

Wouter Lambrecht, Koen Browaeys en
Kristof Weytens¹

Delen van zorg(en): creatief omgaan met de complexiteit in de zorg voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) vormen een heel heterogene doelgroep. Bovendien hebben ze vaak zeer complexe en individuele zorgvragen. Dit leidt ertoe dat hulpverleners op zoek gaan naar vormen van begeleiding die (vooralnog) buiten specifieke kaders en regelgeving vallen. Het Netwerk Gedeelde Zorg NAH brengt hulpverleners samen die op die manier aan de slag gaan. In deze bijdrage wordt eerst nader ingegaan op het begrip niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Daarna wordt de meerwaarde van gedeelde zorg toegelicht, geïllustreerd aan de hand van twee casussen. Tot slot worden enkele bedenkingen, valkuilen en mogelijkheden aangehaald.

■ Inleiding

De doelgroep 'personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH)' is heel complex en diffuus, zowel op het

niveau van etiologie als wat betreft stoornis, beperkingen en participatiemogelijkheden (Lambrecht, 2011). Afhankelijk van de plaats en de ernst van het hersenletsel manifesteren zich heel verschillende ziektebeelden.

¹ Wouter Lambrecht is als klinisch neuropsycholoog verbonden aan de NAH-unit van Psychiatrisch Centrum Caritas in Melle en de Hersenletselpraktijk te Gent. Koen Browaeys is psycholoog bij vzw De Hoop, voorziening voor personen met een handicap in Zottegem. Kristof Weytens is ortho-agoog bij De Beweging in Gijzenzele. De drie auteurs maken deel uit van het Netwerk Gedeelde Zorg NAH in Oost-Vlaanderen en schreven deze tekst in opdracht van het Netwerk. Contactadres: wouter.lambrecht@pccaritas.be

Ook de settings waar personen met een hersenletsel ondersteund worden, zijn heel divers. Ze beperken zich niet tot voorzieningen erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Mensen met NAH komen ook terecht in de psychiatrie of in rust- en verzorgingstehuizen. Ze doen ook vaak een beroep op ambulante diensten. De complexe, individuele zorgvragen die bepaalde personen met een hersenletsel stellen, overstijgen soms de mogelijkheden van een bepaalde setting en vragen om verregaande samenwerking.

De heterogeniteit van de doelgroep en de complexiteit en individualiteit van de zorgvraag leiden ertoe dat er op zoek gegaan wordt naar alternatieve manieren van begeleiden. Het delen van zorg en hulpverlening buiten specifieke kaders en regelgeving is er één van. In dit artikel zullen we aantonen dat gedeelde zorg een belangrijke meerwaarde biedt en grotere slaagkansen garandeert. Eerst gaan we echter dieper in op enkele oorzaken en gevolgen van NAH.

■ Wat is NAH?

Oorzaken

NAH definiëren is niet evident, aangezien het een paraplueterm is voor vele verschillende ziektebeelden. Lannoo en collega's (2007) omschrijven een niet-aangeboren hersenletsel als een

beschadiging van het hersenweefsel die na de geboorte is ontstaan. Hierbij onderscheiden ze verschillende oorzaken. Ten eerste is er een acuut of plots ontstaan, zoals bijvoorbeeld bij een traumatisch hersenletsel (door een externe fysieke kracht: na een ongeval, val, enz.). Een tweede type mogelijke oorzaak wordt ook wel een niet-traumatisch NAH genoemd en komt voor na een hersenbloeding of -infarct (CVA), een langdurig zuurstoftekort (bij hartstilstand, bijna-verdrinking, verhangen, enz.), een infectie (meningitis of encefalitis), een tumor, intoxicatie (alcohol, drugs, enz.), epilepsie, enz. Het hersenletsel kan ten slotte ook ontstaan ten gevolge van een progressieve neurologische aandoening, zoals bijvoorbeeld Multiple Sclerose (MS), de ziekte van Huntington, Parkinson, dementie (bv. Alzheimer), Korsakov, enz.

Gevolgen

NAH kan leiden tot stoornissen op het vlak van het fysiek, sensorisch, cognitief en emotioneel functioneren, al dan niet in combinatie, waardoor beperkingen ontstaan wat betreft functionele zelfredzaamheid en psychosociaal functioneren (Lannoo e.a., 2007). Deze gevolgen zijn zeer heterogeen, afhankelijk van de aard, lokalisatie en omvang van het hersenletsel. De beperkingen kunnen zich op diverse domeinen situeren, zoals bijvoorbeeld op het vlak van bewustzijn, aandacht en concentratie, informatieverwerking, waarneming en perceptie, geheugen,

sociaal en emotioneel functioneren, spatieel gedrag (bv. lichaamsbeleving, visuospatieële en visuoconstructieve vaardigheden, oriëntatie), spraak en taal, motoriek, bewegingscontrole en praxis, executieve functies, persoonlijkheidsveranderingen, stemming, pijnervaring, enz. (Lambrecht, 2011).

De gevolgen op lange termijn kunnen andere vormen aannemen dan die op korte termijn. Bij kinderen en jongeren wordt dit verschil vaak nog duidelijker teruggevonden. De langetermijngevolgen manifesteren zich soms jaren na het optreden van het hersenletsel. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat kinderen nog volop in ontwikkeling zijn. Afhankelijk van de leeftijd ontstaan en ontwikkelen andere functies en worden er andere eisen gesteld vanuit de omgeving. Daarom is het zeker bij kinderen belangrijk om ook op langere termijn de verschillende stoornissen na te gaan en in kaart te brengen.

Deze gevolgen, die vaak in combinatie met elkaar voorkomen, zorgen voor een ander wezenlijk aspect dat inherent is aan NAH: de breuk in de levenslijn (o.a. Eilander, 2006; Lambrecht, 2011; Lambrecht & Hermans, 2015). Het oplopen van een hersenletsel zet op vele verschillende vlakken het leven van de persoon met NAH en diens context op z'n kop. De toekomstplannen en doelstellingen in het leven moeten na het opgelopen hersenletsel vaak hertekend worden, zowel voor

de persoon met NAH zelf als voor de nabije omgeving.

Afhankelijk van de ernst van de functiestoornissen kan dit een negatieve invloed hebben op de reïntegratie van de persoon met NAH in het maatschappelijk leven, zoals functioneren in het gezin, zelfstandig wonen, werkherhvatting, opnemen van vroegere relaties, enz. Bij kinderen met NAH verloopt de reïntegratie op school vaak moeizaam. Een verandering van type onderwijs en/of bijkomende ondersteuning op school kan nodig zijn (Lambrecht, 2011).

Gezien de veelheid van verschillende mogelijke gevolgen heeft een hersenletsel dan ook vaak een sterk invaliderende impact op het bestaan van de persoon en diens context. In vele gevallen doen mensen met NAH voor lange tijd een beroep op professionele hulpverleners. Maar ook in de behandeling kunnen aanzienlijke moeilijkheden optreden. Net daarom gaan hulpverleners op zoek naar alternatieve manieren van begeleiden. Zo ontstond ook het idee van gedeelde zorg.

Het delen van zorg in de hulpverlening aan mensen met NAH is gebaseerd op het Intercasa-netwerk voor personen met een verstandelijke beperking. Het Oost-Vlaams Intercasa-netwerk is een intersectorale samenwerking tussen diensten en voorzieningen uit de sectoren personen met een verstandelijke handicap en geestelijke gezondheids-

zorg. Personen met een verstandelijke handicap én bijkomende ernstige psychische stoornissen en/of gedragsproblemen worden via dit netwerk ondersteund vanuit meerdere voorzieningen (voor meer info, zie Blontrock, Jooren, Stroo & Van De Vijver, 2013).

Gedeelde zorg bij NAH

In het zorglandschap in Vlaanderen komen personen met NAH in aanraking met de verschillende lijnen in de gezondheidszorg en zijn diverse sectoren. Ze voelen zich vaak niet begrepen en worden veelal van het kastje naar de muur gestuurd. Een opname in een al dan niet doelgroepspecifieke setting lijkt soms meer een bevestiging van hun beperkingen. Ze ervaren dit sterk als een achteruitgang. Deze situatie aanvaarden is geen eenvoudige opdracht, noch voor de betrokkene, noch voor zijn/haar sociale netwerk.

Nood aan een opname kan zich omwille van een veranderde situatie heel dringend/dwingend aandienen. Een opname in een doelgroepspecifieke setting is echter niet altijd voorhanden. In Oost-Vlaanderen bijvoorbeeld liggen de doelgroepspecifieke settings vrij verspreid. Ook voor andere provincies geldt dat er 'zwarte vlekken' zijn qua voorzieningen of dat de voorzieningen soms ver uit elkaar liggen. Heel regelmatig vindt een opname dan plaats in een niet-doelgroepspecifieke setting, bijvoorbeeld een jonge dertiger die geplaatst wordt in een rust- en

verzorgingstehuis (cf. Lannoo e.a., 2007). Deze setting is helemaal niet aangepast aan de doelgroepspecifieke noden. Hierdoor worden professionelen in tal van woonvormen en ondersteuningscentra met een grote diversiteit aan functioneringsprofielen geconfronteerd. Niet zelden worden de draaglast van het behandelende team en de draagkracht van de persoon met NAH zwaar op de proef gesteld én overschreden. Bovendien blijft het voor personen met NAH zeer belangrijk om de leefwereld zo ruim mogelijk te maken en te houden.

Omwille van deze redenen is het delen van de zorg voor de persoon met NAH tussen verschillende hulpverleners en settings vaak aangewezen als alternatieve vorm van begeleiding. Een bepaalde zorgvraag wordt na overleg met collega's gedeeld en waar nodig opgenomen door een collega voorziening. De methodiek voor het delen van zorg bij personen met NAH komt grotendeels overeen met deze van het Intercasa-project.

Intercasa-netwerk verstandelijke beperking als voorbeeld

De methodiek van het Intercasa-netwerk werd ontwikkeld door een aantal voorzieningen voor personen met een verstandelijke beperking en een GES-problematiek (gedrags- en emotionele stoornissen). Enerzijds gaat het om voorzieningen van het VAPH, ander-

zijds om psychiatrische ziekenhuizen en andere organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg.

De methodiek is in essentie gericht op het verruimen van het ondersteuningsdraagvlak, daarbij strevend naar een meerwaarde voor alle betrokkenen. Het komt er dus concreet op neer dat men voor sommige personen de zorg gaat delen over verschillende voorzieningen en hulpverleners, waardoor het aanbieden van de zorg draaglijk en haalbaar blijft voor alle partijen (hulpverlening, cliënt én familie). Het zorgdraagvlak wordt verbreed. Diverse levensdomeinen (wonen, werken, vrije tijd, relaties, enz.) kunnen een invalshoek zijn (Blontrock e.a., 2013).

Elke voorziening die participeert aan het netwerk stuurt een hulpverlener naar het overlegmoment. Deelnemers kunnen casussen indienen die dan in groep besproken worden. Het overleg van experts richt zich op een selectie en indicatiestelling van potentiële kandidaten om de methodiek van de gedeelde zorg op toe te passen. De nieuwe aanmeldingen worden in groep besproken en krijgen ook al direct adviezen mee over mogelijke ondersteuningsvormen. Concreet kan dit vertaald worden in een samenwerkingsovereenkomst tussen verschillende voorzieningen, die dan de zorg voor deze cliënt delen.

De meerwaarde voor de cliënt zit in het feit dat zijn/haar sociaal netwerk

groter wordt. Er worden nieuwe contacten gelegd die er soms voor zorgen dat bepaald (storend) gedrag doorbroken wordt. De cliënt krijgt 'ademruimte' en kan even tot rust komen. Vaak worden tijdens dergelijke momenten ook alternatieve activiteiten aangeboden, waardoor de cliënt 'met een verhaal' naar de eigen voorziening kan terugkeren. Hierdoor ontstaat een extra mogelijkheid om een eventuele negatieve spiraal te doorbreken.

Ook voor de deelnemende voorzieningen zijn er voordelen. Ook zij (zowel de hulpverleners als de andere cliënten) krijgen wat ademruimte, wat op zijn beurt opnieuw voor perspectieven kan zorgen. Bovendien is het voor de hulpverleners een grote meerwaarde om in overleg te gaan met collega's uit andere voorzieningen. Het Intercasaneetwerk biedt ruimte om expertise uit te wisselen, om op een andere manier naar gedrag of bepaalde beperkingen te kijken en om dit vanuit een alternatieve zienswijze te benaderen. Dikwijls wordt op die manier de negatieve spiraal van 'storend gedrag' doorbroken.

Voor sommige cliënten bij wie de Intercasa-methodiek wordt toegepast, heeft de samenwerking een dermate grote meerwaarde dat ze vele jaren kan blijven lopen. Andere vragen die tijdens het overleg tussen de diverse hulpverleners aan bod komen, kunnen soms door een aantal (relatief) kleine aanpassingen aan het dagprogramma of de benaderingswijze opgelost wor-

den. Een aantal cliënten staat dus jarenlang op de lijst met op te volgen cases, sommigen hebben dit al na korte tijd niet meer nodig.

Netwerk Gedeelde Zorg NAH

Sinds 2012 maakt het Netwerk Gedeelde Zorg NAH gebruik van de Intercasa-methodiek, toegepast op de doelgroep NAH. Voor 34 casussen is er een oplossing op maat gevonden door overleg met de verschillende partners uit Oost-Vlaanderen.

We werken samen met actoren uit diverse voorzieningen: VAPH-diensten (tehuizen, dagcentra, dienst ondersteuningsplan (DOP), thuisbegeleiding, enz.), beschut wonen, woon- en zorgcentra, revalidatieziekenhuizen, psychiatrisch ziekenhuizen, enz. Deze vorm van samenwerking is vooralsnog niet gesubsidieerd.

Hieronder beschrijven we een tweetal casussen die de meerwaarde van de methodiek van gedeelde zorg bij NAH aantonen en een idee geven van de dynamiek van de werking.

Casus Jos

Jos is 57 jaar en loopt een hersenletsel op door een herseninfarct (embolie). Om te kunnen functioneren na zijn NAH heeft hij een duidelijke, vaste structuur nodig. Jarenlang woont hij bij zijn ouders. Voor zijn daginvulling is hij op dat moment aangewezen op

een dagcentrum voor personen met NAH in een naburige gemeente. Op een dag echter overlijdt de moeder van Jos. Hierdoor wordt de wereld voor hem een heel onzeker gegeven. Jos' moeder was degene die zijn structuur bewaakte. Ze volgde elke verandering nauwgezet op en stuurde bij waar nodig. Na het overlijden probeert zijn vader de structurende rol over te nemen, maar er ontstaan heel wat misverstanden. Ook in het dagcentrum probeert men tevergeefs de structuur te handhaven. De vertaalslag naar de thuissituatie loopt echter fout. De situatie escaleert. Er is zelfs sprake van oudergeweld. Jos moet het gezin verlaten en wordt onder gedwongen statuut in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Ook daar is het niet gemakkelijk voor Jos. Zijn gestructureerde daginvulling en contacten met de andere cliënten zijn namelijk verdwenen.

Aangezien de situatie voor Jos in het psychiatrisch ziekenhuis niet ideaal is, wordt de casus voorgelegd in het Netwerk Gedeelde Zorg. Daar wordt al snel duidelijk dat Jos op de één of andere manier terug zou moeten kunnen naar zijn vaste structuur in het dagcentrum. Terug naar huis gaan is echter nog niet aan de orde, om redenen van veiligheid, zowel voor zichzelf als voor de mensen rondom hem. Een geleidelijke overgang van psychiatrie naar het dagcentrum en dan terug naar huis, lijkt de beste weg om te bewandelen. Om deze overgang mogelijk te maken wordt er in het netwerk gekeken of Jos

vanuit het psychiatrisch ziekenhuis enkele dagen naar het dagcentrum kan gaan. Het is belangrijk om de structuur in het ziekenhuis te doorbreken en Jos opnieuw aansluiting te laten vinden met zijn oude, gekende structuur in het dagcentrum.

Er wordt een gedeelde samenwerking opgezet met het vroegere dagcentrum. Vanaf nu kan Jos twee dagen terecht in het dagcentrum. Zijn wereld krijgt weer meer invulling. Er wordt een samenwerkingsovereenkomst afgesloten tussen de twee voorzieningen. De zorg voor Jos wordt gedeeld en er wordt vervoer geregeld van en naar het psychiatrisch ziekenhuis. Beide voorzieningen houden nauw contact om het welzijn van Jos op te volgen en de geleidelijke overstap uit het ziekenhuis verder vorm te geven. Dankzij deze samenwerking ontstaat voor Jos een gevarieerdere daginvulling en ontmoet hij opnieuw vertrouwde gezichten van in het dagcentrum. Ook de hulpverleners van het dagcentrum ervaren het als een goede opstap naar een uitbreiding van het aantal dagen. Er wordt al vooruit gepland om een degelijke structuur op te stellen.

Casus Jeremy

Jeremy geraakt op 16-jarige leeftijd betrokken bij een verkeersongeval. Hij houdt er een letsel in de frontalkwab aan over, met o.a. zware geheugenproblemen en ernstig (ook seksueel) ontremd gedrag tot gevolg. Hij

heeft bovendien evenwichtsproblemen waardoor hij herhaaldelijk valt. Dit alles zorgt ervoor dat Jeremy heel moeilijk in groep kan functioneren.

Zijn geschiedenis spreekt boekdelen: verschillende opnames in diverse psychiatrische instellingen en in een residentiële leefvoorziening. Uiteindelijk gaat hij terug thuis wonen, gecombineerd met activiteiten in een dagcentrum.

In het dagcentrum is samenleven in een groep niet veilig, noch voor hem, noch voor de anderen. Men start uit noodzaak met 1/1-begeleiding. Door de zware impact op het personeelsbestand is dit slechts twee halve dagen per week mogelijk. De rest van de tijd zit Jeremy thuis tussen vier muren. Om hem extra ondersteuning in zijn thuissituatie te bieden, krijgt Jeremy hulp van een dienst thuisbegeleiding. Deze kan echter niet voldoende ondersteuning bieden om alle vragen en zorgen te beantwoorden. Zo is er geen constante permanentie (7 dagen op 7, 24 op 24 uur) voorzien. De thuisbegeleiding kan ook maar om de twee weken bij Jeremy langs gaan.

Kort samengevat, alle reguliere hulpverlening loopt spaak omwille van de seksuele ontremdheid en agressie tegenover het begeleidend personeel.

De casus wordt besproken op het Netwerk Gedeelde Zorg NAH. Daar komt de suggestie om beschermd wonen op

te starten. Dat heeft echter repercussies op Jeremy's verblijf in het dagcentrum, omdat beide zorgvormen niet combineerbaar zijn, noch in de (vroegere) VAPH-regelgeving, noch in het FAM (Flexibel Aanbod Meerderjarigen). Het dagcentrum en de dienst beschermd wonen gaan echter aan tafel zitten om dit via een alternatieve financiering toch mogelijk te maken. Hierdoor kan Jeremy nog altijd twee halve dagen per week naar het dagcentrum en komt er tweemaal per week iemand van beschermd wonen langs bij hem thuis.

Herhaaldelijk stelt hij echter de vraag om nog meer momenten naar het dagcentrum te komen. Omwille van zijn zware gedragsproblemen en het feit dat hij 1/1-begeleiding nodig heeft, kan het dagcentrum niet ingaan op deze vraag.

Bovendien is het huis waar Jeremy woont niet aangepast aan zijn evenwichtsproblemen. Jeremy heeft de zorgbehoefte van iemand in een tehuis niet-werkenden nursing. Maar doordat hij niet in groep kan samenleven, is dit geen eenvoudige piste. Zeker omdat de middelen om continu 1/1-begeleiding te voorzien ook in die tehuizen vaak ontoereikend zijn. Door de formule gedeelde zorg in de thuissituatie zou er meer zinvolle tijdsinvulling georganiseerd kunnen worden, zonder dat dit aanleiding geeft tot veel conflicten met anderen. Daarom blijven we deze casus opvolgen in het Netwerk Gedeelde Zorg NAH. Het delen van zorg in twee

dagcentra biedt in principe mogelijkheden. Al gauw wordt in het netwerk een tweede dagcentrum bereid gevonden om effectief de zorg te delen. Aangezien beide centra ruim van elkaar verwijderd liggen, stelt er zich echter een moeilijk op te lossen probleem van verplaatsing. Jeremy kan zich niet meer zelfstandig verplaatsen naar het verderop gelegen dagcentrum en de vervoersdienst van dat centrum kan hem niet thuis ophalen. Pogingen via reguliere diensten (openbaar vervoer, taxi's, enz.) mislukken omwille van zijn zware agressieprobleem en te hoge kosten.

Uiteindelijk wordt Jeremy's thuissituatie te gevaarlijk en moet hij noodgedwongen naar een tehuis. Ook deze overgang wordt in het Netwerk Gedeelde Zorg NAH besproken en opgevolgd door de verschillende actoren. Er wordt samengewerkt inzake aanvragen 'Prioritair te bemiddelen dossier', 'convenant' en 'PEC-beslissing tehuis niet-werkenden nursing' om de nodige ondersteuning te kunnen blijven bieden.

Deze casus toont aan dat er gedurende meerdere jaren opvolging mogelijk is in het netwerk. Hierdoor kunnen de verschillende actoren de overgang van de ene naar de andere voorziening vloeiend en in overleg organiseren.

De persoon met NAH heeft hier alleen maar baat bij.

■ Toekomstperspectieven

Persoonsvolgende convenanten

De maatschappij daagt ons in het huidige ondersteuningsveld uit om beschikbare ondersteuning zo in te zetten dat de normen van kwaliteit van leven voor zoveel mogelijk cliënten bereikt worden. Een uitdaging die we alleen maar kunnen opnemen door de verschillende lijnen in de gezondheidszorg optimaal aan te wenden en op elkaar af te stemmen. De persoonsvolgende convenanten vormen hierbij de overgang naar een meer persoonsvolgende financiering (Vandeurzen, 2010).

Op dit moment worden persoonsgebonden convenanten voornamelijk toegekend aan personen die in een schrijnende, onomkeerbare situatie terechtgekomen zijn. Veelal zijn dit personen met een heel diffuus functioneringsprofiel. Het betreft hier vaak mensen met een beperking en een bijkomende psychiatrische problematiek of personen met een beperking en een gedragsproblematiek. Het functioneren van deze personen stelt heel hoge eisen aan hun omgeving. Ze hebben vaak continu toezicht en begeleiding nodig. Veelal is 1/1-begeleiding noodzakelijk om hen nog enige vorm van kwaliteit van leven te geven.

Mogelijkheden

Personen met een persoonsvolgend convenant geven ons de mogelijkheid om een heel diverse, rijke ondersteuning te bieden. Doordat de middelen niet meer via subsidies naar de voorziening gaan, maar op naam van de persoon met een beperking zelf uitgeschreven worden, kan er een antwoord gezocht worden op maat van de vraag van de persoon zelf, in overleg met de verschillende voorzieningen. De persoonsvolgende convenanten vormen een uitdaging om naast de bestaande zorgvormen een kader uit te zetten in vormen van out-reaching, ambulante en mobiele begeleiding. Verschillende diensten worden aangesproken en in de mogelijkheid gebracht om handicapspecifieke ondersteuning op te nemen. Dit biedt slaagkansen, omdat het geheel gecoördineerd kan worden vanuit een inclusief gedachtegoed.

Het huidige Netwerk Gedeelde Zorg NAH kan hier sterk op voortbouwen, aangezien de verschillende sectoren van de gezondheidszorg rond de tafel zitten. Een creatief *out-of-the-box*-denken krijgt zodoende optimale kansen en mogelijkheden. Nadien moet het geheel wel vertaald worden in de voorgeschreven beschikbare financiële middelen.

Er blijven echter heel wat hooggespecialiseerde voorzieningen, hulpverleners en zorgverstrekkers nodig om personen met een grote zorgvraag te

begeleiden. Deze voorzieningen en hulpverleners hebben vanzelfsprekend blijvend nood aan voldoende middelen. Sommige (vele?) problematieken zijn namelijk zo complex en zwaar dat ze niet opgevangen kunnen worden door verschillende ambulante zorgdiensten in combinatie met het sociale netwerk.

■ Referenties

Blontrock, L., Jooren, M., Stroo, J., & Van De Vijver, M. (2013). Intercasa herstelt en ondersteunt kwaliteit van leven. *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1, 18-25.

Eilander, H., Belle-Kusse, P., & Vrancken, P. (2006). *Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Ze zeggen dat ik zo veranderd ben*. Den Haag: Lemma.

Lannoo, E., Larmuseau, D., Van Hoorde, W., Ackaert, K., Lona, M., Leys, M., e.a. (2007). *Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE reports 51A.

Lambrecht, W. (2011). *Classificerende diagnostische protocollen. Simulatie diagnose- en indicatiestelling 2011-2012. (p.193-207). Classificerend diagnostisch protocol: Niet-aangeboren hersenletsel*. Brussel: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

Lambrecht, W., & Hermans, N. (2015²). *Breinzicht: Toegepaste neuropsychologie bij niet-aangeboren hersenletsel*. Gent: Academia Press.

Vandeurzen, J. (2010). *Conceptnota Perspectief 2020, nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap*. Gedownload via www.vaph.be/vlafo/download/nl/6752255/bestand