

8. Avez-vous remarqué des changements chez l'enfant depuis que la thérapie dans le Centre de Réadaptation a démarré, en ce qui concerne le fonctionnement scolaire?

Le fonctionnement scolaire	Entièrement faux	Faux	Neutre	Vrai	Entièrement vrai	Pas d'application	Je ne sais pas-
Calcul/mathématiques est amélioré	<input type="radio"/>						
Le français est amélioré	<input type="radio"/>						
Autre branche que le calcul /mathématique et le français est amélioré	<input type="radio"/>						
L'attention au cours des leçons est améliorée	<input type="radio"/>						
Les devoirs se passent mieux	<input type="radio"/>						
Va plus volontiers à l'école	<input type="radio"/>						

Remarques sur le fonctionnement scolaire:

.....

.....

.....

Avez-vous remarqué des changements chez l'enfant depuis que la thérapie dans le Centre de Réadaptation a démarré, en ce qui concerne le fonctionnement émotionnel ?

Le fonctionnement émotionnel	Entièrement faux	Faux	Neutre	Vrai	Entièrement vrai	Pas d'application	Je ne sais pas-
A moins souvent de frayeurs	<input type="radio"/>						
Est moins souvent fâché	<input type="radio"/>						
A moins souvent des colères ou des accès de fureur	<input type="radio"/>						
Est moins souvent triste	<input type="radio"/>						
A moins de soucis, semble moins souvent s'inquiéter	<input type="radio"/>						
A moins de problèmes pour s'endormir	<input type="radio"/>						
Est plus sûr de lui	<input type="radio"/>						
Se plaint moins souvent de mal de tête, de mal de ventre ou de nausée	<input type="radio"/>						

Remarques sur le fonctionnement émotionnel:

.....
.....
.....

Avez-vous remarqué des changements chez l'enfant depuis que la thérapie dans le Centre de Réadaptation a démarré, en ce qui concerne le fonctionnement social ?

Le fonctionnement social	Entièrement faux	Faux	Neutre	Vrai	Entièrement vrai	Pas d'application	Je ne sais pas
Il est moins souvent chahuté ou tourmenté par d'autres enfants	<input type="radio"/>						
A plus d'ami(e)s	<input type="radio"/>						
Est plus gai (au sein de la famille)	<input type="radio"/>						
Est moins agressif face à autrui	<input type="radio"/>						
Est devenu plus indépendant	<input type="radio"/>						
Se met plus en valeur	<input type="radio"/>						

Remarques sur le fonctionnement social:

.....
.....

Quatrième partie : Les questions au sujet des coûts pour l'enfant

Dans cette quatrième partie, nous voulons vous demander de noter minutieusement quelles dépenses vous avez eu pour votre enfant pendant une période définie. Cette période varie de deux semaines jusqu'à un an. La période concernée est indiquée toujours en gras. Il est très important que vous gardiez en tête la période correcte lors du remplissage des questions. Le but de cette enquête est de déterminer les frais supplémentaires d'un enfant comparés à ceux d'un autre enfant.

Nous allons vous demander de noter tous les frais qui ont été occasionnés pour le trouble d'apprentissage de votre enfant ET pour une éventuelle autre problématique PENDANT QUE VOTRE ENFANT ETAIT SUIVI AU CENTRE DE READAPTATION. Par exemple, si votre enfant a un trouble d'apprentissage et un trouble hyperkinétique ou attentionnel (ADHD), alors vous devez renseigner les coûts rencontrés pour le trouble d'apprentissage et pour l'ADHD. Si votre enfant souffre d'un trouble d'apprentissage mais aussi d'asthme ou d'eczéma, vous devez renseigner les coûts supplémentaires pour le trouble d'apprentissage mais PAS ceux liés à l'asthme et à l'eczéma.

9. L'enfant prend-il des médicaments ? Oui Non

Si non, allez ensuite à la question 10.

Dans l'affirmative, quel médicament prend l'enfant, pour quelle raison et depuis quand ?

Nom : Raison :

Depuis combien de temps l'enfant prend-il ce médicament?

dépôt (année civile)

Pour combien contribuez-vous mensuellement vous-même au coût de ce médicament (légalement)?

euro

Nom : Raison :

Depuis combien de temps l'enfant prend-il ce médicament?

dépôt (année civile)

Pour combien contribuez-vous mensuellement vous-même au coût de ce médicament (légalement)?

euro

Nom : Raison :

Depuis combien de temps l'enfant prend-il déjà ce médicament?

dépôt (année civile)

Pour combien contribuez-vous mensuellement vous-même au coût de ce médicament (légalement)?

euro

Nom : Raison :

Depuis combien de temps l'enfant prend-il déjà ce médicament?

dépôt (année civile)

Pour combien contribuez-vous mensuellement vous-même au coût de ce médicament (légalement)?

euro

Dans ce qui suit nous vous proposons des questions au sujet des traitements et soutiens médicaux de votre enfant. Dans certaines questions, nous référons à un autre traitement ou accompagnement pendant le dernier mois d'école. Nous savons que votre enfant reçoit déjà un accompagnement ou des traitements dans le Centre de réadaptation. Il s'agit dans les questions ci-dessous de l'aide ou de l'accompagnement que l'enfant reçoit en plus.

10. Votre enfant, à côté de l'accompagnement/thérapie dans le centre de réadaptation, reçoit-il d'autres formes d'accompagnement/thérapie ? Il s'agit ici uniquement de l'accompagnement/thérapie qui n'est pas donné dans le centre de réadaptation.

Oui Non

Dans la négative, je vais directement à la question 11.

Dans l'affirmative, compléter ce qui suit :

L'enfant a été suivi pendant le dernier mois scolaire en:

a. Kinésithérapie Oui Non

Dans l'affirmative, combien de fois pendant le dernier mois scolaire?

fois minutes chaque fois

Où? chez un kinésithérapeute privé

ailleurs :

Obtenez-vous un remboursement partiel? Oui Non Je ne sais pas

Si oui, pourquoi ?

- L'enfant se trouve sur la liste F*
- L'enfant se trouve sur la liste E*
- L'enfant a eu moins de 18 prestations de kinésithérapie cette année (remboursement ordinaire)
- autre raison

* Depuis peu de temps il y a une nouvelle réglementation en Belgique qui limite le nombre de prestations de kinésithérapie. On fait une exception uniquement pour les enfants qui ont une affection suffisamment lourde et qui par conséquent sont placés sur la liste E ou F ; ils peuvent aussi bénéficier d'un remboursement accru.

L'enfant se trouve t'il sur une liste d'attente pour pouvoir suivre de la kinésithérapie ?

- Oui Non

Dans l'affirmative, depuis quand l'enfant se trouve-t-il sur la liste d'attente pour de la kinésithérapie?
 semaines

b. Logopédie Oui Non

Dans l'affirmative, combien fois dans le dernier mois scolaire?

fois minutes chaque fois

Où ? chez un logopède privé
 ailleurs :

Obtenez-vous une partie remboursée ? Oui Non Je ne sais pas

L'enfant se trouve t'il sur une liste d'attente pour recevoir de la logopédie ?

- Oui Non

Dans l'affirmative, depuis combien de temps l'enfant se trouve t'il sur la liste d'attente pour de la logopédie ? semaines

c. Ergothérapie Oui Non

Dans l'affirmative, combien fois dans le dernier mois scolaire?

fois minutes chaque fois

Où ? chez un ergothérapeute privé
 ailleurs :

Obtenez-vous une partie remboursée ? Oui Non Je ne sais pas

L'enfant se trouve t'il sur une liste d'attente pour recevoir de l'ergothérapie ?

- Oui Non

Dans l'affirmative, depuis combien de temps l'enfant se trouve t'il sur la liste d'attente pour de l'ergothérapie ? semaines

Combien devez-vous payer chaque fois pour ce traitement ?

euro chaque fois Je ne sais pas

Obtenez-vous une partie remboursée ? Oui Non

Je ne sais pas

Dans l'affirmative, de combien êtes-vous remboursé ?

euro chaque fois Je ne sais pas

d. Psychothérapie Oui Non

Dans l'affirmative, combien fois dans le dernier mois scolaire?

fois minutes chaque fois

Où ? chez un psychologue privé
 chez un psychiatre privé
 ailleurs :

Obtenez-vous une partie remboursée ? Oui Non Je ne sais pas

L'enfant se trouve t'il sur une liste d'attente pour recevoir de la psychothérapie ?

- Oui Non

Dans l'affirmative, depuis quand l'enfant se trouve t'il sur la liste d'attente pour de la psychothérapie?

semaines

Combien devez-vous payer chaque fois pour ce traitement ?

euro chaque fois Je ne sais pas

Obtenez-vous une partie remboursée ? Oui Non

Je ne sais pas

Dans l'affirmative, de combien êtes-vous remboursé ?

euro chaque fois Je ne sais pas

e. Autres thérapies Oui Non

Si l'enfant a suivi le mois scolaire passé d'autres thérapies, alors mentionnez les ici.

Oui, laquelle ?

Non

Dans l'affirmative, combien fois dans le dernier mois scolaire?

 fois minutes chaque fois

Où ? chez un thérapeute privé. Spécifiez :

ailleurs :

Combien devez-vous payer chaque fois pour ce traitement ?

 euro chaque fois Je ne sais pas

Obtenez-vous une partie remboursée ? Oui Non

Je ne sais pas

Dans l'affirmative, de combien êtes-vous remboursé ?

 euro chaque fois Je ne sais pas

L'enfant se trouve t'il sur une liste d'attente pour avoir cette thérapie ? Oui

Non

Dans l'affirmative, depuis quand l'enfant se trouve t'il sur la liste d'attente pour cette thérapie?

 semaines

11. Quel enseignement suit l'enfant ?

L'enseignement maternel ordinaire

L'enseignement maternel spécial

L'enseignement primaire ordinaire

L'enseignement primaire spécial

L'enseignement ordinaire secondaire (précisez ensuite)

L'enseignement général

L'enseignement technique

L'enseignement professionnel

L'enseignement secondaire spécial

L'enseignement supérieur non-universitaire

L'enseignement universitaire

Si l'enfant suit un enseignement spécial, depuis quand le suit-il? depuis (année)

12. L'enfant a t'il obtenu le mois scolaire passé une aide spéciale à l'école?

* de l'enseignant Oui Non Je ne sais pas

* de l'enseignant de français Oui Non Je ne sais pas

* du logopède de l'école Oui Non Je ne sais pas

* du psychologue scolaire Oui Non Je ne sais pas

* de quelqu'un d'autre à l'école. Qui ?

13. L'enfant a-t-il reçu pendant le mois scolaire passé, après les heures d'école et indépendamment de celle-ci, des leçons particulières dans une branche ?

Oui Non

Dans la négative, allez directement à la question 14.

Dans l'affirmative, complétez la suite de cette question.

Combien de fois l'enfant a-t-il reçu le mois scolaire passé des leçons particulières et combien de temps a duré en moyenne la séance ?

 fois minutes chaque fois

Avez-vous dû payer quelque chose pour ces leçons particulières?

Oui Non

Dans l'affirmative, combien avez-vous dû payer ? euros par séance

14. L'enfant a-t-il refait une année scolaire ? Non Oui, combien de fois **15. Avez vous (et/ou votre partenaire) aidé l'enfant le mois scolaire passé pour ses devoirs?**

Oui Non

Dans la négative, passez à la question 16.

Dans l'affirmative, pouvez-vous estimer environ combien de temps vous (et/ou votre partenaire) avez consacré à cela en moyenne par jour ?

 heures minutes par jour.

16. Avez-vous ces deux derniers mois, consulté pour l'enfant, un généraliste ou un spécialiste (autour des troubles d'apprentissage ou de troubles apparentés) ?

Oui Non

Dans la négative, passez à la question 17

Dans l'affirmative, poursuivez cette question.

Avez-vous ces deux derniers mois consulté un généraliste pour votre enfant ?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison ?

Si oui, combien de fois ? fois

Avez-vous ces deux derniers mois consulté un spécialiste pour votre enfant ?

Oui Non

Si oui, quelle spécialité ? (par exemple, un pédiatre)

Si oui, pour quelle raison ?

Si oui, combien de fois ? fois

17. Avez-vous, pour vous-même, la dernière année dépensé quelque chose pour obtenir de l'information au sujet des troubles d'apprentissage ?

Oui Non

Un (ou plusieurs) livre(s)

Le prix euros

Une (ou plusieurs) soirée(s) d'informations ou similaire

Le prix euros

Une conférence à l'école

Le prix euros

Un entretien avec un psychologue

Le prix euros

Un entretien avec un psychiatre

Le prix euros

Autre

Le prix euros

18. Est-il, dans l'environnement de l'enfant, intervenu des changements dans votre travail ou dans votre situation professionnelle (ou de votre partenaire ?)

Oui Non

Dans la négative, passez à la question 19

Dans l'affirmative continuer de répondre à cette question.

Qu'est-ce qu'il y a de changé pour vous?

rien

autre horaire de travail

moins d'heures de travail (combien d'heures de moins par semaine ?)

autres tâches à effectuer

moins de travail pénible à effectuer

arrêt de travail

une pension, une prépension, une invalidité,...

un congé de maladie temporaire

une interruption de la carrière

un congé parental

des aménagements de carrière

un changement d'employeur

autre

Qu'est-ce que il y a de changé pour votre partenaire?

pas d'application (je n'ai pas de partenaire)

rien

moins d'heures de travail (combien d'heures de moins par semaine ?)

autres tâches à effectuer

moins de travail pénible à effectuer

arrêt de travail

une pension, une prépension, une invalidité,...

un congé de maladie temporaire

une interruption de la carrière

un congé parental

un changement d'employeur

des aménagements de carrière

autre

19. Y avait-il les deux derniers mois scolaires des frais de déplacement supplémentaires pour l'enfant (p.ex. des déplacements vers le kinésiste, le docteur...) ?

Oui Non

Dans la négative, passez à la question 20

Dans l'affirmative continuer de répondre à cette question.

Les deux mois scolaires passés il y a eu km supplémentaires avec la voiture pour l'enfant

Les deux mois scolaires passés il y a eu km supplémentaires avec les transports en commun pour l'enfant

Ceci a pris au total heures et minutes en temps.

Ce transport a été fait par :

vous (et/ou votre partenaire)

quelqu'un d'autre :

vous (et/ou votre partenaire) et quelqu'un d'autre :

Si le transport est fait par quelqu'un d'autre, c'est

payant ou non-rémunéré ?

20. Pouvez-vous faire une estimation du temps supplémentaire que vous, votre partenaire ou quelqu'un d'autre les deux mois scolaires passés ont consacré ensemble à l'enfant ? Nous voulons dire p.ex. les attentes dans la salle d'attente du thérapeute pendant que l'enfant suit sa thérapie,....

heures minutes consacrées en plus à mon enfant

par vous (et/ou votre partenaire)

par quelqu'un d'autre :

par vous et/ou votre partenaire et quelqu'un d'autre :

21. Enfin, nous vous demandons de noter éventuellement encore d'autres frais auxquels nous n'avons pas pensé, qui sont plus élevés pour les enfants avec des troubles d'apprentissage que pour d'autres enfants.

.....
.....
.....

Cinquième partie : Les questions personnalisées

Dans cette dernière partie nous vous posons quelques questions personnalisées. Les réponses sont nécessaires pour un bon traitement de l'enquête. Nous voulons insister encore une fois que ces enquêtes sont traitées anonymement et que donc la protection de votre vie privée sera respectée.

22. Quel est votre lien vis-à-vis de l'enfant ?

Je suis le parent de l'enfant

Je suis le tuteur de l'enfant

Je suis le parent adoptif de l'enfant

Je suis de la famille de l'enfant, nommez quel membre de famille :

Je suis l'accompagnateur/éducateur de l'enfant

Autre, nommez :

23. Quel est votre année de naissance ?

24. Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

25. Quel est le code postal de votre domicile ?

26. Par cette question, nous voulons retrouver le statut de l'assurance-maladie. Nous vous demandons pour cette raison les 6 premiers chiffres du numéro de mutuelle de l'enfant. Vous trouvez ce numéro à gauche en bas sur sa vignette. Votre protection de la vie privée n'est pas violée par la fourniture de ces 6 chiffres, nous pouvons déduire uniquement votre statut de ces chiffres. (P.ex. 110 / 110 = salarié)

Les 6 premiers chiffres du numéro de mutuelle sont :

L'enfant a-t'il droit à des allocations familiales majorées ? Oui Non Je ne sais pas

Remplir la question ci-dessous uniquement quand vous êtes le parent ou le tuteur de l'enfant.

27. Combien de membres compte votre ménage ?

.....membres

(c.-à-d. combien de personnes habitent ensemble dans votre maison ?)

28. Combien d'enfant(s) compte(nt) votre ménage ?

.....enfants

Sont comptés ici aussi bien vos propres enfants que les enfants adoptés et les enfants de votre partenaire qui ne sont pas de vous mais qui habitent chez vous et ont entre 0 et 16 ans.

29. Quelle est-ce votre activité professionnelle actuelle ?

- je ne travaille pas
- je travaille comme indépendant
- je travaille en tant qu'employé
- j'ai une profession libérale

Si vous travaillez, combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine ?

.....heures par semaine

30. Vous êtes actuellement

- marié ou cohabitant
- isolé car
- séparé
- veuf/veuve
- jamais marié

Si isolé, allez ensuite à la question 32

31. Si vous avez un partenaire, quelle est son activité professionnelle actuelle ?

- il/elle ne travaille pas
- il/elle travaille comme indépendant
- il/elle travaille en tant qu'employé
- il/elle a une profession libérale

Si votre partenaire travaille, combien d'heures il/elle travaille alors en moyenne par semaine ?

□□ heures

32.. Quel est le niveau de formation le plus élevé au sein de votre famille (c.-à-d. le votre ou celui de votre partenaire) ?

- Enseignement primaire ou pas d'enseignement
- Enseignement secondaire inférieur
 - général
 - technique
 - professionnel
- Enseignement secondaire supérieur
 - général
 - technique
 - professionnel
- Enseignement supérieur
 - Enseignement supérieur, non-universitaire de type court
 - Enseignement supérieur non-universitaire, de type long
- Universitaire
- Post universitaire

33. Dans cette question nous sondons le revenu disponible total mensuel de votre famille.

Sous 'revenu total disponible net' nous comprenons :

- les salaires et appointements nets pour le travail presté (activités principales et éventuellement accessoires) et la moyenne des revenus nets pour les indépendants ;
- les allocations sociales comme les allocations familiales, l'indemnité de chômage, les retraites, les allocations pour l'inaptitude au travail (maladie et invalidité), les accidents de travail, le minimum de moyens d'existence et les aides du CPAS, ... ;
- les revenus complémentaires comme les loyers perçus, les rentes viagères, les intérêts, ... ;

La somme de tous ces revenus, pour toutes les personnes de votre ménage, est le revenu disponible net total de votre ménage.

***A combien s'élève le revenu disponible net total de votre ménage par mois?**

Si ce revenu varie chaque mois, veuillez alors indiquer une moyenne.

.....euros par mois

Si vous trouvez difficile de répondre à cette question, vous pouvez éventuellement indiquer la classe à l'intérieur de laquelle se situe votre revenu disponible net total mensuel .

Le revenu disponible net total mensuel de mon ménage se situe entre :

- € 500 - € 1000
- € 1000 - € 1500
- € 1500 - € 2000
- € 2000 - € 2500
- € 2500 - € 3000
- € 3000 - € 3500
- € 3500 - € 4000
- € 4000 - € 4500
- € 4500 - € 6000
- plus € de 6000

34. Cette question nous permet de cerner quelle assistance financière vous obtenez pour faire face aux coûts supplémentaires que vous rencontrez pour votre enfants. L'obtention du remboursement du traitement dans le centre de réadaptation est pris en charge directement par le Centre de Réadaptation et vous ne devez pas en faire état.

Recevez-vous pour votre enfant des allocations familiales majorées ?

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, dans quelle catégorie ci-dessous votre enfant a-t-il été repris ?

- 70,30 € (moins de 6 points, au moins 4 points pour le premier pilier)
- 93,63 € (de 6 à 8 points, moins de 4 points pour le premier pilier)
- 360,66 € (de 6 à 8 points, au moins 4 points pour le premier pilier)
- 218,49 € (de 9 à 11 points, moins de 4 points pour le premier pilier)
- 360,66 € (de 9 à 11 points, au moins 4 points pour le premier pilier)
- 360,66 € (de 12 à 14 points au total)
- 410,10 € (de 15 à 17 points au total)
- 439,39 € (de 18 à 20 points au total)
- 468,68 € (plus de 20 points au total)

Je ne sais pas

Si vous avez encore des informations que vous n'avez pas pu donner, vous pouvez les transmettre ici :

.....

Nous vous remercions cordialement pour votre aimable collaboration!

APPENDIX 7 TO CHAPTER 5 FREQUENCIES OF VARIABLES RELATED TO TREATMENT IN REHABILITATION CENTRE

Frequencies of variables related to treatment in rehabilitation centre

Variable	Values	Number of respondents	Proportion
Speech therapy	Yes	82	97,6
	No	1	1,2
	Don't know	1	1,2
	Total	84	100
	Missing	4	
	<1	1	1,2
	3	1	1,2
	4 times	38	44,7
	8 times	39	45,9
	12 times	5	5,9
How many times in a month	16 times	1	1,2
	Total	85	100
	Missing	2	
	Mean	6,4	
	Standard deviation	2,7	
	Mode	8	
	Median	8	
	30	19	24,7
	45	8	10,4
	50	1	1,3
How many minutes per session	60	45	58,6
	90	2	2,6
	120	2	2,6
	Total	77	100
	Missing	5	
	Mean	53,2	
	Standard deviation	18,0	
	Mode	60	
	Median	60	
	Individually	70	90,9
How	Individually + group	6	7,8
	Don't know	1	1,3
	Total	77	100
	Missing	5	
	Yes	56	67,5
Occupational therapy	No	22	26,5
	Don't know	5	6,0
	Total	83	100
	Missing	5	
	Once	1	1,8
How many times in a month	Twice	3	5,4
	4 times	39	69,6
	8 times	11	19,6
	12 times	2	3,6
	Total	56	100
	Missing	0	
	Mean	4,9	
	Standard deviation	2,3	
	Mode	4	
	Median	4	
How many minutes per session	30	18	35,3
	45	4	7,8
	50	1	2,0

	60	27	52.9
	90	1	2.0
	Total	51	100
	Missing	5	
	Mean	48.6	
	Standard deviation	15.2	
	Mode	60	
	Median	60	
How	Individually	45	88.2
	In group	2	3.9
	Individually + group	4	7.8
	Total	51	100
	Missing	5	
Physiotherapy	Yes	43	54.4
	No	33	41.8
	Don't know	3	3.8
	Total	79	100
	Missing	9	
How many times in a month	Twice	5	11.9
	4 times	27	64.3
	8 times	9	21.4
	12 times	1	2.4
	Total	42	100
	Missing	1	
	Mean	4.8	
	Standard deviation	2.2	
	Mode	4	
	Median	4	
How many minutes per session	30	13	33.3
	50	1	2.6
	60	25	64.1
	Total	39	100
	Missing	4	
	Mean	49.7	
	Standard deviation	14.2	
	Mode	60	
	Median	60	
How	Individually	29	76.3
	In group	3	7.9
	Individually + group	6	15.8
	Total	38	100
	Missing	5	
Psychotherapy	Yes	38	48.1
	No	40	50.6
	Don't know	1	1.3
	Total	79	100
	Missing	9	
How many times in a month	Once	8	21.1
	Twice	2	5.3
	4 times	24	63.2
	6 times	1	2.6
	8 times	3	7.9
	Total	38	100
	Missing	0	
	Mean	3.6	
	Standard deviation	1.9	
	Mode	4	
	Median	4	
How many minutes per session	30	17	47.2
	45	4	11.1

	60	15	41.7
	Total	36	100
	Missing	2	
	Mean	44.2	
	Standard deviation	14.3	
	Mode	45	
	Median	30	
How	Individually	32	94.1
	In group	1	2.9
	Individually + group	1	2.9
	Total	34	100
	Missing	4	
Audiotherapy	Yes	1	1.5
	No	65	95.6
	Don't know	2	2.9
	Total	68	100
	Missing	20	
How many times in a month	<1	1	100
How many minutes per session	60	1	100
How	Individually	1	100
Physician visits	Yes	18	24.7
	No	51	69.9
	Don't know	4	5.5
	Total	73	100
	Missing	15	
How many times in a month	<1	16	94.1
	Once	1	5.9
	Total	17	100
	Missing	1	
	Mean	0.21	
	Standard deviation	0.21	
	Mode	0.17	
	Median	0.17	
How many minutes per session	15	3	23.1
	20	1	7.7
	30	9	69.2
	Total	13	100
	Missing	5	
	Mean	25.8	
	Standard deviation	6.7	
	Mode	30	
	Median	30	
How	Individually	18	100
	Total	18	
Visits social worker	Yes	9	12.2
	No	63	85.1
	Don't know	2	2.7
	Total	74	100
	Missing	14	
How many times in a month	<1	3	37.5
	Once	2	25
	4 times	3	37.5
	Total	8	100
	Missing	1	
	Mean	1.8	
	Standard deviation	1.8	
	Mode	1	
	Median	0.2	

How many minutes per session	15	1	20
	30	1	20
	45	1	20
	60	2	40
	Total	5	100
	Missing	4	
How	Individually	6	85.7
	Don' know	1	14.3
	Total	7	100
	Missing	2	
Other therapy	Yes	6	9.7
	No	54	87.1
	Don't know	2	3.2
	Total	62	100
	Missing	26	
How many times in a month	Once	2	
	4 times	3	
	6 times	1	
	Total	6	
	Missing	0	
	Mean	3.3	
	Standard deviation	2.0	
	Mode	4	
	Median	4	
How many minutes per session	30	1	
	45	1	
	60	3	
	90	1	
	Total	6	
	Missing	0	
	Mean	57.5	
	Standard deviation	19.9	
	Mode	60	
	Median	60	
How	Individually	5	71.4
	In group	1	14.3
	Don' know	1	14.3
	Total	7	100
	Missing	0	

APPENDIX 8 TO CHAPTER 5 SOME OF THE FREQUENTLY USED TESTS IN BELGIAN NOK/PSY REHABILITATION CENTRES

Reading

Aarnoutse dictee
 AVI
 BEL
 BLT (Bodegraeffe leesttoets)
 De Sleutel
 Dudal (begrijpend lezen)
 EMT (één-minuut-test, technisch lezen)
 DST (dyslexie screening test)
 DMT (drie-minuten-toets)
 Instapproeven auditieve training (Groessart)
 Klepel
 LVS-CSBO
 PMS2 Torhout pd
 Stilleestest Bakker
 Torhout pd
 Torhout sbo
 TVK (Taaltest voor kinderen)
 Testen van Sixma
 Language
 AO Speech Vision
 DAS (Discriminatie, Analyse en Synthese)
 Peabody Picture Vocabulary Test
 Taalobjectivatie Torhout
 Woordenschattest C. Aarnoutse
 Cito (taaltoets voor kleuters)
 HCO (Haag Centrum voor Onderwijsbegeleiding)
 Taaltest voor Kinderen (TVK)

Writing

AUDI-50
 BHK (Beknopte beoordelingsmethode voor Kinderhandschriften)
 Orthography
 AUDI-DI
 Auditieve genormeerde toetsen (Paul Dudal)
 Ayres spelling test
 PI-Dictee
 Spowerk (spellingtoets over werkwoordvormen)
 Leerlingvolgsysteem (LVS,dictee)
 Dictee van Pype (keukendeurkruk)
 Zinnendictee van Vanderwissel
 Vier scholieren
 Mathematics
 CDR (Cognitieve Deelvaardigheden Rekenen)
 TTR (Tempotest rekenen)
 Drieluik Van Herck-Michiels
 Dudal hoofdrekenen
 Dudal vraagstukken
 KRT (Kortrijkse rekentest)
 KRT-R
 Signaliseringstoets Wiskunde

Motorics

ABC-test
 Movement ABC

The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration
Bergès-Lézine
Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency
Developmental test of visual perception (Marianne Frostig)
Developmental Test of Visual-Motor Integration
Developmental Scoring System for the Rey-Osterrieth Complex Figure
Dysgrafieschaal volgens de Ajuriaguerra
Figuur van Lambelin
Figuur van Rey
Grafomotorische test GHB
KTK (Körper Koordinationstest für Kinder)
LPAD dynamic assessment (Learning Propensity Assessment Device)
Menstekening volgens Goodenough
Overschrijfsnelheid voor kinderschriften volgens Hamstra-Bletz (BHK)
Piaget-Head
Progressive Figures Test
Reversal test
ROS (screening ruimtelijke oriëntatie en structuratie)
Schrijfhouding en schrijfbeweging van Blöte en Borysowisc
Schrijfmotorisch onderzoek van Hamstra-Bletz
Stambak
TGMD (Test of Gross Motor Development)
Test of Visual Perceptual Skills (TVPS)
Vlaamse SchrijfSnelheidsTest Vanderheyden
WideRangeAssessment of Visual Motor Abilities (WRAVMA)
Memory and attention
15 woorden van Rey
Bourdon Vos test
Bourdon-Wiersma
Complexe figuur van Rey
Test of Everyday Attention for Children (TEA-ch)
Trial Making Test
Stroop kleur-woord test

Behaviour

ADHD Vragenlijst (AVL)
Child Behavior Checklist (CBCL)
Teacher's Report Form (TRF)
Competentie Belevings Schaal Kinderen (CBSK)
ADHD Connors Test
Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK)

More specific tests

ADOS (autisme)
AUTI-R (autisme)
SCQ (Vragenlijst Sociale Communicatie)
Familie Relatie Test (gezin)
McCarthy ontwikkelingsschalen
MOS (intelligence)
Stochastic context-free grammar (SCFG)
TOM-test (theory of mind)
TVPS (Test of Visual Perceptual Skills)
WISC-III (intelligence)
WPPSI-R (intelligence)

This page is left intentionally blank.

Legal depot : D/2008/10.273/87

KCE reports

- 33 Effects and costs of pneumococcal conjugate vaccination of Belgian children. D/2006/10.273/54.
- 34 Trastuzumab in Early Stage Breast Cancer. D/2006/10.273/25.
- 36 Pharmacological and surgical treatment of obesity. Residential care for severely obese children in Belgium. D/2006/10.273/30.
- 37 Magnetic Resonance Imaging. D/2006/10.273/34.
- 38 Cervical Cancer Screening and Human Papillomavirus (HPV) Testing D/2006/10.273/37.
- 40 Functional status of the patient: a potential tool for the reimbursement of physiotherapy in Belgium? D/2006/10.273/53.
- 47 Medication use in rest and nursing homes in Belgium. D/2006/10.273/70.
- 48 Chronic low back pain. D/2006/10.273.71.
- 49 Antiviral agents in seasonal and pandemic influenza. Literature study and development of practice guidelines. D/2006/10.273/67.
- 54 Cost-effectiveness analysis of rotavirus vaccination of Belgian infants D/2007/10.273/11.
- 59 Laboratory tests in general practice D/2007/10.273/26.
- 60 Pulmonary Function Tests in Adults D/2007/10.273/29.
- 64 HPV Vaccination for the Prevention of Cervical Cancer in Belgium: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/43.
- 65 Organisation and financing of genetic testing in Belgium. D/2007/10.273/46.
- 66 Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in Belgium. D/2007/10.273/49.
- 70 Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. D/2008/10.273/03
- 71 Guidance for the use of ophthalmic tests in clinical practice. D/2008/10.273/06.
- 72 Physician workforce supply in Belgium. Current situation and challenges. D/2008/10.273/09.
- 74 Hyperbaric Oxygen Therapy: a Rapid Assessment. D/2008/10.273/15.
- 76 Quality improvement in general practice in Belgium: status quo or quo vadis? D/2008/10.273/20
- 82 64-Slice computed tomography imaging of coronary arteries in patients suspected for coronary artery disease. D/2008/10.273/42
- 83 International comparison of reimbursement principles and legal aspects of plastic surgery. D/2008/10.273/45
- 87 Consumption of physiotherapy and physical and rehabilitation medicine in Belgium. D/2008/10.273/56
- 90 Making general practice attractive: encouraging GP attraction and retention D/2008/10.273/66.
- 91 Hearing aids in Belgium: health technology assessment. D/2008/10.273/69.
- 92 Nosocomial Infections in Belgium, part I: national prevalence study. D/2008/10.273/72.
- 93 Detection of adverse events in administrative databases. D/2008/10.273/75.
- 95 Percutaneous heart valve implantation in congenital and degenerative valve disease. A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/81
- 97 Rehabilitation centres ENT/PSY: target groups, scientific evidence and care organisation. D/2008/10.273/86

All KCE reports are available with a French or Dutch executive summary. The scientific summary is often in English.

