



Kennis van het aanbod van formele ondersteuning bij adolescenten met een handicap en hun ouders

Bea Maes, Femke Migerode, Ann Buysse, Ruth Lareu & Eline Goris

Achtergrond

Transities tussen verschillende leeftijdsfasen vormen een belangrijk thema in het ontwikkelingspsychologisch onderzoek. Bij mensen met een handicap gaan deze overgangen ook vaak gepaard met veranderingen in het ondersteuningsaanbod. In dit onderzoek richten we ons op de adolescentieperiode. Belangrijke ontwikkelingstaken in deze fase zijn o.a. het streven naar grotere onafhankelijkheid, het ontwikkelen van een eigen identiteit, het verruimen van de sociale relaties met leeftijdgenoten, het op een verantwoorde wijze seksueel gedrag stellen, het ontwikkelen van een persoonlijke morele gedragscode en het leren opnemen van een grotere verantwoordelijkheid zowel in arbeid als in sociale situaties (Betz, 2007; Shaffer & Kipp, 2010). Bij adolescenten met een handicap kunnen daar nog extra uitdagingen bovenop komen, omwille van de mogelijk groeiende discrepantie tussen de lichamelijke en de sociaal-emotionele ontwikkeling, het mogelijke einde van de schoolperiode en de zoektocht naar nieuwe vormen van ondersteu-

ning bij het wonen en de dagbesteding of het werk (Sitlington, Clark & Kolstoe, 2000).

Geenen, Powers en Sels (2003) geven aan dat adolescenten met een handicap vaak een achterstand oplopen ten opzichte van hun leeftijdgenoten op vlak van onderwijs, tewerkstelling en zelfstandig wonen. Ook lopen ze risico op het ontwikkelen van geestelijke gezondheidsproblemen, die vaak starten in de adolescentieperiode (Buckelew, Yu, English & Brindis, 2008). Ondersteuning tijdens de adolescentieperiode kan in belangrijke mate de nefaste achterstand voor deze jongeren beperken, op voorwaarde dat ze vroeg genoeg start, voldoende inspeelt op de specifieke noden van de adolescenten en een multidimensionale aanpak omvat (Betz, 2007; Wang, McGrath & Watts, 2010). Men wijst ook op het belang van een zo optimaal mogelijke overgang tussen het ondersteuningsaanbod voor kinderen met een handicap en het ondersteuningsaanbod voor volwassenen met een handicap (Wang, McGrath & Watts, 2010). Uit eerder onderzoek kunnen we afleiden dat de belangrijkste ondersteuningsnoden van adolescenten met een han-

dicap en hun ouders zich situeren op het vlak van gezondheidszorg, onderwijs, gespecialiseerde diagnostiek en behandeling, en mobiliteit (Migerode, Maes & Buysse, 2011b).

Bij het kiezen van ondersteuningsvormen zijn zowel het perspectief van de jongere zelf als dat van zijn ouders relevant. Vanuit een emancipatorische en vraaggestuurde visie is het essentieel om de noden en voorkeuren van de adolescenten zelf te kennen, zodat de ondersteuning daar optimaal op kan inspelen. Maar ook de ouders van adolescenten met een handicap spelen een belangrijke rol bij de planning van de ondersteuning, als gebruikers en als belangenbehartigers voor hun zoon of dochter. Personen met een handicap en hun ouders worden niet langer gezien als passieve en afhankelijke gebruikers van zorg. Ze zijn capabel en hebben het recht om hun eigen leven te leiden en om keuzes te maken met betrekking tot de ondersteuning die ze nodig hebben (Maes, Bruyninckx & Goffart, 2003).

In de literatuur wordt benadrukt dat de adolescenten en ouders over voldoende kennis moeten beschikken over het ondersteuningsaanbod (Bent et al., 2002; Wang et al., 2010). Zij kunnen maar gerichte keuzes maken voor die ondersteuningsvormen die hen helpen om een eigen leven te leiden aansluitend bij hun verwachtingen en wensen, indien ze over voldoende kennis en informatie beschikken over die ondersteuningsvormen (Maes et al., 2003). In algemeen onderzoek over de toegankelijkheid van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen wordt vaak gewezen op de informatiedrempel (Poppe et al., 2011; Steensens & Vermeire, 1999). Vele mensen zijn niet, onvoldoende of verkeerdelijk geïnformeerd over het bestaande hulp- en dienstverleningsaanbod. In het onderzoek van Maes et al. (2001) bij personen met een handicap en hun ouders of familieleden kwam eveneens het gebrek aan transparante informatie over bestaande vormen van ondersteuning naar voren als één van de belangrijkste pijnpunten om vraaggestuurde ondersteuning te kunnen realiseren. Twee studies illustreren deze informatiedrempel specifiek voor adolescenten met een handicap en hun ouders. In het onderzoek van Darrah, Magil-Evans en Adkins (2002) wordt aangegeven dat informatie over de ondersteuningsdiensten niet altijd even gemakkelijk te verkrijgen is. Hoewel er lijsten over mogelijke soorten van ondersteuning beschikbaar zijn, is niet elke familie op de hoogte van het bestaan ervan. Buckelew et al. (2008) bevestigen dat ondanks de mogelijke voordelen van preventieve mentale gezondheidsdiensten voor adolescenten, er toch weinig geweten is over de beschikbaarheid van deze diensten.

We willen met dit onderzoek vooreerst nagaan hoe het gesteld is met de kennis van formele ondersteuningsvormen bij adolescenten met een handicap en hun ouders in Vlaanderen. Tevens vroegen we ons af of de kennis van het aanbod beïnvloed wordt door bepaalde persoons- of gezinsfactoren. Een veel gebruikt kader over de determinanten van de toegang tot en het gebruik van zorg, is dat van Andersen (Andersen, 1995; Andersen & Newman, 1973). In de meest recente versie van het model worden zowel individuele als contextfactoren onderscheiden, die elk nog eens onderverdeeld worden in drie subgroepen (Declercq et al., 2009). In dit onderzoek richten we ons enkel op de individuele factoren: (1) pre-

disponerende kenmerken van het individu (o.a. demografische kenmerken, sociaal-culturele kenmerken, houdingen en overtuigingen ten aanzien van zorg en zorggebruik); (2) middelen om gebruik te maken van zorg (o.a. kennis van het hulpaanbod, beschikbaarheid en kostprijs van de zorg, kwaliteit van sociale steunrelaties) en (3) de ervaren ondersteuningsbehoeften (o.a. gezondheidsnoden, ondersteuningsnoden op vlak van redzaamheid). In deze studie gaan we na in welke mate de kennis van het aanbod samenhangt met predisponerende kenmerken van de hulpvrager. Uit de literatuur komen de sociale positie van de hulpvrager en de aard en de ernst van de problematiek als belangrijke determinanten naar voren (Piessens, Hermans & Vettenburg, 2008). Deze variabelen worden ook in dit onderzoek meegenomen. Omwille van de overgangsfase waarin de adolescenten zich bevinden voegen we daar leeftijd als variabele aan toe.

Onderzoeksvragen

Met deze studie willen we de volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

1. Hoe goed is het aanbod van formele ondersteuning gekend door adolescenten met een handicap en hun ouders?
2. Verschilt de kennis van het ondersteuningsaanbod naargelang het soort van ondersteuning?
3. Verschilt de kennis van het ondersteuningsaanbod naargelang de beleidssector van waaruit het aanbod voorzien wordt?
4. Wordt de kennis van het aanbod van formele ondersteuning bepaald door kenmerken van de hulpvrager, meer bepaald door de leeftijd van de adolescent, de aard en ernst van de handicap, de sociaaleconomische positie van het gezin en de gezinssituatie (één- of twee-ouder gezin)?

Methode

De gegevens die gebruikt worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn afkomstig uit een enquête van het programma VRAAG van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Voor een uitgebreidere bespreking van het onderzoeksopzet, de onderzoeksgroep en de gebruikte instrumenten in VRAAG, verwijzen we naar het theoretisch rapport (Migerode, Maes & Buysse, 2011a).

Onderzoeksgroep

Alle adolescenten met een handicap tussen 16 en 23 jaar geregistreerd bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) werden aangeschreven om deel te nemen aan het VRAAG onderzoek als ze in 1 van de 8 geselecteerde regio's woonden. De 8 regio's die voor deze studie geselecteerd werden zijn: Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tielt-Winge, Geel en Antwerpen. Deze regio's werden gekozen om een zo groot mogelijke diversiteit te weerspiegelen naar: 1. socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking in deze regio; 2. de graad van stedelijkheid en 3. de provinciale spreiding (Hermans et al., 2008). In totaal vulden 283 respondenten uit 200 gezinnen met een jon-

gere met een handicap de vragenlijst in. Dit onderzoek kende een vrij lage responsgraad (9,5%). Nadere analyse van de hoge non-respons, leverde twee belangrijke verklaringsfactoren op: niet bereikbaar zijn van de doelgroep omwille van onjuiste adresgegevens en het zich niet aangesproken voelen als ‘persoon met een handicap’. Er is in de onderzoeksgroep een sterke onderverte- genwoordiging van adolescenten met een enkelvoudige licht verstandelijke handicap en/of een gedrags- en emotionele stoornis. Daar dient rekening mee gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten. Voor een uitgebreidere analyse van de responsgraad verwijzen we naar het theoretisch onderzoeksrapport van de VRAAG-studie (Migerode et al., 2011a).

Er werd telkens gevraagd dat zowel de adolescent (eventueel bijgestaan door een proxy) als een gezinslid de vragenlijst invulden. Dat gebeurde echter niet in alle gezinnen. In deze studie nemen we alle ingevulde vragenlijsten door elk van beide types van respondenten mee in de analyses:

Tabel 1: Overzicht van het aantal, de leeftijd en het geslacht van de respondenten

	Ouders	Adolescenten
Aantal respondenten	103	52
Leeftijd	41-68jaar $\bar{x} = 49,2$ SD = 5,6	16-24jaar $\bar{x} = 19,2$ SD = 1,9
Geslacht	V: 67,0 % M: 33,0 %	V: 32,7 % M: 67,0 %

De ouders en de adolescenten rapporteerden telkens over hun eigen kennis van het ondersteuningsaanbod. In 35 gezinnen vulden zowel de ouder als de adolescent een vragenlijst in. Wat de aard van de handicaps betreft, zijn er in de totale groep enkelvoudige verstandelijke beperkingen (6,9%), meervoudige verstandelijke beperkingen (25,0%), enkelvoudige fysieke beperkingen (45,1%) en meervoudige fysieke beperkingen (12,7%) aanwezig. Er is dus een overwicht van adolescenten met fysieke beperkingen. Aangezien we ook de adolescenten zelf bevraagd hebben, is dit niet zo verwonderlijk, gezien adolescenten met fysieke beperkingen beter in staat zijn deel te nemen aan een dergelijk vragenlijstonderzoek.

Instrumenten

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een elektronische vragenlijst. Deze kon ingevuld worden via internet of via een PC in een centraal punt in elke regio. Voor respondenten die niet over internet beschikten of die zich moeilijk naar het centraal punt konden begeven, bleef de optie open om via een huisbezoek een vragenlijst af te nemen.

Kennis van het aanbod van formele ondersteuning

Op basis van een uitgebreide analyse van de beschikbare informatiebronnen over de verschillende vormen van formele ondersteuning (bv. Handigids, VAPH-website) werd een lijst van 592 ondersteuningsvormen opgesteld. De respondenten beantwoordden voor elke ondersteu-

ningsvorm of ze deze kennen, er recht op hebben en ze gebruiken. Deze lange lijst van ondersteuningsvormen werd voor de analyses gehercodeerd in een beperkter aantal categorieën. Deze nieuwe indeling werd enerzijds gebaseerd op de oorspronkelijke indeling die we hanteerden (op basis van de structuur van Handigids) en anderzijds op de consensus na overleg tussen de onderzoekers en enkele externe experts van het kabinet WVG en VAPH.

1. Vormen van ondersteuning

- Diensten
 - Wonen en opvang
 - Werken en dagbesteding
 - Onderwijs
 - Vrije tijd
 - Gedrag, ontwikkeling en functioneren
 - Cliëntverenigingen
- Maatregelen en goederen
 - Informatie
 - Hulpmiddelen en aanpassingen
 - Financiële voordelen of tegemoetkomingen
 - Mobiliteit
 - Voordelen

2. Beleidsdomeinen

- Onderwijs
- Welzijns- en gezondheidszorg: regulier
- Welzijns- en gezondheidszorg: handicapspecifiek (VAPH)
- Arbeid
- Huisvesting
- Mobiliteit
- Andere (cultuur, gelijke kansen, jeugd,...)

Factoren

Voor de opgenomen kenmerken van de hulpvrager konden de respondenten vooraf opgegeven antwoordcategorieën aanduiden. Deze variabelen werden als volgt gehercodeerd: *leeftijd adolescent* ($\leq 18/18+$), *sociaal economische status* (moeder geen diploma, LO, BLO / diploma lager middelbaar, BUSO / diploma hoger middelbaar / diploma hoger onderwijs), de aard en de ernst van de *handicap van de adolescent* (enkelvoudig verstandelijke / enkelvoudig fysieke / meervoudig verstandelijke / meervoudig fysieke beperkingen) en de *gezinsituatie* (één-ouder gezin / twee-ouder gezin). Tabel 2 geeft een overzicht van de verdeling van de onderzoeksgroep over deze variabelen.

Resultaten

Kennis van het aanbod van formele ondersteuning

Vooreerst gingen we na hoeveel procent van de adolescenten en de ouders aangeven een bepaalde ondersteuningsvorm te kennen (zie tabel 3). Bij de interpretatie van deze percentages, werken we met kwartielen. Initiatieven die tussen 0 en 25% gekend zijn, worden als *niet gekend* beschouwd, tussen 25% en 50% als *in beperkte*

Tabel 2: Overzicht van de verdeling van de respondenten over de categorieën van de opgenomen kenmerken

Ouders	Adolescenten
<i>Leeftijd adolescent</i>	<i>Leeftijd adolescent</i>
≤18 jaar: 35,4%	≤18 jaar: 46,9%
+ 18 jaar: 64,4%	+ 18 jaar: 43,1%
<i>Aard en ernst van handicap</i>	<i>Aard en ernst van handicap</i>
Enkelvoudig fysiek: 46,6%	Enkelvoudig fysiek: 57,7%
Meervoudig fysiek: 12,6%	Meervoudig fysiek: 13,5%
Enkelvoudig verstandelijk: 7,8%	Enkelvoudig verstandelijk: 3,8%
Meervoudig verstandelijk: 32%	Meervoudig verstandelijk: 9,6%
Niet ingevuld: 1%	Niet ingevuld: 15,4%
<i>Sociaal economische positie</i>	<i>Sociaal economische positie</i>
Moeder geen diploma, LO, BLO: 8,7%	Moeder geen diploma, LO, BLO: 13,5%
Diploma lager middelbaar, BUSO: 12,6%	Diploma lager middelbaar, BUSO: 11,5%
Diploma hoger middelbaar: 30,1%	Diploma hoger middelbaar: 21,2%
Diploma Hoger onderwijs: 39,8%	Diploma Hoger onderwijs: 26,9%
Niet ingevuld: 8,7%	Niet ingevuld: 26,9%
<i>Gezinssituatie</i>	<i>Gezinssituatie</i>
Eén-oudergezin: 80,6%	Eén-ouder gezin: 63,5%
Twee-oudergezin: 19,4%	Twee-ouder gezin: 9,6%
	Niet ingevuld: 26,9%

mate gekend, tussen 50% en 75% als *matig goed gekend* en boven 75% ten slotte als *goed gekend*.

Op het domein van wonen en opvang kennen de adolescenten vooral het internaat, het zelfstandig en begeleid wonen en het pleeggezin. Opvallend is dat bij de woonvormen voor volwassenen vooral de ambulante woonvormen goed gekend zijn door de adolescenten (begeleid, zelfstandig en beschermd wonen), terwijl dat in veel mindere mate het geval is voor de residentiële woonvormen (zoals tehuis voor werkenden, bezigheidstehuis en nursingtehuis). Niet of slechts beperkt gekend door de adolescenten zijn de diensten WOP (Wonen Onder begeleiding van een Particulier), de begeleide uitgroei en het kortverblijf. Bij de ouders zijn de diensten voor wonen en opvang in het algemeen relatief goed gekend. Dat is vooral het geval voor de woon- en opvangvormen voor minderjarigen en voor de ambulante woonvormen voor volwassenen. De residentiële tehuizen voor volwassenen en het kortverblijf daarentegen zijn matig goed gekend. Opvallend is ook hier de beperkte kennis van het WOP, de begeleide uitgroei en het logeren.

Op het domein van *werken en dagbesteding* kennen de adolescenten en ouders het best de dagcentra en de tewerkstelling in een beschutte werkplaats. Het begeleid werk, de diensten voor arbeidstrajectbegeleiding en de Consultatiebureaus (CGVB) zijn slechts beperkt gekend. Geen enkele dienst onder werken en dagbesteding blijkt door de adolescenten of de ouders niet gekend te zijn (onder de grens van 25%).

Het buitengewoon *onderwijs* is goed gekend door de adolescenten en hun ouders. De meesten van hen hebben hier tijdens de schoolse periode wellicht mee te maken gehad. Andere vormen van onderwijs, zoals geïntegreerd onderwijs, inclusief onderwijs of thuisonderwijs daarentegen, zijn slechts beperkt tot matig goed gekend.

Binnen *vrije tijd* zijn alle diensten zowel bij de adolescenten als bij de ouders beperkt tot matig goed gekend; geen enkele is goed gekend. Voor sommige ondersteuningsvormen is dit begrijpelijk, omdat ze gericht zijn op

een heel specifieke doelgroep en niet iedereen aanbelangen (bv. braillebibliotheek). De beperkte kennis van speel-o-theken, organisaties voor vrijetijdzorg en vormingsorganisaties die zich op een veel bredere doelgroep richten, is echter wel opvallend. Ook jeugdbewegingen en sportorganisaties voor personen met een handicap zijn slechts matig goed gekend.

De percentages voor het kennen van het ondersteuningsaanbod op het domein van *gedrag, ontwikkeling en functioneren* liggen erg hoog. Zowel bij de adolescenten als bij de ouders zijn vooral de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), de medische hulpverleners (huisarts, specialist, psychiater), de paramedici (kinesist, revalidatiecentra), de gedragskundigen (psycholoog), de thuisbegeleiders en het OCMW goed gekend. De Centra Algemeen Welzijnswerk en de Centra Geestelijke Gezondheidszorg zijn in verhouding tot de anderen beduidend minder goed gekend.

Cliëntverenigingen zijn slechts beperkt gekend door de adolescenten. De budgethoudersverenigingen zijn het minst gekend. Bij de ouders valt een gelijkaardige trend op, al is de kennis van de cliëntverenigingen gemiddeld iets hoger dan bij de adolescenten.

De *bronnen* waarin mensen met een handicap en direct betrokkenen *informatie* kunnen vinden over maatregelen en goederen zijn globaal gezien niet goed gekend. Enkel de ouders tonen iets meer kennis over het KOC (Kennis- en Ondersteuningscentrum Hulpmiddelen) en de Handigids, al blijft dit nog zeer beperkt. Alle door ons opgenomen informatiebronnen zijn slechts door minder dan 25% van de adolescenten en ouders gekend.

De *hulpmiddelen* en *aanpassingen* zijn bij de adolescenten matig tot goed gekend. Sommige hulpmiddelen (bv. alarmfax voor doven) zijn niet goed gekend, wat wellicht te verklaren is doordat het om zeer specifieke hulpmiddelen gaat die slechts relevant zijn voor een beperkte groep van mensen. De best gekende hulpmiddelen bij de adolescenten zijn de rolstoelen, de aangepaste fietsen en scooters en de loophulpmiddelen. Bij de ouders valt opnieuw iets meer kennis op in vergelijking

Tabel 3: Percentage adolescenten (A) en ouders (O) die een bepaalde ondersteuningsvorm kennen

Ondersteuningsvorm	A	O	Ondersteuningsvorm	A	O
Wonen en opvang			Hulpmiddelen		
Zelfstandig wonen	86,4	92,5	Woningaanpassingen	71,4	77,3
Begeleid wonen	83,0	94,1	Hulpmiddelen voor mobiliteit	71,4	82,6
Beschermd wonen	66,1	86,5	Communicatiehulpmiddelen	69,6	80,8
Semi-internaat	67,8	88,2	Hulpmiddelen ADL ¹⁾	73,2	77,3
OBC ²⁾	52,5	73,1	Hulpmiddelen voor werk en ontspanning	66,0	66,9
Pleeggezin	84,7	84,8	Diensten voor personen o.a. lessen met witte stok,...	60,7	61,7
Internaat	91,6	94,1	Manuele rolstoelen	80,3	87,8
Begeleide uitgroei	25,4	35,2	Elektronische rolstoelen	78,5	86,9
WOP ³⁾	22,0	33,6	Scooters	75,0	78,2
Tehuis voor werkenden	30,5	61,3	Driewiel fietsen	75,0	80,8
Bezigheidstehuis	32,2	64,7	Loophulpmiddelen	75,0	83,4
Nursingtehuis	22,0	57,1	Starolstoelen	37,5	48,7
Tehuis voor kortverblijf	32,2	68,0	Thuiszorgwinkels mutualiteit	60,7	89,5
Logeren	55,9	47,0	Thuiszorgwinkels Wit-Gele Kruis	53,5	65,2
Werken en dagbesteding			Thuiszorgwinkels Rode Kruis	46,4	60,0
Dagcentrum	79,6	93,2	Thuiszorgwinkels Vlaamse Kruis	41,0	49,5
CGVB ⁴⁾	33,9	36,7	Thuiszorgwinkels van OCMW's ⁵⁾	50,0	47,8
Leerovereenkomst of middenstandsopleiding	33,9	45,2	Thuiszorgwinkels privé	35,7	54,7
Arbeidstrajectbegeleiding	35,8	50,9	Financiering speciale onderwijsleermiddelen	40,0	44,6
Beschutte werkplaats	71,7	80,1	Doventolken	67,2	74,1
Begeleid werken	47,1	61,3	Pedagogische hulp bij hogere studies	47,2	43,7
Onderwijs			Aanpassing arbeidspost	33,9	43,3
Geïntegreerd onderwijs	72,7	69,6	Kosten doventolk in arbeidssituaties	32,0	28,3
Inclusief onderwijs	40,0	52,6	Alarmfax voor doven	21,1	18,1
Onderwijs aan huis	74,5	65,1	Financiële voordelen		
Buitengewoon Onderwijs	90,9	94,6	Verhoogde ziekte- en invaliditeitsverzekering	72,2	90,0
Semi-internaat GO ⁶⁾	67,8	79,4	Minder remgeld	55,5	79,0
Internaat GO ⁷⁾	91,6	87,5	Hogere tussenkomst in verpleegdagprijs in ziekenhuis	46,3	58,1
Vrije tijd			Verhoogde terugbetaling geneesmiddelen	68,5	80,9
Jeugdbewegingen voor personen met een handicap	61,5	66,6	Forfaitaire terugbetaling prestaties in andere zorg- instellingen (dan ziekenhuizen)	37,0	50,9
Luister-of braillebibliotheek en braillekrant	40,3	49,5	Een lager plafondbedrag van de maximumfactuur	33,3	61,8
Speel-o-theken	34,6	71,4	Gratis aansluiting bij een ziekenfonds/mutualiteit	48,1	37,2
Aangepaste sporten	61,5	63,8	Verminderde jaarlijkse bijdrage voor Vlaamse zorgverzekering	27,7	45,4
Organisaties voor vrijetijdzorg	38,4	48,5	Tenlasteneming mantel- en thuiszorg	37,0	56,3
Vormingsorganisaties	26,9	31,4	Tenlasteneming voor residentiële zorg	18,5	29,0
Gedrag, ontwikkeling, functioneren			Uitbreiding remgeldvermindering tot huisbezoeken	29,6	56,3
Huisarts	98,5	96,6	Bijzonder solidariteitsfonds	29,6	31,8
Specialist (medisch)	89,7	96,6	Prestaties verstrekt in instellingen met RIZIV ⁸⁾ - revalidatie overeenkomst	27,7	56,3
Psycholoog	86,7	95,0	Prestaties voor logopedie	50,0	65,4
Psychiater	88,2	95,8	Prestaties voor orthopedie	42,5	57,2
Kinesist	88,2	93,3	Prestaties voor cardiale revalidatie	33,3	42,7
CAW ⁹⁾	44,1	63,3	Tussenkomst VDAB ¹⁰⁾ in kosten	49,0	30,1
OCMW ¹¹⁾	86,7	91,6	Behoud van het recht op tegemoetkomingen	43,4	45,2
Thuisbegeleiding	91,5	93,3	Loonsubsidie	41,5	40,5
CLB ¹²⁾	94,1	94,1	Vlaamse inschakelingspremie	30,1	25,4
CGG ¹³⁾	53,7	79,0	Kosten van arbeidsgereedschap en -kledij	43,4	37,7
COS ¹⁴⁾	48,1	70,0	Huursubsidie	33,9	28,5
CME ¹⁵⁾	46,3	62,7	Installatiepremie	30,1	20,9
Revalidatiecentra	81,4	88,1	Aanpassingspremie	32,0	40,0
Cliëntverenigingen			Verhoogde inkomensgrens voor de verbeteringspremie	28,3	23,8
Zelfhulpgroepen en cliëntverenigingen voor handicap in het algemeen	34,6	47,6	VHM: Verhoogde inkomensgrens en voordeligere rentevoet	28,3	35,2
Zelfhulpgroepen en cliëntverenigingen voor specifieke handicap	36,5	50,4	Vlaams woningfonds: Verhoogde inkomensgrens en voordeligere rentevoet	20,7	33,3
Budgethoudersvereniging	23,0	28,5			
Informatie					
KOC ¹⁶⁾	17,8	27,8			
Vlibank	8,9	4,7			
HINT ¹⁷⁾	13,4	20,0			
Handigids	23,0	26,6			
Handinfo	19,2	12,3			
Handifoon	15,3	10,4			
Adviescentra omtrent toegankelijk wonen	17,3	18,1			

Tabel 3: Percentage adolescenten (A) en ouders (O) die een bepaalde ondersteuningsvorm kennen (vervolg)

Ondersteuningsvorm	A	O
Inkomstvervangende tegemoetkoming	48,0	60,9
Integratie tegemoetkoming	30,7	52,3
Versoepling voorwaarden werkloosheidsuitkering	21,1	20,9
Tegemoetkoming voor hulp van derden	30,7	42,8
Tegemoetkoming voor chronische ziekten	32,6	43,8
Forfaitaire tegemoetkoming incontinentiemateriaal	30,7	50,4
Bijkomende kinderbijslag	67,3	82,8
Verhoogde kinderbijslag	76,9	85,7
Tegemoetkomingen zijn niet belastbaar	30,7	53,3
Vermindering op de inkomstenbelasting van natuurlijke personen	30,7	62,8
Vermindering van onroerende voorheffing	28,8	65,7
Vermindering van registratie rechten	21,1	38,1
Vermindering successierechten	23,0	34,2
Vrijstelling op invoerrechten	17,3	20,0
Vrijstelling op de saneringsbijdrage/heffing voor afvalwater	19,2	28,5
Sociaal tarief voor telefoon en GSM	51,9	68,5
Sociaal tarief voor gas en elektriciteit	48,0	66,6
Vermindering abonnementsgeld kabel-distributie	40,3	59,0
Portvrijdom voor blinden	19,2	14,2
Cardstop voor doven	21,1	12,3
Persoonlijk assistentiebudget	40,3	67,6
Mobiliteit		
Vervoer naar BO- school ⁾	81,8	89,2
Kosten van aangepast vervoer van en naar een RC ⁾	33,3	42,7
Verplaatsingskosten	58,4	51,8
Gratis reizen met de lijn	96,1	97,1
Nationale verminderingskaart voor het openbaar vervoer	63,4	64,7
Voorrangkaart voor een zitplaats in de trein	26,9	20,9
Kaart kosteloze begeleider	28,8	39,0
Kaart voor begeleider van De Lijn	38,4	39,0
DAV ⁾	28,8	27,6
Mindermobielen centrale	32,6	48,5
Parkeerkaart	86,5	90,4
BTW-vermindering bij aankoop en gebruik van een auto	34,6	51,4
Vrijstelling verkeersbelasting	28,8	46,6
Voordelen		
Arbeidshervatting	39,6	41,5
Voorbehoud aangepaste sociale woningen	52,8	40,5
Verlengde minderjarigheid	47,0	76,7
Onbekwaamverklaring	43,1	52,4
Verminderde burgerlijke aansprakelijkheid	33,3	36,8
Gerechtigde raadsman	31,3	35,9
Voorlopige bewindvoering	33,3	58,2
Plaatsing ten huize	23,5	32,0
Internering	29,4	63,1

met de adolescenten. Naast de hulpmiddelen die reeds bij de adolescenten genoemd werden, kennen ouders ook de woningaanpassingen, de hulpmiddelen bij mobiliteit, communicatie en ADL en de thuiszorgwinkels vrij goed.

Bij de *financiële voordelen* of *tegemoetkomingen* blijken de meeste zaken beperkt tot matig goed gekend te zijn. Bij de adolescenten is vooral de verhoogde kinderbijslag goed gekend. Bij de ouders zijn voornamelijk de verhoogde tegemoetkomingen in de ziekte- en invalidi-

teitsverzekering, de verhoogde en bijkomende kinderbijslag, de verhoogde terugbetaling van de geneesmiddelen en het verminderde REM-geld gekend.

Op het domein van *mobilititeit* zijn bij de adolescenten het gratis reizen met de Lijn, de speciale parkeerkaart en het leerlingenvervoer naar een school voor buitengewoon onderwijs goed gekend. De rest van de diensten blijkt slechts beperkt tot matig goed gekend te zijn. Bij de ouders valt een gelijkaardige trend te observeren.

Zowel bij de adolescenten als bij de ouders zijn de *voordelen* slechts beperkt tot matig goed gekend. Ouders zijn wel goed vertrouwd met de verlengde minderjarigheid.

De invloed van het soort ondersteuning op de kennis van het ondersteuningsaanbod

Er is een significant verband tussen het soort van ondersteuning en de mate waarin die ondersteuningsvormen gekend zijn door de adolescenten (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 125,54$, $DF = 10$, $p < 0,001$) en de ouders (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 219,00$, $DF = 10$, $p < 0,001$) (zie tabel 4).

Bij de adolescenten is er vrij goede kennis van de ondersteuningsvormen op het vlak van gedrag, ontwikkeling en functioneren en op het vlak van onderwijs. De kennis is zeer beperkt als het gaat om informatiebronnen. Domeinen waarop de verdeling van de respondenten meer gespreid is, maar met het relatief grootste percentage in de laagste categorieën (minder dan de helft van de ondersteuningsvormen gekend) zijn: de voordelen, de financiële tegemoetkomingen, de cliëntverenigingen en de vrije tijd. Ouders kennen begrijpelijkerwijze meer van het ondersteuningsaanbod dan de adolescenten. Hun kennis is het grootst op de domeinen van gedrag, ontwikkeling en functioneren, onderwijs, wonen en opvang en hulpmiddelen en aanpassingen. Ze is het laagst op het vlak van informatiebronnen. Bij ouders zien we dat de verdeling over de verschillende categorieën op vele domeinen meer gespreid is, bijvoorbeeld op het vlak van werken en dagbesteding, vrije tijd, cliëntverenigingen, financiële tegemoetkomingen, mobiliteit en voordelen.

De invloed van de beleidssector op de kennis van het ondersteuningsaanbod

Er is een significant verband tussen het beleidsdomein en de mate waarin die ondersteuningsvormen gekend zijn door de adolescenten (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 49,56$, $DF = 16$, $p < 0,001$) en de ouders (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 121,17$, $DF = 6$, $p < 0,001$) (zie tabel 5).

Bij de adolescenten is de kennis over de ondersteuning op verschillende beleidsdomeinen vrij beperkt: VAPH, arbeid en huisvesting. De reguliere welzijns- en gezondheidszorg en vooral het onderwijs zijn beter gekend. Bij de ouders zien we dat de verdeling van de respondenten over de verschillende categorieën voor verschillende beleidsdomeinen zeer gespreid is. Duidelijk is wel dat ouders vrij goed het ondersteuningsaanbod vanuit het onderwijs, de reguliere welzijns- en gezondheidszorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap kennen. Zij kennen veel minder goed het aanbod vanuit arbeid en huisvesting.

Tabel 4: Aantal adolescenten resp. ouders die een bepaald percentage van de genoemde ondersteuningsvormen van een bepaalde soort kennen

Adolescenten	0-25 %	26 – 50%	51 – 75%	76 – 100%
Wonen en opvang	7	20	15	10
Werk en dagbesteding	13	13	14	12
Onderwijs	6	9	12	25
Vrije tijd	21	13	4	14
Gedrag, ontwikkeling en functioneren	1	3	16	32
Cliëntverenigingen	29	5	10	8
Informatie	41	3	4	4
Hulpmiddelen en aanpassingen	9	13	22	8
Financiële tegemoetkomingen	24	13	10	5
Mobiliteit	12	17	10	13
Voordelen	26	11	4	11
Ouders	0-25 %	26 – 50%	51 – 75%	76 – 100%
Wonen en opvang	4	15	29	55
Werk en dagbesteding	18	22	20	43
Onderwijs	9	19	13	62
Vrije tijd	26	18	22	37
Gedrag, ontwikkeling en functioneren	0	2	11	90
Cliëntverenigingen	40	17	24	22
Informatie	75	11	10	7
Hulpmiddelen en aanpassingen	9	18	45	31
Financiële tegemoetkomingen	19	41	28	15
Mobiliteit	13	34	30	26
Voordelen	28	28	18	29

Tabel 5: Aantal adolescenten resp. ouders die een bepaald percentage van de genoemde ondersteuningsvormen op een bepaald beleidsdomein kennen

Adolescenten	0-25 %	26 – 50%	51 – 75%	76 – 100%
Onderwijs	5	4	21	22
Reguliere welzijns- en gezondheidszorg	6	16	20	9
VAPH	8	29	10	5
Arbeid	19	14	7	12
Huisvesting	26	13	7	6
Mobiliteit	4	28	4	16
Andere	24	10	7	11
Ouders	0-25 %	26 – 50%	51 – 75%	76 – 100%
Onderwijs	4	13	30	56
Reguliere welzijns- en gezondheidszorg	6	11	47	39
VAPH	4	26	52	21
Arbeid	36	27	15	25
Huisvesting	54	19	14	16
Mobiliteit	8	47	12	36
Andere	28	27	25	23

De invloed van kenmerken van de hulpvrager op de kennis van het aanbod van formele ondersteuning

We gingen na of de leeftijd van de adolescent, de aard en de ernst van de handicap, de gezinssituatie (één- of twee-ouder gezin) en de sociaaleconomische status van het gezin een invloed hebben op de mate waarin het

aanbod van formele ondersteuning gekend is. Gezien de veelvuldige toetsingen maken we gebruik van de Bonferroni correctie (α/n in plaats van α : 0,005 bij soort van ondersteuning en 0,007 bij beleidsdomein).

Er blijkt weinig invloed te zijn van de kenmerken van de hulpvrager op het kennen van bepaalde ondersteuningsvormen. Enkel op het beleidsdomein van onderwijs is er

een grotere kennis van het ondersteuningsaanbod bij de adolescenten ouder dan 18 jaar ($X^2=15,51$; $p=0,002$). Ouders hebben een grotere kennis van het aanbod van hulpmiddelen en aanpassingen ($X^2=165,79$; $p<0,000$) en van het ondersteuningsaanbod op vlak van wonen en opvang ($X^2=137,84$; $p<0,000$) wanneer de adolescenten een enkelvoudige fysieke handicap hebben.

Discussie

Dit onderzoek levert concrete informatie op met betrekking tot de kennis die Vlaamse adolescenten met een handicap en hun ouders hebben van het aanbod van formele ondersteuning. Vooreerst kunnen we concluderen dat vele ondersteuningsvormen niet of slechts in beperkte mate gekend zijn door de adolescenten met een handicap en hun ouders. Dit informatietekort werd ook in eerder onderzoek aangetoond, zowel ten aanzien van de algemene welzijns- en gezondheidsvoorzieningen (Poppe et al., 2011; Steensens & Vermeire, 1999), als ten aanzien van specifieke ondersteuningsvormen voor personen met een handicap (Buckelew et al., 2008; Burton-Smith et al., 2009; Darrah et al., 2002). Deze informatiedrempel is een ernstige hinderpaal voor het realiseren van vraaggestuurde ondersteuning zoals het beleid voorstaat (Vandeuren, 2011). Kennis over het aanbod is immers een voorwaarde om gerichte keuzes te kunnen maken voor die ondersteuning die het best aansluit bij de ervaren noden en wensen. Bovenstaande conclusie wordt ook ondersteund door een eerdere vaststelling in het VRAAG-onderzoek, namelijk dat vele respondenten (68,3%) behoefte hebben aan meer informatie (Migerode et al., 2011b).

Het valt op dat de kennis van de formele ondersteuning afhankelijk is van het soort van ondersteuning én van het beleidsdomein. Het best gekend zijn de ondersteuningsvormen op het vlak van 'onderwijs', 'gedrag, ontwikkeling en functioneren', 'wonen en opvang' en 'hulpmiddelen en aanpassingen'. Dit zijn grotendeels ook de domeinen waarop ouders en adolescenten de grootste ondersteuningsnoden ervaren (Migerode et al., 2011b). Een duidelijke leemte is de kennis van adolescenten met een handicap en hun ouders over de bronnen van informatie waarop ze een beroep kunnen doen. Mogelijk kunnen we dit resultaat enigszins relativiseren, doordat ook in de andere categorieën diensten opgenomen zijn die voor adolescenten met een handicap en hun ouders een belangrijke bron van informatie kunnen zijn. We denken aan huisartsen, sociale diensten van eerstelijns organisaties, cliëntverenigingen etc. Op vele andere domeinen is de kennis beperkt tot matig goed te noemen. Bij de adolescenten valt nog de zeer beperkte kennis over het vrijetijdsaanbod en over cliëntverenigingen op.

We zien een trend dat de meer recente ondersteuningsvormen op vlak van wonen/opvang, werken en vrije tijd minder goed gekend zijn. Dit is problematisch te noemen, omdat het net de meer recente ondersteuningsvormen zijn die het mogelijk maken dat adolescenten met een handicap participeren aan het gewone leven, door naar een gewone school te gaan, door zelfstandig, begeleid of beschermd te wonen, door ondersteund en begeleid werk te verrichten, door deel te nemen aan het re-

guliere vrijetijdscircuit. Opvallend is tevens dat vele ondersteuningsvormen die bedoeld zijn om de draaglast van de ouders voor het zorgen voor een kind met een handicap te ondersteunen, slechts beperkt gekend zijn. We denken onder meer aan het kortverblijf, het logeren, de organisaties voor vrijetijdzorg.

Deze studie heeft een aantal beperkingen waarmee rekening moet gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten. Vooreerst is de onderzoeksgroep relatief klein en kunnen we, zoals eerder aangegeven, geen uitspraken doen over de kennis van (ouders van) adolescenten met een licht verstandelijke handicap en/of een gedrags- of emotionele stoornis omdat zij sterk ondervertegenwoordigd zijn in de onderzoeksgroep. In 35 situaties vulden zowel een ouder als een adolescent de vragenlijst in. De kennis van beide partners staat wellicht niet helemaal los van elkaar. We hebben bij de analyses echter geen rekening gehouden met die geclusterde informatie. We hebben in deze studie gebruik gemaakt van een elektronische vragenlijst. De voordelen daarvan zijn dat de kennis van het formele ondersteuningsaanbod op een gestandaardiseerde manier en bij een relatief grote steekproef kon bevestigd worden. Nadelen van deze methode zijn evenwel dat we minder controle hebben over het waarheidsgehalte van de antwoorden (bv. mensen kunnen tijdens de bevestiging iets opgezocht hebben). We hebben in de vragenlijst een lange lijst van ondersteuningsvormen opgenomen ($n=592$). Een dergelijke lijst kan aanleiding geven hebben tot afhakers en onjuiste antwoorden omwille van gebrek aan concentratie of vermoeidheid. We hebben aanwijzingen dat deze factoren slechts minimaal gespeeld hebben (bv. er zijn niet meer ontbrekende gegevens bij de ondersteuningsvormen die laatst genoemd werden). Het feit dat de respondenten het invullen van de vragenlijst over meerdere sessies konden spreiden, en dat de bevestiging stapsgewijs was opgebouwd (per onderdeel eerst de kennis, en slechts voor de gekende vormen ook het gebruik), heeft de negatieve invloed van de lengte van de vragenlijst zeker ingeperkt. Tot slot hebben we in deze studie slechts een beperkte selectie van kenmerken van de hulpvrager als mogelijke determinanten van de kennis van het hulpaanbod meegenomen. In toekomstig onderzoek dient dit uitgebreid te worden met andere kenmerken van de hulpvrager (zoals houdingen ten aanzien van zorggebruik, ervaren sociale steun), kenmerken van het hulpverleningssysteem en maatschappelijke factoren (Andersen & Newman, 1973).

Aanbevelingen

Ondanks de genoemde beperkingen kunnen we op basis van de resultaten van deze studie enkele beleidsaanbevelingen formuleren. Vooreerst is het van belang dat informatie over bestaande vormen van formele ondersteuning voor adolescenten met een handicap en hun ouders, op vrijwel alle gebieden en op vrijwel alle beleidsdomeinen, meer toegankelijk gemaakt wordt. Men kan daartoe de bestaande (provinciale) informatiepunten en de bestaande informatiebronnen (gidsen, websites) beter bekend maken. Adolescenten en ouders blijven immers net die bronnen van informatie niet goed te kennen. Een andere mogelijkheid bestaat in het verder uitbouwen van het één-loket-model, waarbij mensen op

één laagdrempelige plaats informatie kunnen vinden over formele ondersteuningsvormen op alle levensdomeinen.

Het is voor de betrokkenen niet evident om wegwijs te geraken in de veelheid van bestaande ondersteuningsvormen. Door de grote hoeveelheid aan diensten en maatregelen en door de versnippering is het bijzonder moeilijk om een overzichtelijk geheel te verkrijgen van het volledige aanbod. Op die manier is de kans reëel dat de doelgroep geen kennis heeft van heel wat nuttige diensten en dat de weg naar passende hulp en ondersteuning bemoeilijkt wordt. Daarom zou de aangeboden informatie ook goed gestructureerd aangeboden moeten worden, vertrekkend van concrete vragen die mensen hebben op bepaalde levensdomeinen. In de eerste plaats kan dat gebeuren door cliëntverenigingen en eerstelijns organisaties. Daarnaast kunnen ook vormen van trajectbegeleiding of zorgconsulentschap bijdragen aan de aanpak van het informatietekort (Maes et al., 2003; Wiese & Parmenter, 2008).

Een aandachtspunt daarbij is het voorzien van informatie die tevens toegankelijk is voor de jongeren zelf. Het is niet verwonderlijk dat ouders een grotere kennis hebben van ondersteuningsvormen dan adolescenten. Op sommige domeinen lijkt dat zelfs voor de hand te liggen omdat ze nog buiten de leefwereld van de jongere liggen (voordelen, financiële tegemoetkomingen). Voor domeinen zoals wonen, werken, vrije tijd, verenigingsleven is dit problematischer, omdat ze veel dichterbij de leefwereld van de jongeren zelf staan. De kennis van de ondersteuningsmogelijkheden heeft wellicht een directe invloed op de kansen van jongeren om eigen keuzes te kunnen maken over hoe zij hun leven verder willen uitbouwen.

Referenties

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.

Andersen, R., & Newman, J. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. In *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.

Bent, N., Tennant, A., Swift, T., Posnett, J., Scuffham, P., & Chamberlain, M.A. (2002). Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 360, 1280-1286.

Betz, C.L. (2007). Facilitating the transition of adolescents with developmental disabilities: nursing practices, issues and care. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 103-115.

Buckelew, S.M., Yu, J., English, A., & Brindis, C.D. (2008). Innovation in preventive mental health care services for adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 519-525.

Burton-Smith, R., McVilly, K. R., Yazbeck, M., Parmenter, T. R., & Tsutsui, T. (2009). Service and support needs of Australian carers supporting a family member with disability at home. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(3), 239-247.

Darrah, J., Magil-Evans, J., & Adkins, R. (2002). How well are we doing? Families of adolescents and young adults with cerebral palsy share their perceptions of ser-

vice delivery. *Disability and Rehabilitation*, 24, 542-549.

Geenen, S.J., Powers, L.E., & Sels, W. (2003). Understanding the role of health care providers during the transition of adolescents with disabilities and special health care needs. *Journal of Adolescent Health*, 32, 225-233.

Declercq, A., Demaerschalk, M., Vanden Boer, L., Bronselaer, J., De Witte, N., Verté, D., & Molenberghs, G. (2009). De in vloed van individuele en gemeentelijke kenmerken op het formele en informele zorggebruik van Vlaamse ouderen. In L. Vanderleyden, M. Callens & J. Noppe (Red.), *De sociale staat van Vlaanderen* (pp. 381-399). Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaellie, J., Maes, L., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2008). *De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's*. Werknota Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Maes, B., Van Hove, G., Van Puyenbroeck, J., Van Der Veken, K., Van Driessche, C., & Boone, M. (2001). *Een kader voor de organisatie van vraaggestuurde ondersteuning voor mensen met een handicap en hun omgeving*. (Onderzoek in opdracht van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap). Leuven/Gent: Vakgroepen Orthopedagogiek.

Maes, B., Bruyninckx, W., & Goffart, K. (2003). *Trajectbegeleiding voor personen met een handicap*. Leuven: Acco.

Migerode, F., Maes, B., & Buysse, A. (2011a). *VRAAG, theoretische achtergronden en onderzoeksopzet*. Rapport Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Migerode, F., Maes, B., & Buysse, A. (2011b). *De door adolescenten met een handicap en hun ouders gerapporteerde ondersteuningsnoden en de relatie met situationele factoren*. Feiten & Cijfers, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Piessens, A., Hermans, K., & Vettenburg, N. (2008). Toegankelijkheid realiseren: een permanente opdracht. In A. Desmet, H. Baert, M. Bouverne-De Bie & L. Verbeke (Eds.), *Handboek samenlevingsopbouw in Vlaanderen* (pp. 257-274). Brugge: die Keure.

Poppe, A., Verlinde, E., Willems, S., DeSmet, A., Hermans, K., Van Audenhove, C., & De Maeseneer, J. (2011). *Kennis over zorgvoorzieningen bij welzijnzorggebruikers in de eerste lijn*. Feiten & Cijfers, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: childhood and adolescence (8th Edition)*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.

Sitlington, P. L., Clark, G. M., & Kolstoe, O. P. (2000). *Transition education and services for adolescents with disabilities*. Boston/Toronto: Allyn & Bacon.

Steenssens K. & Vermeire K. (1999). Functioneel analfabetisme en basiseducatie. In J. Vranken, D. Geldof & G. Van Menxel, *Armoede en Sociale Uitsluiting*. Jaarboek1999 (pp. 133-144). Leuven; Acco.

Vandeurzen, J. (2010). *Perspectief 2020: nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap*. Brussel: Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Wang, G., McGrath, B., & Watts, C. (2010). Health care transitions among youth with disabilities or special health care needs: an ecological approach. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 505-550.

Wiese, M., & Parmenter, T. (2008). Contemporary approaches to case management: Supporting people with a developmental disability. In E. Moore (Ed.), *Case management for community practice: A textbook for students and practitioners* (Chapter 9). Oxford: Oxford University Press.

*) Afkortingen

OBC	Observatie- en behandelingscentrum
WOP	Wonen met ondersteuning van een particulier
CGVB	Centrum voor gespecialiseerde voorlichting bij beroepskeuze
GO	Gemeenschapsonderwijs
CAW	Centrum voor algemeen welzijnswerk
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
CLB	Centrum voor leerlingbegeleiding
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
COS	Centrum voor ontwikkelingsstoornissen
CME	Centrum menselijke erfelijkheid
KOC	Kenniscentrum hulpmiddelen
HINT	Handicap, informatie en tips
ADL	Activiteiten van het dagelijks leven
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
VDAB	Vlaamse Dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding
BO-school	school voor buitengewoon onderwijs
RC	revalidatiecentrum
DAV	Diensten voor aangepast vervoer

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove