

De 16%-kwestie

De oplossing voor het probleem

Een brochure over ernstuimte bij de dyslexiebepaling

Luc Koning

© Pravoo-brochure over de 16%-kwestie bij de bepaling van het vermoeden van dyslexie (U mag de inhoud vrij gebruiken mits u de bron vermeldt. Informeer eventueel bij: info@pravoo.nl)





Samenvatting

In deze brochure gaat het over de constatering dat de zorginstellingen bij de ernstruimte voor dyslexie geen eenduidige criteria hanteren en vaak te ruime criteria aan hebben aangehouden. Dat is een van de verklaringen voor de te hoge prevalentie.

De vraag in deze brochure is: gaat het er bij kinderen met spellingproblemen nu om dat ze ook nog tot de 16%, tot de 20% of 25% zwakste lezers moeten behoren?

Aan de orde komen:

1. De inleiding
2. Het probleem
3. De gevolgen van het probleem
4. De Cito-toezegging
5. De 'echte' oplossing
6. Reacties van de drie genoemde zorginstellingen; inleiding
7. Bronnen
8. Reacties van drie zorginstellingen
9. Commentaar van Luc Koning

1. Inleiding

Het bepalen of er bij een kind sprake is van een vermoeden van dyslexie vindt plaats volgens een geprotocolleerd traject. Kenmerkend voor dat traject is dat er minimaal anderhalf jaar achtereenvolgens sprake moet zijn van leesproblemen of lees- en spellingproblemen. Daarnaast moet het kind in die anderhalf jaar specifieke begeleiding gehad hebben. De toetsgegevens en de uitgevoerde begeleidingsplannen vormen een dossier dat na goedkeuring kan leiden tot de toegang tot een zorgverleningsinstantie. Diverse redzaamheidsscholen hebben ons gewezen op de verschillende criteria die worden gehanteerd door de zorginstellingen.

2. Het probleem

Bij de kinderen met uitsluitend leesproblemen is er geen probleem. Iedereen hanteert daar de ernstruimte van 10% (de E-kwalificatie).

Het probleem doet zich voor bij wat het meest voorkomt, nl. dat kinderen naast leesproblemen ook nog spellingproblemen hebben. Het vermoeden van dyslexie kan dan (als het dossier verder ook in orde is) vastgesteld worden als het kind achtereenvolgend driemaal een E heeft gescoord voor de spelling. Daarbij moet er ook sprake zijn van leesproblemen en daarbij manifesteert zich een **criteriumprobleem**.

RID-criteria

De criteria voor verwijzing zijn niet dezelfde als die gelden bij het diagnostisch onderzoek. De richtlijn waar u onder punt 2 naar verwijst hebben betrekking op de toelating. Daarvoor hanteren wij de richtlijn waar ik in mijn vorige e-mail naar verwees. *

In het diagnostisch onderzoek geldt een strenger criterium (zoals omschreven in het PDDb). Daar is het inderdaad 10% zwakste lezers of 16% zwakste lezers wanneer spellingvaardigheid binnen de zwakste 10% valt. In de diagnostiek dient dan ook gebruik te worden gemaakt van instrumenten die percentielscores geven. Bij het RID gebruiken we hiervoor de 3DM testbatterij.

- * hier wordt bedoeld de Leidraad van het NKD van 2019: - Woordlezen: V-score of lage Dscore (laagste 20%) - Spelling: V-(min)score of Escore (laagste 10%)

Marant-criteria

De vergoede dyslexiezorg geldt voor kinderen:

- Van 7 t/m 12 jaar waarbij de dyslexiezorg aanvangt voor de 13e verjaardag van het kind én die op het primair onderwijs zitten (basisonderwijs).
- Waarbij sprake is van drie achtereenvolgende meetmomenten met een E-score op technisch lezen (laagste 10%) óf drie achtereenvolgende meetmomenten met een lage D-score (laagste 16%) op technisch lezen in combinatie met drie keer een E-score op spelling (laagste 10%).

De Berkel-B-criteria

- tot de 20% zwakst scorende leerlingen op het gebied van technisch lezen op woordniveau én tot de 10% zwakst scorende leerlingen op het gebied van spelling behoort. (oftewel: 3x op rij een D-score of V score op de gecombineerde score van de DMT (kaart 1-2-3) én 3x op rij een E- of Vmin-score op de CITO spelling, PI-dictee of SVT Spelling)

Grofweg kunnen er 3 modellen vastgesteld worden, nl. de RID-criteria, de Marant-criteria en de Berkel-B-criteria.

We beperken de discussie tot de ernstruimte en laten de kwaliteit van de uitgevoerde hulpverlening buiten deze discussie en beperken ons tot de kinderen die (ook) ernstige spellingproblemen hebben. De discussie over de kwaliteit van de hulpverlening vindt plaats binnen het redzaamheidsproject en zal t.z.t. gepubliceerd worden.

Criteria 1. Het **RID** hanteert voor de scholen (als het kind ook al spellingproblemen heeft) als criterium dat het kind 3 maal tot de 20% zwakste lezers moet behoren (V-kwalificatie) Als het kind op basis daarvan toestemming krijgt voor onderzoek in het kader van de vergoede hulp, hanteert men als criterium dat het kind o.a. moet behoren tot de 16% zwakste lezers.

Volgens het RID wordt van hen als zorgaanbieder verwacht dat zij de lees- en spellingvaardigheid op het percentiel nauwkeurig kunnen meten. Ze gebruiken daarom de leestaak uit de 3DM Testbatterij. Deze geeft percentielscores en laat het dus toe exact



te bepalen of iemands prestatie wel of niet tot die van de laagste 10% of 16% behoort. Men stelt niet afhankelijk te zijn van Cito als het gaat om de niveaubepaling. Samenvattend: men laat kinderen binnenkomen tot een ruimte van 20% en brengt dat later volgens het RID terug naar 16%.

Criteria 2. Marant hanteert voor de scholen (als het kind ook al spellingproblemen heeft) dat het 3 maal tot de **16%** zwakste lezers moet behoren. Dat is anders dan de 20% die in de Leidraad van het NKD als voorportaal wordt aangegeven. Men heeft het bij Marant expliciet over **3 achtereenvolgende meetmomenten** tot de 16% zwakste lezers. (website Marant) Dan gaat het daarbij dus niet om de eenmalige diagnose door een zorginstelling, maar om de drie metingen (zie vorige pagina) die een school verricht om bij Marant binnen te komen. Op een andere plaats stelt Marant (NKD Leidraad 2019): Een leerling komt voor doorverwijzing naar de zorg in aanmerking als: Spelling: V-(min)score of E-score (laagste 10%) Lezen: V-score of lage D-score (laagste **20%**) Men hanteert dus twee verschillende normen als voorportaal; de ene keer de 16% norm en op een andere plaats de NKD-norm van 20%. Verwarring en onduidelijkheid alom. Er zijn meer van deze voorbeelden te geven. Dat drie maal 16% kan helemaal niet omdat er voor de scholen (nog) geen tabellen met 16%-scores voorhanden zijn.

Criteria 3. Berkel-B hanteert als norm:

3x op rij een **D-score** of V score op de gecombineerde score van de DMT (kaart 1-2-3) én 3x op rij een E- of Vmin-score op de CITO spelling, PI-dictee of SVT Spelling) Hier is een derde variant aanwezig en dat is dat als je spellingproblemen hebt, je ook leesproblemen moet hebben voor de vergoede hulp, maar dan is een D-score ook al goed.

Daarbij is het belangrijk dat een D-score **geen 15% laagst** scorende lezers aangeeft, maar de 15% kinderen die ruim onder het landelijke gemiddelde zitten. Daaronder zitten nog de 10% zwakst scorenden.(=E) Die D als bijkomende eis is heel ruim en hoort bij het 25e percentiel in plaats van de 16% waar de SDN het over heeft. Dus 9% meer! Eigenlijk had men bij spellingproblemen voor het lezen de volgende norm moeten hebben: de E-score (=10%) plus nog een deel van de D-score.

Ook zorgverleners als HCO, Opdidakt en Zien in de klas hanteren een zogenaamde lage D(V)-score als norm voor de scholen. Wat is dan precies een lage D(V)-score? Welke normtabellen horen bij een lage D-score?

Opvallend bij veel zorgverleners is dan ook het foutieve gebruik van de Cito-kwalificaties. Het NKD vermeldt als criteria: *Woordlezen: V-score of **lage Dscore** (laagste 20%) - Spelling: V-(min)score of Escore (laagste 10%). Marant heeft het ook*

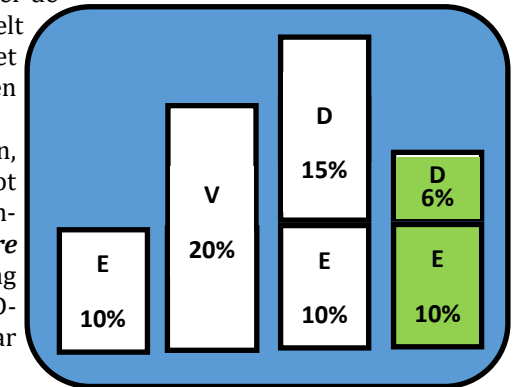
over lage D-score van 16% en dat klopt ook niet.

Ook Opdidakt meldt: De leerling heeft 3 keer E of V- (V-min) scores op Cito Spelling en 3 keer **lage D** (V) op de DMT leeskaarten 1+2+3 tijdens 3 opeenvolgende meetmomenten.

Wat hier niet juist is, is de aanduiding: **lage Dscore** (laagste 20%). De D-kwalificatie bevat 15%. Daarbij kan het nooit gaan over de 20% laagst scorende lezers. Men bedoelt dat het kind minimaal een E-score voor het lezen moet hebben (=10%) **plus** nog een deel van de D-score.

Bij E3 bestaat de E-score uit 34 woorden, dan loopt het criterium ook nog door tot 6% (of 10%) van die D-score. Ook de aanduiding van Berkel-B: *3x op rij een **D-score** (= 15% boven de E)* klopt niet. (Het mag immers ook een E-score zijn en bij de D-score gaat niet om de totale D-score, maar om een deel ervan!)

Zie de visualisatie hiernaast:



Ook onderwijszorg Nederland hanteert niet de juiste aanduiding. Zie onderstaande criteria. Wat klopt is dat het bij kinderen met spellingproblemen ook kan gaan om E-scores, maar wat niet klopt is dat het ook om een D-score mag gaan, want dan gaat het **in totaliteit** over de 25% zwakste lezers. Zie visualisatie.

Ondertussen

Ondertussen heeft het NKD de normen voor de scholen op 20% gezet in hun Leidraad van 2019, terwijl de SDN het over 16% heeft en Marant ook. Kortom: er is geen eenduidigheid bij de zorginstellingen.

Daar komt nog bij dat mij is gebleken dat bijna niemand de exacte normen heeft voor de 16% zwakste lezers. (Volgens het RID wel in de 3DM testbatterij). Marant, ONL (RPCZ heeft het over: òf drie achtereenvolgende meetmomenten met een lage D-score

Heeft het kind op drie toetsmomenten E-scores behaald op technisch lezen of DV-scores op technisch lezen in combinatie met E-scores op spelling?



(laagste 16%) en anderen vragen van de scholen de 16% norm, maar de scholen hebben geen tabellen met de 16%-normen en uit contacten met een aantal zorginstellingen is gebleken dat men daar ook geen normenlijsten voor 16% heeft.

Het SDN stelt; *Het is belangrijk onderscheid te maken tussen het stellen van de diagnose dyslexie en de indicatiestelling in het kader van de vergoedingsregeling binnen de gezondheidszorg. Voor het laatste gelden aangescherpte criteria. Dit zijn formele criteria, zoals geboortedatum en de eisen "poortwachterfunctie-onderwijs", en inhoudelijke criteria, zoals in geval van spellingproblemen behorend tot de 10% zwakste spellers en behorend tot de 16% zwakste lezers. (bron: website SDN)*

Men geeft niet aan of die 16% alleen geldt voor het onderzoek ten behoeve van de vergoedingen of ook geldt als norm voor de drie metingen door de school. Bij Marant en bijvoorbeeld RPCZ geldt die 16% voor de scholen als voorportaal.

Er zijn dus drie problemen

1. Er is bij de zorgverleners geen eenduidigheid t.a.v. de criteria. Op de website van Berkel-B is te lezen: **We werden gebeld door een Intern Begeleider dat een door ons afgekeurd dossier was aangeboden aan en andere aanbieder en dat daar het dossier wel was goedgekeurd.** Dit als illustratie dat er geen eenheid van beleid is.
2. De gehanteerde criteria liggen hoger dan de 16%-norm van de SDN, hetgeen van invloed is op de prevalentie.
3. Er zijn helemaal (nog) geen exacte 16%-normen voor de DMT-beschikbaar. Dat kan men dus ook niet van de scholen vragen (Zie Marant)

Wat het laatste probleem betreft is het de vraag waarom die normen er niet zijn. De DMT is verschenen in 2017 en die normen hadden er na 2 jaar wel kunnen zijn. Daar toe waren/zijn er vier mogelijkheden:

Mogelijkheid 1. Intrapoleren van de normen: Bij bijvoorbeeld E3 bestaat de E score uit 34 woorden. Bij die E-score moet je nog 6% van de D optellen omdat de E slechts 10% bevat. Bij de D scores (=15%) gaat het om 17 (51-34) woorden. Die 17, dat is 15%. Je moet van die 15% maar 6 procent hebben. 6% van 17 is $17 : 15 = 1,13$ maal $6 = 6,79$ plus $34 = 40,78$. Dan gaat het bij E3 bij 16% om: 0-41 woorden.

Dit blijft een schatting omdat je niet precies weet hoe het verloop is binnen die 17 scores. Zijn er meer kinderen met een score van 40 en veel minder met 41? Dat is niet bekend. Het kan dus zo zijn dat die lijn niet lineair loopt, **maar het is altijd beter dan dat men werkt met een percentage van 20 of 25.** Deze normenberekening is door ons al uitgerekend voor M3 t/m M8.

Zie de matrix rechts onderaan.

Marant, RID en Berkel-B noemen dit gefröbel. Zie blz. 5.

Mogelijkheid 2. 16% bepalen op basis van de cijfers die het Cito in de verantwoording van de DMT heeft gepubliceerd.

Mogelijkheid 3. Het Cito verzoeken om de normen aan te leveren. Zie paragraaf 4.

Mogelijkheid 4. Helemaal te stoppen met het racelezen Binnen het redzaamheidsproject zijn we helemaal afgestapt van het racelezen op de DMT en het geploeter met het racen bij de behandeling. We hanteren normen op basis van de normen voor gewoon lezen en zitten onder de gangbare prevalenties. Eigenlijk zou dyslexie bepaald moeten worden op basis van een vertraagde ontwikkeling bij het **gewone** lezen. De huidige criteria gebaseerd op **snel** lezen moeten eigenlijk herzien worden. Het zou in elk geval niet zo moeten zijn dat de redzaamheidsscholen bij de kinderen met een vertraagde ontwikkeling nog weer de old-school DMT af moeten nemen.

3. De gevolgen van het problemen

Er zijn diverse hypothesen waardoor het prevalentiecijfer van dyslexie geen 3,6 of 4% is maar eind basisschool opgelopen is tot 8%-10%(*) Bovendien zal uit onderzoek, dat in januari 2020 (Koning, 2020) wordt gepubliceerd, blijken dat er ook veel meer geld is gedeclareerd dan voorzien is en dat meer kinderen behandeld zijn dan de 6000 die gepland waren. (Door anderen is een aantal van 12000 genoemd).

Een van de verklaringen is dat men zich niet heeft gehouden aan het 16%-criterium van de SDN. Bij het RID-model worden in elk geval te veel diagnosekosten gedeclareerd (20% i.p.v. 16%) en draait men de criteria verderop in het proces wat terug. Bij het Marant-model begint men met 16% (terwijl de scholen geen 16%-normen hebben), maar verruimt men het later tot 20% (4% teveel) en bij het Berkel-B-model is een D-kwalificatie (25%) al 9% hoger dan het SDN-criterium.

4. De Cito-toezegging

Op 4 november 2019 wendde ik mij tot het Cito met de volgende vraag:

Beste lezer, (tevens ter kennisname voor het NKD, en diverse anderen in CC en BCC)

Bij de bepaling van (een vermoeden van) dyslexie moeten kinderen, als er ook sprake is van leesproblemen, bij dat lezen tot de 16% zwakste lezers behoren.

© Pravoo old-school DMT-16%-normen											
16% zwakste lezers	M3	E3	M4	E4	M5	E5	M6	E6	M7	E7	M8
Geschat:	Krt 1+2)	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3	Krt 1+2+3
Pravoo-tabel	0-25	0-41	0-87	0-95	0-132	0-147	0-168	0-184	0-219	0-213	0-228



Er zijn echter nog steeds geen tabellen met scores voor dat 16^e percentiel. Vaak neemt men de volledige D en dat is samen met de E: 25% zwakste lezers.

Dat scheelt dus 9%.

Graag ontvang ik van u de tabellen met de 16e percentielscores van de DMT van 2017.

Op 19 november 2019 antwoordde het Cito:

Beste meneer Koning,

Bedankt voor uw mail.

Na intern overleg gaan wij de tabellen met het 16e percentiel ontwikkelen. Als deze tabellen klaar zijn gaan wij deze op de Cito Portal plaatsen. En wij zullen hier actief over informeren in onze nieuwsbrief PO.

Sommige zorgverleners meldden ook dat men die 16% niet kon hanteren omdat men geen normen van het Cito kon krijgen. Die argumentatie blijkt niet helemaal juist te zijn. Het Cito blijkt wel bereid die normen te leveren. Men had dus al veel eerder die 16% als norm kunnen hanteren, als men het eerder aan het Cito had gevraagd. Interessant zal straks zijn om de geschatte normen die door intrapolatie zijn vastgesteld te vergelijken met de ware normen van het Cito.

5. De 'echte' oplossing

In de subsidie-aanvraag bij Tel mee met taal (2019) is te lezen (Bekkering, 2019):

*....Te sturen op prevalentiecijfers door te meten of het aantal kinderen met **leesproblemen afneemt en minder kinderen doorstromen naar de zorg voor behandeling van Ernstige Enkelvoudige Dyslexie;***

Dit getuigt ook van een streven de prevalentiecijfers te verlagen.

Men kan de prevalentie ook al zonder zo'n project aanzienlijk verlagen door:

- 16% als norm aan te houden voor de scholen en de zorgverleners. (Dus 4% of 9% minder dan nu)
- Onderzoek te doen naar de actuele te hoge prevalenties.
- De normen van het redzaamheidslezen te accepteren. Daar gaat het niet om 16% van de zwakste lezers, maar om 13,6% (2,4 % minder dan 16%*)

Gezien de problemen met de veel te hoge prevalentie () en het imago van de zorginstellingen in de pers wil ik het NKD verzoeken z.s.m. de leidraad van 2019 m.b.t. kinderen die ook spellingproblemen hebben te herzien en de 20% m.b.t. het lezen te vervangen door de 16% zwakste lezers, omdat daar binnenkort ook op mijn verzoek de normen van het Cito voor beschikbaar worden gesteld. Ook adviseer ik onderzoek te doen naar de te hoge prevalentie-cijfers.**

Graag hoor ik van het NKD of men in 2020 zowel in het traject van de scholen als in het traject daarna de 16% als uitgangspunt wil nemen. Dit zou al veel verwarring kunnen voorkomen.

(Dit verzoek is bij het NKD ingediend op 9 december)

6. Reacties van de drie genoemde zorginstellingen

We hebben de drie genoemde zorginstellingen gevraagd te reageren op de inhoud van deze brochure. Die reactie gaf geen aanleiding het voorafgaande fundamenteel aan te passen. Op blz. 5 en 6 is de reactie van de drie zorginstellingen integraal weergegeven en op blz. 6 en 7 hebben we enkele punten nog van commentaar voorzien.

7. Bronnen

- **Bekkering, H. en anderen. (2019)** De subsidie-aanvraag bij Tel mee met Taal. De Lerende Mens is een spin-off van de Radboud Universiteit en anderen.
- **Berkel-B-website:** <https://berkel-b.nl/berkel-b/nieuws>
- **Dijk, Ellen van, (2013)** Effectonderzoek van dyslexiebehandelingen en de invloed op de startleeftijd. Utrecht
- **Druenen, Maud van en anderen. (2019)** Leidraad vergoedingsregeling dyslexie van onderwijs naar zorg: doorverwijzing bij een vermoeden van dyslexie. Utrecht NKD.
- **Inspectie van het Onderwijs. (2019)** Dyslexieverklaringen. Utrecht.
- **Koning, L.J. (januari 2020) 1e Kosten- en batenonderzoek gemeenten.** Daarle: Pravoo.
- **Koning, L.J. (2019)** Redzaamheidslezen Rapport 1e jaar Groep 3. Daarle: Pravoo.
- **Kuijpers Cecile, e.a. (2014)** Effectiviteit van dyslexiebehandelingen (2014) in Orthopedagogiek; onderzoek en Praktijk, 53 (11) 460-474, 2014.
- **Marant Website:** <https://marant.nl/behandelpraktijk/dyslexie/aanmelden-voor-dyslexiezorg/voor-waarden-voor-vergoede-dyslexiezorg/>
- **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport, (2014)** Handreiking Dyslexiezorg onder de jeugdwet.
- **Rid (2014)** Effectiviteit van en gestructureerde, fonologisch gebaseerde dyslexiebehandeling. Nijmegen, RID)

Noten

* Voor de buitenstaander: die 16% betekent niet dat er na de drie peilpunten een prevalentie is van 16%. De kinderen moeten driemaal achtereenvolgend die leeszwakte (bij de spellingproblemen) hebben en dan ligt de verwachte prevalentie rond de 4 %. Terwijl dat nu het dubbele is. Zie **

** In de subsidie-aanvraag (Bekkering, 2019) is als een van de onderzoeksdoelen te lezen: *In het primair onderwijs in de gemeente Overbetuwe te onderzoeken of het aantal kinderen met leesproblemen aansluit bij de landelijke prevalentienorm (10%).* Er is geen landelijke prevalentienorm van 10%. Die norm is 4%.

Volgens het inspectierapport (2019) is het zo dat in vergelijking met het prevalentiecijfer van Blomert en het Nederlands Kwaliteitsinstituut Dyslexie het percentage aan het eind van het basisonderwijs op het dubbele ligt dat mag worden verwacht.



8. Reacties van drie zorginstellingen

Beste meneer Koning,

Ondanks dat wij u er afzonderlijk van elkaar op hebben gewezen dat uw beschrijving van onze werkwijze niet klopt, bent u voornemens deze informatie toch te publiceren. Omdat wij dit betreuren en een duidelijk statement willen maken, hebben wij als Marant en RID besloten gezamenlijk te reageren. Ook Berkel-B heeft ons per e-mail laten weten dat de beschrijving die u geeft van hun procedure incorrect is.

Allereerst willen we bij deze verklaren dat zowel Marant als RID bij het beoordelen van de dossiers gebruikt maakt van *de landelijke leidraad doorverwijzing bij vermoeden dyslexie* van Dyslexie Centraal, Expertisecentrum Nederlands en het NKD: <https://www.nkd.nl/app/uploads/2019/11/20190218Leidraad-vergoedingsregeling-dyslexie-versie-2.0DCdef.pdf> en dat de suggestie dat wij verschillende criteria zouden hanteren dus niet juist is.

U zegt zich genoodzaakt te voelen deze brochure te schrijven omdat u stelt dat er verwarring is over de criteria en u deze verwarring weg wilt nemen. Als dat werkelijk is wat u voor ogen heeft, dan zou u er goed aan doen van publicatie af te zien. Door het delen van onjuiste informatie veroorzaakt u immers juist verwarring.

Mocht u toch besluiten te publiceren, dan rekenen we erop dat u ook onze reactie integraal publiceert. Wij zullen dit zelf ook doen. Voor een ieder die wil weten hoe het beleid in Nederland in werkelijk in elkaar steekt en hoe het nu precies zit met de criteria, geven wij hieronder toelichting.

Uit oogpunt van beknoptheid zullen wij niet op alle afzonderlijke onjuistheden ingaan. Eentje willen wij er wel uitlichten, omdat deze illustratief is voor de verwarring die u veroorzaakt. U zegt in uw betoog "...worden in elk geval te veel diagnosekosten gedeclareerd (20% i.p.v. 16%)...". Dat is een schrijnend voorbeeld van de klok hebben horen luiden, maar niet weten waar de klepel hangt, want in geen geval worden 16% of 20% van de kinderen verwezen. Kinderen moeten immers sowieso bij de laagste 10% qua spelling zitten en mogen niet profiteren van interventie op school, om maar iets te noemen.

Nu dan het kloppende verhaal. Het gaat steeds over de 10% zwakste lezers of de 16% zwakste lezers wanneer bij deze kinderen de spelling tot de zwakste 10% behoort. Waar komen deze percentages eigenlijk vandaan? Ze werden voor het eerst genoemd in het protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006). De percentages zijn onderdeel van de diagnostische criteria in het kader van de diagnose Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED). Dit is de diagnose die een kind in Nederland de mogelijkheid geeft vergoede gespecialiseerde behandeling in de zorg te volgen.

Meer specifiek vormen de percentages het ernstcriterium (dat er is om aan te tonen dat de problemen ernstig genoeg zijn om een diagnose te rechtvaardigen). Naast het ernstcriterium gelden ook andere criteria waar aan moet worden voldaan voordat een diagnose EED wordt gesteld.

Zo moet worden aangetoond dat de problemen hardnekkig zijn, dat er cognitieve tekorten zijn die typerend zijn voor dyslexie (bijvoorbeeld onvoldoende fonologisch bewustzijn) en dat er geen alternatieve verklaringen of comorbide problemen zijn die de problemen kunnen verklaren (zoals ADHD).

Vrijwel alle gegevens kunnen aan de hand van specialistische tests verzameld worden, maar dat geldt niet voor de hardnekkigheid. Deze kan alleen worden aangetoond door te kijken naar de periode voorafgaand aan het onderzoek. Uiteindelijk willen we te weten komen of de problemen die het kind

ondervindt samenhangen met externe factoren (thuisituatie, onvoldoende motivatie, wisseling van school, onvoldoende passende instructie/interventie etc.) of met kind-eigen factoren (zoals bij dyslexie). Om dit systematisch te doen hebben we er in Nederland voor gekozen het Response-to-Intervention (RTI) model te volgen. We proberen een kind in het onderwijs altijd die ondersteuning voor het lezen te geven die het nodig heeft. Profiteert het kind onvoldoende van het reguliere aanbod (ondersteuningsniveau 1), dan wordt instructie, oefentijd etc. opgevoerd (ondersteuningsniveau 2) om het kind alsnog te helpen. Heeft dit onvoldoende effect dan wordt de hulp in het onderwijs opnieuw opgeschaald en wordt het ook methodisch over een andere boeg gegooid (ondersteuningsniveau 3). Als dat ten slotte onvoldoende oplevert, dan volgt de verwijzing naar de zorg, zodat aan de hand van diagnostisch onderzoek verder naar de oorzaak van de problemen kan worden gekeken en eventueel gespecialiseerde dyslexiebehandeling (ondersteuningsniveau 4) kan worden ingezet.

Voor deze RTI-aanpak, de signalering en verwijzing ligt het primaat in het onderwijs. Onderwijsprofessionals volgen dit beleid aan de hand van de onderwijsprotocollen, uitgegeven door Expertisecentrum Nederlands. Om vast te stellen of de interventie op ondersteuningsniveau 2 en 3 effect heeft, houden scholen de meetgegevens uit het leerlingvolgsysteem (LVS) bij. De hierboven genoemde *landelijke leidraad doorverwijzing bij vermoeden dyslexie* helpt hen om de gegevens goed te interpreteren. Uiteindelijk dient bij een verwijzing immers het vermoeden van dyslexie voldoende aannemelijk te worden gemaakt.

Zodra verwijzing volgt is het zo geregeld dat er nog een extra check is, de zogenaamde dubbele poortwachtersrol. Dit houdt in dat ook de zorgaanbieder het door school aangeleverde dossier nog eens bestudeert en bevestigt dat het vermoeden van dyslexie inderdaad voldoende aannemelijk is gemaakt.

In sommige gemeenten is de poortwachtersrol toebedeeld aan een derde partij. De poortwachter hanteert bij de beoordeling dezelfde landelijke richtlijn als school.

Het is onzinnig om het school, de zorgaanbieder of de externe poortwachter aan te rekenen dat niet gelijk ook op het diagnostisch ernstcriterium kan worden geselecteerd. Ten eerste is dit niet het primaire doel, want dat is het aantonen van de hardnekkigheid. Ten tweede zijn de gegevens uit het LVS niet ontwikkeld voor een dergelijke differentiatie (De LVS lees- en spellingtoetsen vatten de resultaten in kwartielen, kwintielen en decielen, maar niet in percentielen). Kortom, een intern begeleider kan bij een leerling met een Cito V score alleen weten dat de score ergens tussen percentiel 0 en 20 valt, maar niet of het percentiel 15 of 17 is en deze beperking geldt eveneens voor degene die het dossier na de verwijzing beoordeelt. Om vervolgens te fröbelen met de normen, zoals u voorstelt, is zeker niet wenselijk. We willen uiteraard met z'n allen dat kinderen niet ten onrechte een diagnose krijgen, maar willen ook voorkomen dat kinderen die wel degelijk zorg nodig hebben, hiervan onthouden worden. Dat het systeem in Nederland nog niet zo werkt als het zou moeten is een feit. Het aantal kinderen dat in aanmerking komt voor vergoede dyslexiebehandeling is hoger dan op basis van de berekening zou mogen worden verwacht. Het is echter naïef om hier een eenzijdige link met de toetsgegevens van school te leggen. Er zijn heel veel factoren die bijdragen aan dit probleem. De kwaliteit van de signalering en de beoordeling bij verwijzing kunnen een rol spelen, maar dat geldt ook voor de kwaliteit van het diagnostisch onderzoek en die van het leesonderwijs en van leesinterventie op school. Bovendien is school in het afgelopen decennium niet erg geholpen om optimale invulling te kunnen



geven aan interventie op ondersteuningsniveau 3 (denk aan uitbezuinigen RT'ers, lerarentekort en passend onderwijs). Gelukkig lopen er op dit moment in Nederland heel veel goede initiatieven waarin onderwijs en zorg de handen ineenslaan om de situatie te verbeteren en het aantal kinderen met een diagnose EED terug te brengen.

Dit is mooi, want uiteindelijk zijn we dit werk allemaal gaan doen omdat we het kind vooruit willen helpen. Door kennis en ervaring met elkaar te delen, kunnen we dit nog beter. Wij zouden graag zien dat u zich ook aansluit bij dit soort initiatieven en dat u stopt uw energie te steken in het tegen elkaar opzetten van verschillende partijen.

9. Commentaar van Luc Koning

In het onderstaande zal ik op enkele inhoud van de brief van de drie instellingen nog commentaar leveren. Ik geef eerst de inhoud en dan de reactie:

1. dat uw beschrijving van onze werkwijze niet klopt.... **REACTIE:** Ik heb in de brief van de drie instellingen niets gezien waaruit blijkt dat er iets in mijn stuk niet klopt. Ik heb mij gebaseerd op wat men op de eigen websites heeft gezet of per mail naar mij heeft opgestuurd.
2. Allereerst willen we bij deze verklaren dat zowel Marant als RID bij het beoordelen van de dossiers gebruikt maakt van de landelijke leidraad doorverwijzing bij vermoeden dyslexie van Dyslexie Centraal, Expertisecentrum Nederlands en het NKD: <https://www.nkd.nl/app/uploads/2019/11/20190218Leidraad-vergoedingsregeling-dyslexie-versie-2.0DCdef.pdf> en dat de suggestie dat wij verschillende criteria zouden hanteren dus niet juist is. **REACTIE:** In die leidraad staat: een leerling komt voor doorverwijzing naar de zorg in aanmerking als: 1. bij spelling: Woordlezen: V-score of lage D-score (laagste 20%) - Spelling: V-(min)score of Escore (laagste 10%) Hier heb ik twee fouten vastgesteld. Bij Marant moet men drie maal hebben vastgesteld dat het kind hoort tot de 16% zwakste lezers. Dat kan helemaal niet, want de scholen hebben die 16%-normen niet. Die komen er nu wel, maar men heeft tot nu toe iets van de scholen gevraagd, dat niet kon. De term; lage D-score 20% is onjuist, want de D-score bestaat uit 15%.(ruim onder het landelijke gemiddelde) Ik heb in het voorafgaande al een paar keer aangegeven dat men hoort te zeggen dat het gaat om een E-score of een DEEL van de D-score.
3. U zegt zich genoodzaakt te voelen deze brochure te schrijven omdat u stelt dat er verwarring is over de criteria en u deze verwarring weg wilt nemen. Als dat werkelijk is wat u voor ogen heeft, dan zou u er goed aan doen van publicatie af te zien. Door het delen van onjuiste informatie veroorzaakt u immers juist verwarring. **REACTIE:** Redzaamheidsscholen hebben die verwarring bij mij gemeld: Marant vraagt 3 maal 16%, het RID 20% en Berkel-B vraagt een lage D. Bovendien blijkt dat er kinderen zijn die bij de ene zorginstelling niet doorgaan naar de behandeling en bij de andere zorginstelling wel. (zie blz. 3 eerste kolom) Als dat geen verwarring is.

4. Mocht u toch besluiten te publiceren, dan rekenen we erop dat u ook onze reactie integraal publiceert. Wij zullen dit zelf ook doen. **REACTIE: Zie voor de integrale plaatsing blz. 5 en 6 van deze brochure. Dit betekent ook dat men ook onze brochure moet plaatsen. Dat geeft men immers aan met: Wij zullen dit zelf ook doen. Dat lijkt me ook duidelijk voor de lezer.**
5.worden in elk geval te veel diagnosekosten gedeclareerd (20% i.p.v. 16%)...". Dat is een schrijnend voorbeeld van de klok hebben horen luiden, maar niet weten waar de klepel hangt, want in geen geval worden 16% of 20% van de kinderen verwezen. Kinderen moeten immers sowieso bij de laagste 10% qua spelling zitten en mogen niet profiteren van interventie op school, om maar iets te noemen. **REACTIE: dit is toch een kwestie van goed rekenen. Als men als drempel 3 maal 20% hanteert dan kunnen er later voor de behandeling nog wel kinderen afvallen, maar men diagnosticeert toch meer kinderen dan als men als drempel 3 maal 16% hanteert. Dat heeft niet met de klepel te maken maar met de klok. Ik heb nergens gesteld dat er 16% of 20% van de kinderen worden doorverwezen.**
6. Nu dan het kloppende verhaal. Het gaat steeds over de 10% zwakste lezers of de 16% zwakste lezers wanneer bij deze kinderen de spelling tot de zwakste 10% behoort. Waar komen deze percentages eigenlijk vandaan? Ze werden voor het eerst genoemd in het protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006). De percentages zijn onderdeel van de diagnostische criteria in het kader van de diagnose Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED). **Reactie: het gaat mij er om welke percentages men hanteert als drempel (voorportaal) om voor diagnose in aanmerking te komen. Dat is bij Marant 16% (maar de scholen hebben die normen niet) en bij anderen is dat 20%.**
7. **Reactie: Dan volgt er in de reactie van de drie zorgverleners een groot middenstuk over de procedure. Dat is wel bekend bij de meeste mensen en daar gaat het door mij gesignaleerde probleem ook niet over. Dat is eigenlijk een overbodig stuk.**
8. Voor de verwijzing ligt het primaat in het onderwijs. **Reactie: wat is primaat? De school heeft niet zo veel te vertellen over die verwijzing. Die moeten een verantwoord dossier aanleggen en in het ene geval 3 maal 16% aantonen en in het andere geval 3 maal 20%. Daar is geen sprake van een primaat. Anderen bepalen immers het vervolg.**
9. Het is onzinnig om het school, de zorgaanbieder of de externe poortwachter aan te rekenen dat niet gelijk ook op het diagnostisch ernstcriterium kan worden geselecteerd. Ten eerste is dit niet het primaire doel, want dat is het aantonen van de hardnekkigheid. Ten tweede zijn de gegevens uit het LVS niet ontwikkeld voor een dergelijke differentiatie (De LVS lees- en spellingtoetsen vatten de resultaten in kwartielen, kwintielen en decielen, maar niet in percentielen). **Reactie: Ik heb nergens het**



- diagnostisch ernstcriterium als probleem aangegeven. Ik heb aangegeven dat redzaamheidsscholen de onduidelijkheid hebben gemeld en dan heb je het over het voorportaal! Ik reken die verwarring over die drempelpercentages de zorginstellingen aan. Zij vallen onder het NKD, maar maken ook deel uit van het NKD en hebben zelf die drempelwaarden bepaald. Als verzachtende omstandigheden wil ik nog wel accepteren dat men nog maar 4 jaar bezig is. In die vier jaar is het echter niet gelukt eenheid van beleid te maken en dat stel ik aan de orde.**
10. Kortom, een intern begeleider kan bij een leerling met een Cito V score alleen weten dat de score ergens tussen percentiel 0 en 20 valt, maar niet of het percentiel 15 of 17 is en deze beperking geldt evengoed voor degene die het dossier na de verwijzing beoordeelt. **Reactie: Dat men geen 16e percentiel vast kan stellen, ligt aan de zorginstellingen/het NKD. Dat had men al lang bij het Cito aan kunnen vragen. Daar heeft men alle tijd voor gehad en het is mij wel gelukt om dat binnen 14 dagen in orde te maken.**
 11. Om vervolgens te fröbelen met de normen, zoals u voorstelt, is zeker niet wenselijk. We willen uiteraard met z'n allen dat kinderen niet ten onrechte een diagnose krijgen. **Reactie: Dat is een beledigende opmerking. Ik heb vier manieren aangegeven om exact of bij benadering aan die 16% normen te komen. Alles is beter dan die 20%-normen. Die pogingen hebben de zorginstellingen niet durven te wagen. Bovendien kan men mijn resultaat om via het Cito aan de exacte normen te komen niet afdoen met fröbelen. De opmerking: -dat kinderen niet ten onrechte een diagnose krijgen- slaat niet op wat hier aan de orde is, want het gaat hier om wat de scholen als normen aan moeten houden (het voorportaal) en daarbij was die 16% niet voorhanden, maar de zorgverleners hebben in de 3DM Testbatterij wel een percentiele toets. Dus daar kan, als het goed is uitgevoerd, bijna geen onjuiste diagnose ontstaan. (Hoewel: zie punt 13!)**
 12. Dat het systeem in Nederland nog niet zo werkt als het zou moeten is een feit. Het aantal kinderen dat in aanmerking komt voor vergoede dyslexiebehandeling is hoger dan op basis van de berekening zou mogen worden verwacht. Het is echter naïef om hier een eenzijdige link met de toetsgegevens van school te leggen. **Reactie: Wij vinden elkaar in uw uitspraak dat het systeem nog niet zo werkt als het moet en dat de prevalentie te hoog is. Ik heb nergens gesteld dat het gaat om één reden. Ik heb er in deze brochure al twee genoemd. (De 16%-kwestie en het snel lezen als norm) Er is dan ook geen enkele sprake van eenzijdigheid. Het NKD is daarnaast ook tekort geschoten in het verwerven van scoretabellen bij de 16%-normen.**
 13. Er zijn heel veel factoren die bijdragen aan dit probleem. De kwaliteit van de signalering en de beoordeling bij verwijzing kunnen een rol spelen, maar dat geldt ook voor de kwaliteit van het diagnostisch onderzoek en die van het leesonderwijs en van leesinterventie op school. Bovendien is school in het afgelopen decennium niet erg geholpen om optimale invulling te kunnen geven aan interventie op ondersteuningsniveau 3 (denk aan uitbezuinigen RT'ers, lerarentekort en passend onderwijs). **Reactie: dat is waar, en daarbij aansluitend blijkt uit onderzoek van de effecten van de hulpverlening dat 20%-50% van de kinderen na afloop van de behandeling op hetzelfde niveau zit als de kinderen zonder problemen. Daarvan kan afgeleid worden dat het bij 20% tot 50% van de behandelde kinderen helemaal niet gaat om dyslexie. (Onderzoek van Ellen van Dijk bij de IJsselgroep, onderzoek van Vaessen bij het RID, onderzoek van Kuijpers) Je hebt dus een bepaald percentage kinderen dat waarschijnlijk snel op niveau is en waarschijnlijk geen anderhalf jaar begeleiding nodig heeft. Er zijn ook kinderen waarmee je na 10 behandelingen al weet dat er sprake is van alexie. Met die kinderen zou men wat anders moeten doen dan tegen beter weten in anderhalf jaar begeleiden. Er zijn ons ook kinderen bekend die na anderhalf jaar begeleiden niet verder gekomen zijn dan een M3-niveau. Kortom; er moeten wel varianten komen van leesbeelden en bijbehorende de begeleidingsperiodes. In het kader van het redzaamheidsproject volgen we ook de kinderen van de redzaamheidsscholen die begeleid worden door de zorginstellingen. Daar zullen we t.z.t. ook de evaluatiegegevens van publiceren.**
 14. Gelukkig lopen er op dit moment in Nederland heel veel goede initiatieven waarin onderwijs en zorg de handen ineenslaan om de situatie te verbeteren en het aantal kinderen met een diagnose EED terug te brengen. **Reactie: Van die effecten is nog weinig te zien omdat verwacht kan worden dat de kosten in 2019 gestegen zijn vergeleken met 2018. Over die kostenontwikkeling verschijnt er in januari 2020 een rapport over het jaar 2018 en in maart/april 2020 over het jaar 2019.**
 15. Dit is mooi, want uiteindelijk zijn we dit werk allemaal gaan doen omdat we het kind vooruit willen helpen. Door kennis en ervaring met elkaar te delen, kunnen we dit nog beter. Wij zouden graag zien dat u zich ook aansluit bij dit soort initiatieven en dat u stopt uw energie te steken in het tegen elkaar opzetten van verschillende partijen. **Reactie: Nogmaals die energie is gevraagd door redzaamheidsscholen. De genoemde contacten zoeken wij ook en we hebben met enkele instellingen de samenwerkingsmogelijkheden verkend en staan open voor ieder initiatief van Berkel-B, Marant, het RID en anderen. Kom maar op! Daarnaast is het redzaamheidsproject een mooi voorbeeld van het vooruit helpen van kinderen. Wij voeren dus al geruime tijd veel activiteiten uit op dat gebied. (Vorig schooljaar 3000 kinderen en dit schooljaar 7000 kinderen). U stelt zelf ook dat de prevalentiecijfers te hoog zijn. Dan is het ook belangrijk om open te staan voor mogelijke verklaringen daarvoor en ruimte te geven aan initiatieven om die prevalentie te verlagen. Daarnaast zijn wij ook altijd bereid onze kennis te delen. Dat doen we in publicaties, maar ook in de vorm van overleg en voorlichting. Dat is inmiddels al op zes zorginstellingen gebeurd en op meer dan 500 scholen en bij diverse ib-er-clubs.**