

Struisvogels met grote eieren

Essay over de problematiek van jongeren met een (licht) verstandelijke beperking

Auteurs

Dr. Hank van Geffen, Lid Raad van Bestuur Koraal Groep

Drs. Peter Nouwens, Voorzitter Raad van Bestuur Stichting Prisma

Gepubliceerd in

NTZ (Het Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen) nr. 2-2010

Struisvogels met grote eieren

Jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (LVGJ-ers) vormen een kwetsbare groep. Ze lopen een verhoogd risico om een psychiatrische aandoening te ontwikkelen terwijl de hulpverlening beperkt en fragmentarisch is. Daarnaast worden ze in toenemende mate ook veroordeeld als daders van delicten en vinden ze hun opvang in justitiële inrichtingen. De laatste tijd staat deze groep sterk in de belangstelling¹.

Omvang

Hoeveel mensen er daadwerkelijk in de problemen komen weten we niet precies. De Algemene Rekenkamer concludeert in de nota “Kopzorgen” (2007): “Gegevens over de exacte omvang van de totale groep jeugdigen met psychi(atri)sche problemen en/of een lichte verstandelijke handicap ontbreken”. Op basis van haar onderzoek concludeert ze ook dat het zorgaanbod onvoldoende aansluit op de ontwikkelingen in de vraag en dat daarom veel jeugdigen niet (op tijd) de zorg krijgen die ze nodig hebben. Gezien het gegeven dat kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking een 3 tot 4 keer verhoogd risico hebben op emotionele en gedragsproblemen (Dekker et al., 2003) is dit een verontrustende constatering.

Volgens de door VWS ingestelde kwartiermaker L. van Beek hebben 2.200 LVGJ-ers een urgente indicatie die de Treeknorm overschrijdt. Naar ons idee is dit een veel te optimistische voorstelling omdat er geen exact beeld is van de reële wachtlijst. Veel betrokkenen zijn “onzichtbaar” in systemen, worden uitgesloten in de tellingen op basis van rigide criteria (IQ of leeftijd) of zitten op plaatsen waar ze inadequaat geholpen worden. Op basis van onze ervaringsgegevens en extrapolatie van het concrete aantal aanmeldingen van cliënten met deze kenmerken in onze voorzieningen, schatten wij de doelgroep met urgente, openstaande vragen, die niet op een passende plaats ondersteund en geholpen worden of moeten “doorstromen”, op minimaal 40.000.

Complexiteit van de samenleving

Ontwikkelingen in de samenleving zijn complex, exponentieel en verlopen in een hoog tempo. Hierdoor wordt de relatieve achterstand van kinderen met problemen in de cognitieve ontwikkeling steeds groter. Veranderingen in het onderwijs (theoretisering en gebruik van informatie- en communicatietechnologie) en op de arbeidsmarkt (afname eenvoudig werk) versterken dit effect nog eens. Dit stelt zeer hoge eisen aan deze jongeren en het risico om af te haken of problemen te krijgen neemt daarbij toe. Een grote groep verliest zelfs de aansluiting met de samenleving.

Deze kinderen en jongeren doen ook een beroep op algemene maatschappelijke voorzieningen. De eerste lijnszorgorganisaties, het primaire onderwijs en andere

¹ Brancherapport 2009; Sociaal Cultureel Planbureau, maart 2010; Markant, mei 2010; motie Van Miltenburg, april 2010

maatschappelijke voorzieningen hebben moeite met het onderkennen van de intellectuele en sociale beperkingen van deze kinderen en zijn niet in staat om erop in te spelen (VGN, 2009). Vroegtijdige onderkenning en ondersteuning gebeuren daardoor slecht met als gevolg dat er te laat of zelfs helemaal geen hulp geboden wordt.

Kwetsbare zorgvragers en gezinnen

Vraaggericht werken is momenteel het leidende paradigma in de zorg- en hulpverlening. Dit paradigma is grotendeels gebaseerd op mondige cliënten die weten wat ze willen en de juiste hulp op het juiste moment inroepen. Zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid spelen daarbij een grote rol; vaardigheden waar de hier beschreven doelgroep kwetsbaar in is. Daarnaast hebben verhoudingsgewijs veel van deze jongeren ouders die zelf een psychiatrische aandoening hebben (Tonge et al., 2000) en/of een verstandelijke beperking. Hierdoor worden ondersteuningsvragen niet onderkend en mede daarom is ondersteuning vanuit het sociaal netwerk beperkt.

Beperkte hulpverlening

De hulpverlening is niet alleen gefragmenteerd maar ook beperkt in zijn handelingsrepertoire. De vroegtijdige signalering, laat staan de preventie, zijn niet echt tot ontwikkeling gekomen omdat de algemene voorzieningen in deze onvoldoende geëquipeerd zijn voor deze doelgroep. Ook de categoriale voorzieningen manifesteren zich niet of maar in zeer beperkte mate op dit gebied.

De problemen die deze kinderen en jongeren ervaren hebben vaak een meervoudig karakter dat om een intersectorale en interdisciplinaire benadering vraagt. Deze is maar beperkt voorradig en wordt gehinderd door schotten tussen sectoren (Van Beek, 2009) en gescheiden wet-, regel- en financieringssystemen.

Ook zijn de behandelingen gericht op inzicht beperkt bruikbaar en zijn de ervaringsgerichte behandelingsstrategieën – leren door te doen – slechts mondjesmaat voorradig. De combinatie van een cognitieve beperking en één of meer psychiatrische aandoeningen bemoeilijkt een succesvolle behandeling met aanhoudende problemen als gevolg. Daarbij is er overigens vaak geen wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van aangeboden behandelingen (Didden, 2004).

De start van een succesvolle behandeling is niet alleen een kwestie van bepalen van het IQ maar zeker ook een kwestie van goed kijken, luisteren en het stellen van de juiste vragen op allerlei gebieden. Het is daarbij van groot belang om een beeld te krijgen van de eigen stijl van denken en reageren van de jongeren: “There is a logic in there madness”. Zicht krijgen op hoe ze denken en in de wereld staan en daarbij in de begeleiding aansluiten, biedt vaak meer perspectief op groei dan het stellen van eenzijdige, externe normen en regels.

Daarnaast zien wij steeds uitgebreidere zorg- en behandelplannen met zeer brede beschrijvingen van de betrokkene. Binnen die breedheid is het echter de kunst om een succesvolle ingang te vinden en daar in de begeleiding op te focussen (Van Geffen, 2000): in der Beschränkung zeigt sich der Meister.

Noodverbanden

Deze doelgroep wendt zich momenteel massaal tot de gehandicaptenzorg. In het brancherapport van de VGN wordt gesproken over een groei van ruim 15 procent terwijl de sector als geheel 3 procent groeit (Prismant, 2010). De sector staat ook open voor deze doelgroep, neemt deze jongeren op en daarmee in zekere zin ook haar maatschappelijke verantwoordelijkheid. De nieuwe, meervoudige vragen stellen echter zeer hoge, specifieke eisen aan de gehandicaptensector die met enige regelmaat onderschat worden en waarbij de noodzakelijke randvoorwaarden (kennis, competenties, facilitaire voorzieningen, e.d.) onvoldoende aandacht krijgen. De instellingen in de gehandicaptenzorg worden met het leveren van zorg aan deze doelgroep ook geconfronteerd met een stapeling van nieuwe vraagstukken (het gebruik van genotsmiddelen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, ouderschap van tieners, anderstalige cliënten) waarvoor ze onvoldoende geëquipeerd zijn.

Het gevolg laat zich raden. Te laat of geen adequate hulp met schrijnende situaties voor jongeren en hun ouders tot gevolg. Grote wachtlijsten bij de categoriale voorzieningen en een groot gebrek aan doorstroming en passende vervolgzorg. Inadequate hulpverlening op basis van een beperkt handelingsrepertoire en onvoldoende geëquipeerde medewerkers. Instellingen die worstelen met het bieden van passende zorg aan deze “nieuwe” doelgroep.

Handen uit de mouwen

Langzaam maar zeker ontwikkelt zich een politiek en zorginhoudelijk besef dat hier een uitdaging ligt die opgepakt dient te worden. Nieuwe impulsen zijn keihard nodig omdat anders deze zaak naar onze opvatting ontspoord.

Deze impulsen dienen te beginnen met de erkenning van de vraag, zowel naar inhoud als naar omvang gekoppeld aan het besef dat hier een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid ligt om adequate ondersteuning en behandeling te bieden. Hoewel het instellen van bijvoorbeeld een kwartiermaker een hoopvol signaal is, vinden we de reacties vanuit de verantwoordelijke ministeries erg lauw en niet toereikend.

In deze bijdrage ligt de nadruk op de professionele hulpverlening die verbeterd dient te worden. Het is echter evident dat een benadering sec vanuit een professionele optiek te beperkt is. Dit maatschappelijk vraagstuk is niet alleen op te lossen door een betere professionele zorg maar vraagt ook om een passende, politieke beleidscontext (Shogren et al., 2009).

Visie en uitgangspunten

We kijken vanuit een sociaal perspectief naar deze jongeren en naar hun hulpverlening en staan een visie voor, gebaseerd op de visie van Van Gennep (2009) en van Frederiks, Van Hooren en Moonen (Frederiks et al., 2009).

Dit impliceert naar ons idee dat *in* en *met* de samenleving vormen van adequate ondersteuning ontwikkeld dienen te worden. Dit betekent niet alleen dat deze jongeren deel uitmaken van één en dezelfde maatschappij, maar ook dat deze maatschappij (eerstelijnszorg, onderwijs, arbeid, e.d.) een verantwoordelijkheid in deze heeft. De samenleving dient ook toegerust en toegankelijk te zijn voor deze jongeren. De preventie en vroegsignalering zullen in de samenleving toegepast en vanzelfsprekend ook in nauwe samenwerking met reguliere voorzieningen vorm en inhoud gegeven moeten worden.

Wij zien jongeren met cognitieve beperkingen en psychiatrische problemen primair niet als zorgconsumenten. Onzes inziens zijn het personen die recht hebben op een plaats in de samenleving en ook behoefte hebben aan goede en verantwoorde zorg, ook al vragen ze daar niet altijd actief zelf om. Bij zorgzaamheid, professionele verantwoordelijkheid en persoonlijke betrokkenheid kunnen zwaarwegende redenen liggen om in te grijpen (bemoeizorg). Het is juist deze dialectische spanning die deze hulpverlening zo bijzonder maakt. Voor de hulpverlening heeft dit volgens Van Gennep de volgende consequenties (Van Gennep, 2009):

- » accepteren én willen veranderen,
- » laten groeien én leiden,
- » terughoudendheid én ingrijpen,
- » differentiatie én verbinding,
- » empowerment én inclusie.

In de vorm van het maken van verbinding met de kinderen en jongeren en hun naasten, resulterend in een persoonlijk participatieplan, dat samen met de betrokkene is opgesteld en wordt uitgevoerd, dient er naar ons idee in de keten doelgericht en concreet gewerkt te worden aan het behoud of de realisatie van een zinvolle en zichtbare plaats in de samenleving.

Ketenvorming

De vragen van deze jongeren zijn vaak meervoudig en in een aantal gevallen ook pervasief. De huidige indeling van de zorgverlening op basis van cognitie of leeftijd is verwarrend en ontoereikend om te komen tot een passende oplossing. Cognitie en leeftijd zijn vanzelfsprekend wel relevant maar worden zelden gezien als primaire oorzaak van gedragsproblemen en/of psychiatrische aandoeningen. Daarnaast worden deze begrippen vaak gebruikt als uitsluitende criteria (te oud, verstandelijk te beperkt) en vormen ze zo een basis om niets te doen of om hoogstens te verwijzen.

Wij pleiten daarom nadrukkelijk voor een zorgverlening en behandeling die aansluit bij de kenmerken van de jongeren, de problemen waar jongeren mee geconfronteerd worden en

waarbij het aanbod zich ordent en ontwikkelt naar de vraag van deze jongeren. Hiermee wordt dus meer bedoeld dan het samenvoegen van het bestaande aanbod van zorgorganisaties. Ten onrechte wordt hier vaak het predicaat “keten” aan gekoppeld.

Het bovenstaande veronderstelt minimaal een intersectorale benadering waarbij meerdere disciplines zich gelijktijdig richten op de vraagstelling van de betrokkene. De samenwerking tussen GGZ, Jeugdzorg, Gehandicaptenzorg en Justitiële zorg ligt voor de hand.

Veel van deze jongeren blijven behoefte houden aan ondersteuning wanneer ze een behandel- of jeugdsetting verlaten. Duurzame en passende aandacht voor hun vragen is daarbij opportuun. Omdat opname in een behandelsetting per definitie tijdelijk van aard dient te zijn, moet er passende vervolgopvang met continuïteit gerealiseerd worden. Zowel voor de interdisciplinaire behandeling en begeleiding als voor de vervolgopvang biedt de ketenvorming passende handvatten.

Donkers (Donkers et al., 2008) onderscheidt 3 basismodellen². Met name het dienstverleningsmodel en het transfermodel bieden naar ons idee perspectief voor deze doelgroep. Bij het dienstverleningsmodel staat de cliëntvraag centraal en heeft betrokkene tegelijkertijd contact met meerdere zorgverleners. De samenwerking tussen deze zorgverleners is gericht op de uitvoering van een zorgprogramma/behandeling eventueel onder de regie van een hoofdbehandelaar. Daarnaast zouden de zorgverleners, waar mogelijk in nauwe samenwerking met de kennisinstituten, zich kunnen richten op kennisontwikkeling en op de deling van relevante kennis. Ook het transfermodel is relevant omdat het gericht is op een overdracht van zorg- en behandelverantwoordelijkheid zodat een tijdige en adequate doorplaatsing kan worden gerealiseerd.

Vormen van hulpverlening

Wij vullen het denken over ketenvorming aan met de te onderscheiden fasen en vormen van zorg voor deze jongeren. In lijn met wat eerder gesteld is, dient deze te starten met preventie en vroegsignalering waarbij er alles op gericht is om te voorkomen dat deze jongeren in een speciale setting terecht komen. Herstel of behoud van het gewone leven noemde Ter Horst dit (Ter Horst, 1977). Het betreft hier nog geen specialistische therapieën maar een handreiking voor de alledaagse praktijk. De samenwerking met het onderwijs, algemene maatschappelijke voorzieningen en de eerstelijnsgezondheidszorg dient hierbij versterkt te worden.

Aansluitend op het bovenstaande kan behandeling nodig zijn. Bij voorkeur ambulant omdat de hulpverlening zich daarbij ook kan richten op de context waarin de problemen zich voordoen (het gezin, de school, ...) en de verantwoordelijkheid gedeeld wordt met de betrokkene en zijn familie. Daarbij kan de interventie ook gericht zijn op omgevingsfactoren

² Diensten-, transfer- en kluwenmodel

die het probleemgedrag in negatieve zin beïnvloeden. Niet zelden is daarbij sprake van een stapeling van factoren die een negatieve invloed uitoefenen op het gezin en de jongere(n). Het overmatig gebruik van genotsmiddelen, relationele, financiële en huisvestingsproblemen worden frequent en in combinatie met elkaar waargenomen.

Ook vormen van dagbehandeling en gerichte vormen van dagbesteding en arbeidstraining kunnen hierbij aangewend of gecombineerd worden. In nogal wat gevallen is een residentiële behandeling noodzakelijk. Vooral als de draagkracht van het gezin overvraagd wordt door fors probleemgedrag kan een klinische opname overwogen worden. De jongere wordt hierbij opgenomen in een specifieke setting en krijgt specifieke vormen van behandeling aangeboden. Nederland kent hiervoor een zeer beperkt aantal voorzieningen. De effectiviteit van de geboden behandeling is overigens nog maar in een beperkt aantal gevallen empirisch aangetoond (Drieschner et al., 2009). Al tijdens de opname dient het proces gericht te zijn op een terugkeer in de samenleving waarbij nazorg geleverd wordt om o.a. te voorkomen dat er generalisatieproblemen optreden.

Voor een groot aantal jongeren is dit helaas een brug te ver. Ze zijn “uitbehandeld maar niet genezen”. De behandelinstellingen hebben hun repertoire toegepast maar helaas daarbij onvoldoende resultaat gegenereerd waardoor aanhoudende, specifieke aandacht in een bijzondere setting noodzakelijk blijft. Passende woonvormen met gerichte zorg en ondersteuning dienen hiervoor beschikbaar te zijn of te komen.

We maken daarbij een koppeling met de mate waarin de klachten/problemen van de jongeren van invloed zijn op hun dagelijks functioneren en hanteren daarbij de volgende ordening: incidenteel, met regelmaat, structureel en bepalend. Naarmate een klacht langer bestaat en een grotere invloed op het dagelijks functioneren heeft, neemt de kans op een klinische opname toe evenals de behoefte aan levenslange zorg en ondersteuning.

Aard van de behandeling

Voor jongeren die een cognitieve beperking combineren met psychiatrische problemen is het behandelrepertoire beperkt omdat bij veel behandelingen een beroep wordt gedaan op inzicht.

We denken dat *zorgbehandeling* (Van Lans, 2008) waarbij elementen uit de cure en uit de care gecombineerd worden in veel gevallen meer biedt. De aard van de behandeling is daarbij praktischer van aard en gericht op het bij herhaling opdoen van ervaringen gericht op de versterking van het zelfrespect, het vertrouwen en op de uitbouw van (sociale) vaardigheden. Deze behandeling is vaak ook mediatief van aard en wordt op methodische wijze door de dagelijkse begeleiders aangeboden waarbij deskundigen de begeleiders adviseren en ondersteunen.

Daarbij staan niet alleen de interventie en het probleem maar ook de relatie zeer centraal.

Hierbij wordt veel tijd en energie gestoken in het krijgen van inzicht in de persoonlijkheid van betrokkene waarbij men op basis van zorgzaamheid en betrokkenheid er gewoon is voor de ander (Van Lans, 2006). Veel van de hier beschreven jongeren hebben negatieve ervaringen op dit gebied. Vaak hebben ze al een hele “carrière” gemaakt in de zorg en zijn ze ook frequent weggestuurd of afgewezen omdat ze niet voldeden aan de voorwaarden. Een complicerende factor is het gegeven dat juist deze groep kwetsbare jongeren zichzelf vaak niet ziet als hulpbehoevend en de oorzaak van hun problemen buiten zichzelf legt (Snell, 2009; Edgerton, 1967; 2001).

Arbeid en onderwijs gekoppeld aan zorg verdienen wat ons betreft een prominente plaats in de behandeling van deze doelgroep. Het onderwijs heeft, als het goed is, niet alleen een signalerende en preventieve werking maar dient qua inhoud ook meer gericht te zijn op het toewerken naar een succesvolle arbeidsparticipatie van de betrokkenen. Er wordt hierbij niet alleen gewerkt aan de persoonlijke competenties van betrokkene maar ook aan het bieden van perspectief op een maatschappelijk relevant functioneren. Jongeren die slagen in het arbeidsproces en dat als zodanig ook ervaren, groeien enorm in hun zelfwaardering en mogelijkheden.

Bundeling van krachten

Het is naar ons idee van groot belang om de krachten te bundelen ten behoeve van deze doelgroep. Wij noemden daarvoor diverse argumenten. Het belangrijkste is wellicht het creëren van een *sense of urgency* bij alle betrokkenen. Zowel de omvang als de aard van de problematiek waarmee deze jongeren geconfronteerd worden, maken dit noodzakelijk.

Naar onze mening is er sprake van een probleem dat schreeuwt om aandacht: een grote groep jongeren dreigt definitief verloren te gaan omdat niet tijdig en adequaat wordt ingegaan op hun problemen. Dat is vanzelfsprekend niet goed voor die jongeren zelf (ontsporen en vastlopen) maar ook niet goed voor de samenleving (maatschappelijke schade en kosten).

Samengevat dient deze aandacht zich te richten op:

- » het ontwikkelen van preventieve vormen van zorg en van vroegsignaleringsinstrumenten in nauwe samenhang met in de maatschappij gesitueerde voorzieningen en instanties;
- » het inventariseren en koppelen van de interdisciplinaire behandelmethoden aan de fasen/vormen van hulpverlening vanuit een eenduidig en gedeeld perspectief;
- » het vullen van lacunes in de hulpverlening;
- » de noodzakelijke intersectorale kennis en kunde aanwenden voor deze doelgroep;
- » perspectief bieden door middel van behandeling, onderwijs en arbeid;
- » zorgen voor voldoende, passende doorstromingsmogelijkheden na de behandelfase;
- » kennisontwikkeling en –overdracht realiseren ten behoeve van de dagelijkse begeleiding.

De Koraalgroep, Lunet zorg en Stichting Prisma bundelen daartoe de krachten. Op de korte

termijn worden alle relevante opleidingen van de participerende instellingen gekoppeld en toegankelijk gemaakt voor alle medewerkers. In het kader van de ketenvorming (i.c. het transfermodel) wordt werk gemaakt van de doorstroming van cliënten na de behandelfase naar passende vervolgopvang. De *sense of urgency* met betrekking tot dit onderwerp bij professionele, maatschappelijke en politieke gremia dient als een *conditio sine qua non* versterkt te worden. Simpelweg doorgaan op het bestaande pad past alleen bij struisvogels.

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2007). *Zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Rapport 'Kopzorgen'*. Den Haag: Algemene Rekenkamer

Beek, L. van (2009). Veeltoppig monster. *Markant*, 8, 22-25.

Dekker, M. & Koot, H. (2003). DSM-IV Disorders in Children With Borderline to Moderate Intellectual Disability. I: Prevalence and Impact. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42:8, 915-922.

Didden, R. (2004). Psychiatrische- en gedragsproblemen: thematisch overzicht en ontwikkelingen. In: Kersten, M. & D. Flikweert (red.). *Onderzoek over grenzen. Thematische rapportages en beschouwingen naar aanleiding van het 12de IASSID congres, Montpellier 2004*, pp. 25-39. Utrecht: NGBZ en LKNG/NIZW.

Donkers, E., Bras, A., & van Dingenen, E. (2008). Ketens met karakter. *Medisch Contact*, 19, 822-824.

Drieschner, K., Hesper, B., & Marrozos, I. (2009). De Borg effectevaluatie onderzoek 2008-2012. Opzet en eerste resultaten. In R. Didden & X. Moonen., (red). *Met het oog op behandeling-II* (pp23-32). Utrecht: De Borg / VOBC LVG.

Edgerton, R.B. (2001). The hidden majority of individuals with mental retardation and developmental disabilities. In A. Tymchuk, K. C. Lakin, and R. Luckasson (Eds.), *The forgotten generation: The status and challenges of adults with mild cognitive limitations* (pp. 3-19). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Edgerton, R. (1967). *The cloak of competence: Stigma in the lives of the mentally retarded*. Berkeley, CA: University of California Press.

Tonge, B., & Einfeld S. (2000). The trajectory of emotional and behavioural disorders in young people with intellectual disabilities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Volume 34, 80 – 84.

Frederiks, B., Hooren, R. van, & Moonen, X. (2009). Nieuwe kansen voor het burgerschapsparadigma. Een pedagogische, ethische en juridische beschouwing. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, 35, 3-30.

Geffen, H. van (2000). SIKOOB. *De ontwikkeling van een informatiseringsprogramma voor de orthopedagogische hulpverlening* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Geffen, H. van (2006). *Full Service Koraal Groep*. Sittard: Koraal Groep

Gennep, van A. (2009). Verstandelijke beperkingen als sociaal probleem. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, 35, 101-124.

Horst, W. ter (1977). *Herstel van het gewone leven*. Houten: BSL.

Lans, J. v. (2006). *De modernisering van het persoonlijk engagement (Prisma)*. Geraadpleegd op 28 mei 2010 bij: <http://www.josvdlans.nl/publicaties/2006-01%20Academie%20voor%20Toegewijde%20Zorg%20-%20De%20modernisering%20van%20het%20persoonlijke%20engagement.pdf>.

Lans, J. v. (2008). *Zorgen voor kleine overwinningen* (Prisma), (p. 37). Geraadpleegd op 28 mei 2010 bij: <http://prismanet.onzeserver10.net/Lezingen/tabid/57/Default.aspx#3>

Prismant (2010). *Branche Gehandicaptenzorg 2009*. Utrecht: Prismant.

Shogren, K.A., Bradley, V.J., Gomez, S., Yeager, M.H., Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., et al. (2009). Public Policy and the Enhancement of Desired Outcomes for Persons With Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (4), 307–319.

Snell, M.E., Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W.H.E., L. Coulter D. et al. (2009). Characteristics and Needs of People With Intellectual Disability Who Have Higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (3): 220–233.

VGN (2009). 'Lastig' (DVD). Utrecht: VGN