

Hans Kröber

Wie de ogen sluit voor het verleden is blind voor de toekomst.

Over inclusie en de geschiedenis
van omgaan met kwetsbare mensen.



INCLUSIE.NU
onderzoek & advies

Hans Kröber

Wie de ogen sluit voor het verleden is blind voor de toekomst.

In dit artikel staan we stil bij inclusie. Het VN-verdrag voor de Rechten van Mensen met een Beperking (2006) stelt dat mensen met een beperking net als iedereen recht hebben op een goed leven en gewoon meedoen. Zover zijn we nog niet en het is de vraag hoe dit ideaal te bereiken? Eerst kijken we in deze bijdrage hoe de afgelopen honderd jaar met mensen met een beperking is omgegaan. Door in het verleden te duiken worden hedendaagse vragen en vanzelfsprekendheden in perspectief geplaatst. Wat is al eerder geprobeerd? Wat was daarvan het resultaat en wat is de betekenis voor nu?

We zoeken een antwoord op de volgende vragen.

Wat was in het verleden de positie van kwetsbare mensen in de samenleving?

Wat is inclusie?

Waarom is het belangrijk?

Hoe hangt de vlag er momenteel bij in Nederland en Vlaanderen?

In hoeverre werpt de geschiedenis haar schaduw nog vooruit?

Als je werkt aan inclusie, welke strategieën staan je dan ter beschikking?

En hoe kansrijk is het?

We sluiten af met thema's die samenhangen met de 'nieuwe eugenetica'.

Antwoorden en even zoveel nieuwe vragen komen daarbij op.

「 Door in het verleden te duiken worden hedendaagse vragen in perspectief geplaatst. 」



Inleiding

De opkomst van instituten: segregatie en marginalisering Inge Mans¹ deed onderzoek (1998) naar vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen. De rode draad is de eeuwige ambivalentie in de menselijke verhouding tot 'zotten en zwakzinnigen'. René Stockman (2000)² concludeert dat geesteszieke mensen al eeuwen gemarginaliseerd worden. Hij is conservator van het museum Guislain in Gent. In het oudste krankzinnigengesticht (1857) van België brengt dit museum de geschiedenis van de psychiatrie in beeld. Het gebouw en de foto's van de voormalige 'ziekenzalen' staan symbool voor het medisch model van destijds.

Eind 19de eeuw schieten de instituten in Europa als paddenstoelen uit de grond. Het zijn totaalinstellingen (E. Goffman 1961) waar het leven van kwetsbare mensen zich vierentwintig uur per dag en zeven dagen per week afspeelde. Het patroon in de omgang met kwetsbare mensen is steeds hetzelfde. De Amerikaan John O'Brien noemt het de 'institutional trap'. In drie stappen worden mensen gemarginaliseerd. (1) Vanwege hun handicap worden ze uit de samenleving gehaald en in een instituut opgenomen (gesegregeerd), (2) vervolgens reduceren we hen tot 'een gehandicapte' en spreken hen daar alleen op aan (gedevalueerd), (3) om hen tot slot de regie over hun leven volledig over te nemen (gecontroleerd).

De eugenetische beweging in Amerika en Europa

De eugenetica⁴ (de leer der goede geboorten) aan het begin van de vorige eeuw is een tweede beweging die de positie van kwetsbare mensen heeft beïnvloed. De beweging deed onderzoek naar erfelijkheid met het oog op maatregelen die zich richten op verbetering van het menselijk ras. De grondlegger was Francis Galton (1822-1911). Zijn inspiratiebron was het werk van zijn neef Darwin en de toepassing van zijn evolutieleer: het sociaal darwinisme. De eugenisten waren bang dat toekomstige generaties overwoekerd zouden worden door minderwaardige mensen. Ze zouden de kosten van de zorg opdrijven en werkeloosheid veroorzaken.

Positieve eugenetische maatregelen (zoals positieve partnerselectie, selectieve geboortebestemming, kinderbijslag) en negatieve eugenetische maatregelen (bv. selectie huwelijkspraktijken, geboortebepaling⁵, castratie en sterilisatie) moesten het ras verbeteren. Vooral in de Verenigde Staten, de Scandinavische landen, Zwitserland en Duitsland kreeg de eugenetische beweging voet aan de grond. De eerste sterilisatiewet dateert van 1907 (Amerikaanse staat Indiana)⁶. In Europa werd de eerste wet afgekondigd in het Zwitserse kanton Waadt (1928), Denemarken volgde in 1929 evenals Noorwegen en Zweden. In Duitsland trad een sterilisatiewet in werking op 1 januari 1934. Deze wetten werden vervolgens op grote schaal uitgevoerd. In 1934 werden alleen in Duitsland al 56.244 mensen gesteriliseerd. Een andere maatregel om te voorkomen dat 'minderwaardige mensen' zich voortplanten, was het strikt scheiden van mannen en vrouwen. In Denemarken werden proeven met deze vorm van segregatie gedaan. Het eiland Livö werd ingericht als isolatieinrichting voor mannen. Het eiland Sprogö werd als kolonie ingericht voor erotische, imbeciele meisjes⁷.

Eén van de voorvechtsters in Nederland was M.A. van Herwerden. Zij was gecharmeerd door het Deense voorbeeld en merkte op⁸: “Men vergete echter niet dat ook Nederland over eilanden beschikt en dat bovendien op verder afgelegen oorden dergelijke kolonies, mits onder menslievend en verstandig beheer, ongetwijfeld stof voor kleine levensvreugden bieden, waarmee een zeer beperkte geestelijke aanleg bevredigd wordt”. Overigens heeft de eugenetische beweging in Nederland⁹ en België¹⁰ nooit echt voet aan de grond gekregen. Vaak wordt de eugenetische beweging als synoniem gezien voor de gruwelpraktijken in nazi-Duitsland. Dat is niet terecht.

De eugenetica, ontsporing in nazi-Duitsland

Op 18 januari 1940 begint de systematische en industriële moord op mensen met een beperking in Duitsland. In zes vernietigingscentra worden tussen januari 1940 en augustus 1941 in het geheim meer dan 70.000 mensen met een handicap vermoord. De daders betitelen deze moorden als ‘Euthanasie’ en ‘Gnadentod’. In de wandelgangen spreekt men van Aktion T4. Friedrich Tillmann was verantwoordelijk voor de organisatie. In zijn biografie¹¹ zegt hij: “Ich habe aus Mitleid gehandelt”. Naast het mensen verlossen uit hun lijden (‘Gnadentod’) worden hygiënische (eugenetische) en economische motieven aangevoerd om mensen te doden. Mensen met een beperking kosten tot hun zestigste de samenleving gemiddeld 50.000 Reichsmark¹² en ze leveren niets op. Als men niet nuttig kan zijn, houdt het recht op leven op (‘Lebenssunwert’). Als het vergassen uitlekt, ontstaat maatschappelijke onrust en protest (o.a. bisschop C. von Galen).¹³ Het vergassen wordt daarna stopgezet. Maar het moorden gaat door, nu door verhongering en dodelijke injecties.

Sociale integratie?

Mensen segregeren in een instituut heeft nadelige effecten op keuzevrijheid, individualiteit en privacy (Gofmann 1961). Midden vorige eeuw komt door de wantoestanden in instituten¹⁴ een nieuwe beweging op gang die zich richt op deinstitutionalisering. Opvallend genoeg zijn het opnieuw de Verenigde Staten en de Scandinavische landen die aan basis liggen van deze nieuwe beweging. Zij lopen voorop in het afbouwen van instituten, hetgeen gepaard gaat met wettelijke maatregelen.

Wolf Wolfensberger is de grondlegger van het normalisatieprincipe. Hij introduceert de begrippen ‘fysieke’ en ‘sociale integratie’¹⁵ en benadrukt het belang van het hebben van sociale rollen.

De deinstitutionalisering in Amerika en de Scandinavische landen is spectaculair van omvang. Andere landen waaronder Nederland en België maken minder haast. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling,¹⁶ een adviesorgaan van de Nederlandse overheid, heeft het over Nederland als ontwikkelingsland waar het gaat om de positie van mensen met een beperking in de samenleving. Daarmee doelend op de grote hoeveelheid segregerende instituties die het land nog steeds kent.



Inmiddels lijken we gesteund door het VN-verdrag af te willen rekenen met het verleden en zijn segregerende instituten. De gangbare opvatting is dat we moeten werken aan een samenleving waarin iedereen zijn talenten kan ontwikkelen en naar vermogen kan bijdragen aan die samenleving. Niet de beperkingen zijn het vertrekpunt, maar de mogelijkheden van mensen. In plaats van mensen te ondersteunen in een eigen parallelle wereld wordt naar mogelijkheden gezocht om de samenleving zo in te richten dat er plaats is voor iedereen. Verschillen en diversiteit maken ons krachtiger. Monoculturen zijn kwetsbaar.

Inclusie versus sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting

Uitsluiting is volgens de van Dale: “Het iemand buiten een bepaalde gemeenschap, groep, kring en dergelijke plaatsen, hem er geen deel meer van laten uitmaken of het er buiten geplaatst worden; het uit een bepaalde gemeenschap en dergelijk verdrijven, verstoten, uitstoten of verdreven, uitgestoten worden.” Kijken we naar de geschiedenis van zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking, dan kunnen we vaststellen dat er steeds sprake is geweest van uitsluiting. Waarbij de vraag is hoe de vlag er nu, met alle goede bedoelingen, bij hangt? Het Sociaal en Cultureel Planbureau in Nederland doet onderzoek op dit terrein.

Inclusie onderdeel kwaliteit van bestaan

Veel onderzoek (Kröber 2008, p. 38)¹⁷ wijst erop dat inclusie een belangrijk domein is van kwaliteit van bestaan. Werken aan inclusie betekent met elkaar investeren in een proces dat erop gericht is voorwaarden te scheppen waardoor alle mensen kansen en mogelijkheden geboden krijgen om deel te nemen aan de samenleving. Met als belangrijke kenmerken: zelf de regie voeren, het maken van eigen keuzen, het zich kunnen ontplooiën en het kunnen vervullen van gewaardeerde maatschappelijke rollen. Inclusie is geworteld in het sociaal model (Oliver 1996). Dit model legt de verantwoordelijkheid voor uitsluiting niet bij het individu, maar bij (de ontoegankelijkheid van) de samenleving. De sleutel voor de oplossing (inclusie) ligt dus bij de samenleving. Bij de strategieën (zie onder 5) zien we dat dit onderscheid niet zo scherp is. Werken aan inclusie is een zaak van iedereen.

**De sleutel voor
de oplossing ligt
dus bij de
samenleving.**



Redenen om aan inclusie te werken

Het is vreemd om de vraag te stellen waarom we mensen met een handicap niet zouden moeten uitsluiten. Kennelijk is uitsluiting altijd zo vanzelfsprekend geweest, dat we ons die vraag moeten stellen. We noemen drie redenen om serieus werk te maken van inclusie:

Een eerste reden is het VN-verdrag voor de rechten van Mensen met een Beperking (CRPD), het mensenrechtenperspectief als belangrijke legitimatie. Met de ratificatie van dit verdrag (België ratificeerde in 2009 en Nederland is een Europese hekkensluiter en heeft dit ingepland voor 2015). Een tweede reden is dat de verschillende belangenorganisaties (LB, Lederin, GRIP) die mensen met een beperking een stem geven, pleiten voor een inclusieve samenleving. Een derde reden zijn wetenschappelijke inzichten die laten zien dat inclusie een belangrijk domein van kwaliteit van bestaan is. (Schalock 2002)¹⁸

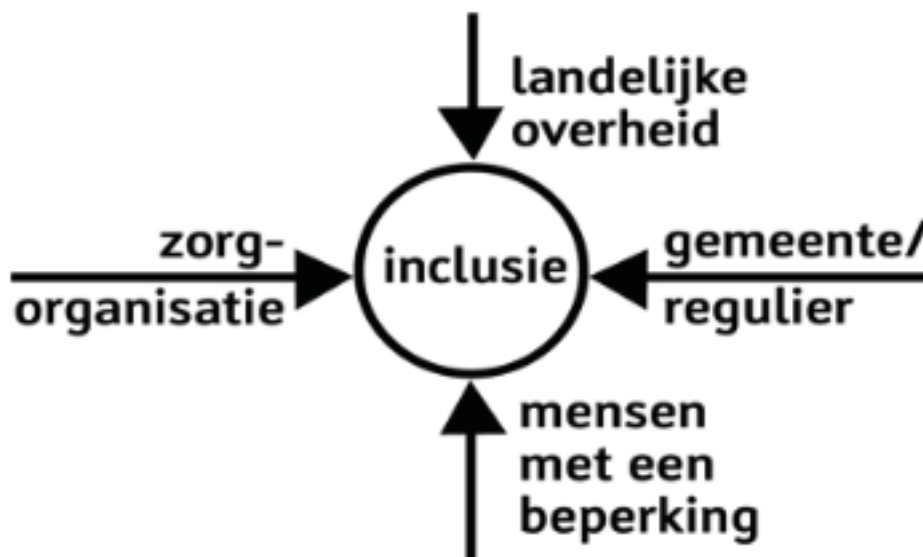
Hoe hangt de vlag er bij in Vlaanderen en Nederland?

Onderzoeken die zich richten op inclusie concluderen dat er sprake is van minder participatie van mensen met een beperking in vergelijking met de algemene bevolking. Dit geldt zowel voor Nederland als Vlaanderen. Ter illustratie: de beleidsnota van minister Homans¹⁹ geeft inzicht in de situatie in Vlaanderen. Van de mensen met een arbeidshandicap heeft 40% werk ten opzichte van 72% in het algemeen. Van het aantal kinderen met een speciale onderwijsbehoefte volgt 85 onderwijs 'in een buitengewoon circuit' terwijl ook het opleidingsniveau van mensen met een beperking beduidend lager ligt. Op sociaal en cultureel terrein stellen we vast dat het sociaal netwerk van mensen met een handicap vaak kleiner is. Deelname aan het verenigingsleven, sport en cultuur is in het algemeen lager. Tot slot blijkt dat ongeveer 40% van de mensen met een integratie- of inkomensvervangende tegemoetkoming moet rondkomen. Een inkomen tegen of onder de Europese armoedegrens²⁰. Uit onderzoek blijkt dat een beperkt inkomen negatieve gevolgen heeft voor inclusie^{21 22}

In Nederland is sprake van eenzelfde patroon. Het Nivel voert periodiek de participatiemonitor²³ uit waarbij de groep mensen met een lichamelijke beperking, mensen met een verstandelijke beperking en ouderen, worden vergeleken met de algemene bevolking. Mensen met een beperking participeren op alle deelgebieden minder dan de algemene bevolking. Het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke beperking is beperkt, slechts een kleine groep heeft regelmatig contact met vrienden zonder beperking. Dat contacten tussen mensen met en zonder beperking niet vanzelfsprekend zijn wordt bevestigd door verschillende onderzoekers (Kröber 2012²⁴, van Alphen 2011²⁵ en Bredewold 2014²⁶). Ook op het terrein van arbeid is sprake van een achterstand. Voor mensen met een lichamelijke beperking geldt dat zij minder participeren op de deelgebieden in vergelijking met de algemene bevolking. Mensen met een ernstige lichamelijke beperking participeren een stuk minder dan mensen met een matige of lichte lichamelijke beperking. Ruim drie op de tien mensen met een lichamelijke beperking heeft onvoldoende geld om verschillende vrijetijdsactiviteiten zoals sporten of bioscoopbezoek te doen als zij dat willen. Voor zes op de tien mensen met een ernstige lichamelijke beperking zijn uitgaansgelegenheden en verenigings- en sportgebouwen niet altijd toegankelijk (Nivel 2013).

Conclusie is dat de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking als gevolg van marginalisering en uitsluiting (nog steeds) in het geding is.

Werken aan inclusie: een conceptueel model



Werken aan inclusie kan langs drie lijnen, hier gevisualiseerd in een conceptueel model²²⁷:

Het betreft drie verschillende strategieën die, wanneer je ze in samenhang toepast, het meest effectief zijn. De verschillende actoren in het model (kwetsbare mensen, de overheid, zorgorganisaties en de mensen die er werken, reguliere stakeholders) hebben hun eigen logica. Met eigen interesses, doelen en taal. Het is de uitdaging deze soms botsende logica's zo met elkaar te verbinden dat inclusiepraktijken maximaal gestimuleerd en gefaciliteerd worden.

Mensen met een beperking: bottom-up strategie

De kracht van mensen met een beperking en hun belangenorganisaties staat hier centraal. Het faciliteren van eigen kracht, bevorderen van empowerment en het inzetten van ervaringsdeskundigen om te werken aan het realiseren van inclusieve praktijken horen bij deze strategie. De logica is die van de leefwereld van mensen. De taal sluit aan bij het geleefde leven en is concreet en realistisch. Er wordt een overtuigend beeld gegeven van wat het leven met een beperking concreet betekent en wat op concreet niveau nodig is om verbeteringen te realiseren.

In Nederland is de LFB actief. LFB is een belangenvereniging door en voor mensen met een verstandelijke beperking. De LFB zet zich in voor versterking en vertegenwoordiging van haar achterban. Versterking door het geven van informatie, scholing en training en door het organiseren van onderlinge ontmoetingen. De levensverhalen van mensen zelf blijken een krachtig middel in het bepleiten en realiseren van inclusie. Werken aan inclusie doe je samen en het is dan ook niet verwonderlijk dat mensen met en zonder beperking meer en meer gezamenlijk optrekken om inclusie te realiseren.

In Vlaanderen is GRIP (Gelijke Rechten voor Iedere Persoon met een Handicap) actief als belangenbehartigingsorganisatie die voortkomt uit Independent Living Vlaanderen. "Nothing about us, without us" is een van de uitgangspunten van deze beweging. GRIP werkt vanuit het sociaal model en heeft als einddoel een inclusieve en diverse samenleving. Iedereen moet evenwaardig en evenredig kunnen deelnemen aan alle domeinen van de maatschappij. Een interessant nieuw initiatief is Durf2020. Konekt vzw (gericht op versterking van mensen met een handicap en hun netwerk), de Vlaamse overheid (VAPH) en een veertigtal organisaties die mensen met een beperking sterker willen maken, hebben de handen in elkaar geslagen om mensen met een beperking een stem te geven ([http:// www.durf2020.be](http://www.durf2020.be)). Een mooi voorbeeld van hoe drie strategieën gecombineerd kunnen worden.

Zorgorganisaties verbinden zich met reguliere stakeholders: middenstrategie

Bij 'de middenstrategie' wordt op lokaal niveau ingezet op het maken van verbindingen tussen zorg(instellingen) en samenleving om zo inclusie te realiseren. Vaak zijn zorginstellingen van mening dat het initiatief teveel bij hen ligt (push) en dat er vanuit reguliere stakeholders nog te weinig initiatieven worden genomen. De 'trekkracht' vanuit de samenleving (pull) zou beter kunnen. De logica die hier aan de orde is, is vaak een mengeling van het bureaucratisch en leefwereldlijk vertoog. De systeemwereld probeert aan te sluiten op de leefwereld om zo inclusieve praktijken te realiseren.

Zorgorganisatie Pameijer in Rotterdam is een structurele verbinding aangegaan met Crawford, een Amerikaans verzekeringsbedrijf met verschillende vestigingen in Nederland. Op een organische wijze is in vijf jaar tijd een samenwerking uitgebouwd waarbij de mensen die Pameijer begeleid en mensen van Crawford als collega's samenwerken .

BlueAssist is een innovatieve ontwikkeling die zich richt op het aanboren van de potentie die er in de samenleving is om kwetsbare mensen met een vraag een handje te helpen. Er is een universeel symbool ontwikkeld dat helpt om een vraag te stellen aan de medeburger. Om de samenleving vertrouwd te maken met het symbool en de bedoeling ervan worden er BlueAssist-vriendelijke ruimtes in steden en gemeenten ingericht (De Lijn, Gent, Oostende, Kortrijk, Genk, Mechelen, Aarschot etc.) Men leert er BlueAssist kennen en besteed aandacht aan de 'omgang met verschil ' (zie ook <http://www.blueassist.eu>).

In Antwerpen zijn LINK-projecten ontwikkeld: LINK richt zich tot kwetsbare volwassenen die zelfstandig wonen en die deel willen uitmaken van de buurt waarin ze wonen. Mensen die op dit ogenblik op geen enkele manier deelnemen aan het sociale leven in de buurt en die hun vaardigheden en talenten willen delen met anderen. Het systeem van LINK-groepen zorgt er voor dat deze mensen een beroep kunnen doen op elkaar, als burens. Van hieruit leggen ze ook bruggen met de buurt en het sociale leven daar. De kracht van de gemeenschap wordt zo benut.



Landelijke overheid: top-down strategie

Wet- en regelgeving kunnen inclusie bevorderen, maar ook belemmeren. Deze top-down strategie is er op gericht wet- en regelgeving te bevorderen die ondersteunend kan zijn bij het realiseren van inclusie. Het Verdrag voor de Rechten van Mensen met een Beperking is op mondiaal niveau een voorbeeld. Het is aan de nationale en lokale overheden het Verdrag te vertalen in eigen wetten en regels. Het discours hier is bureaucratisch en gaat voor een belangrijk deel over de toewijzing van middelen, scenario's en techniek. Belangrijk is dat dit op een goede wijze verbonden wordt met en voorwaarden schept voor de leefwereld van de mensen waar het om gaat. Een veel gehoorde kanttekening bij de huidige ontwikkelingen is dat het beleid gericht op inclusie meer lijkt ingegeven door bezuinigingen en het betaalbaar houden van de zorg, dan door inhoudelijke argumenten. Goed monitoren op de daadwerkelijke inclusie-effecten is geboden.

Met het Perspectiefplan 2020 zet de Vlaamse overheid een stap in de richting van vermaatschappelijking en inclusie. Ook het financieringsplan van de overheid is gewijzigd. Vanaf 2015 is er de persoonsvolgende financiering, waarbij de cliënt met behulp van 'personeelspunten' zelf zijn aanbod kan samenstellen over verschillende voorzieningen heen. Hij kan dus ook kiezen voor organisaties die zich inzetten voor inclusie. Interessant om te zien hoe dit in de praktijk gaat uitwerken en de gevestigde belangen zich hiertoe gaan verhouden.

In Nederland werkt de overheid aan een ingrijpende transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Via wet- en regelgeving wordt meer verantwoordelijkheid op lokaal niveau gelegd. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning doet een groter beroep op natuurlijke netwerken, alvorens formele zorg in te (kunnen) roepen. In België zien we deze ontwikkeling ook. De participatiewet is erop gericht mensen toe te leiden naar een gewone baan in plaats van een plaats in een afgeschermd sociale werkvoorziening. De bedoelingen sluiten aan bij de inclusieve samenleving. Dat zal tijd vragen en onderzoek moet uitwijzen of dit ook zal lukken.

Discussie

Inclusie is een weerbarstig thema. We hebben gezien dat het lonkend perspectief van de gevarieerde samenleving nog niet bereikt is. Veel van de zorg en ondersteuning vindt nog plaats in speciale instituten. Verklaring is dat de geschiedenis haar schaduw nog steeds vooruit werpt. De reuzenzwaai van het instituutparadigma naar een ondersteuningsparadigma is ingrijpend. Daarbij zijn veel actoren en succes- en faalfactoren (zie Kröber en van Dongen 2011) in het geding. Waardeoriëntaties, wettelijke structuren, vormen van financiering, ingesleten routines, gevestigde (organisatie)belangen en gebouwen, toerusting van professionals etc. zitten nog in de weg. In dit artikel hebben we de strategieën die ingezet kunnen worden om deze weerbarstigheid tegemoet te treden, besproken.



Veranderkundig is het van belang dat belangrijke stakeholders in leidinggevende rollen positie kiezen en de ontwikkelingen richting inclusie ondersteunen en faciliteren. Geen 'blauwdrukdenken' maar interactief en dynamisch met elkaar op weg gaan naar de gevarieerde samenleving is een van de sleutels tot succes. Gebruik van goede voorbeelden – die inmiddels ruim voorhanden zijn – is overtuigender dan mooie verhalen. De praktijk laat ook zien dat successen worden behaald door mensen die er optimistisch tegenaan gaan. Inge Mans (1998) wees ons op de voortdurende ambivalentie over hoe we ons tot 'zotten en zwakzinnigen' verhouden. De thematiek van de nieuwe eugenetica²⁸ onderstreept dit. Het biologisch-medisch paradigma wint meer en meer terrein. Enerzijds is zij erop gericht ernstige genetische risico's uit te sluiten (denk aan negatieve eugenetica). Anderzijds worden positieve genetische eigenschappen (enhancement) bevorderd. Deze perfectioneringsdrang roept nieuwe vragen op.²⁹

In tegenstelling tot de 'oude eugenetica', waar staatsinmenging een belangrijke rol speelde, worden de keuzes nu gelegd bij het individu (vaak de ouders). De eugenetica is geïndividualiseerd, kent geen dwang en is gedemocratiseerd. Het stelt ouders wel voor enorme dilemma's waar ze vaak niet alleen uitkomen. Xavier Moonen (2015)³⁰ verwijst in dit verband naar de non-invasieve prenatale test en de sociale druk die ouders kunnen ervaren bij de toepassing. Ook van den Berghe geeft aan dat er altijd sprake zal zijn van sociale en levensbeschouwelijke druk. Discussies rond het kostenaspect en de toenemende rol van ziektekostenverzekeraars voeren deze druk verder op.

'Leren omgaan met verschil' vindt plaats binnen een sociaal culturele context. Het biologisch-medisch paradigma wordt dominant. De drang om via positieve eugenetische (perfectioneren middels gen manipulatie) en negatieve eugenetische maatregelen (uitsluiten van ernstige genetische risico's) perfectie na te streven, is daarvan een gevolg. Hoe bepalend wordt dat straks voor hoe we ons verhouden tot 'anders zijn'? Hoeveel verschil kunnen we verdragen? Dat is mede bepalend voor de mate waarin we kunnen spreken van een gevarieerde en inclusieve samenleving.

[Dr. Hans Kröber heeft in verschillende functies jarenlang er varing in de zorgsector. Hij is de bezieler van het Nederlandse adviesbureau Inclusie.nu dat gespecialiseerd is in de begeleiding en ondersteuning van mensen met een beperking.] info@inclusie.nu | Twitter: @hanskrober.



1

Inge Mans (1998) Zin der Zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen, dissertatie, Bert Bakker, Amsterdam

2

René Stockman (2000) Van nar tot patiënt. Een geschiedenis van de zorg voor geesteszieken, Davidsfonds N V, Leuven.

3

Goffman, E . (1961), Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates ,New York: Anchor books

4

Jan Noordam (1989) Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland 1900-1950, dissertatie, Sun, Nijmegen.

5

Zie ook J.Rutgers (1905) Rasverbetering en Bewuste Aantalsbeperking , W.J.van Hengel, Rotterdam

6

Jan Noordam (1989) Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland, dissertatie, Sun, Nijmegen.

7

Zie Dr. M. A . van Herwerden (1928) Erfelijkheid bij de mens en Eugenetik, Wereldbibliotheek, Amsterdam – Antwerpen.

8

Zie Dr.M. A . van Herwerden (1928) hoofdstuk XXX V II De uitschakeling van minderwaardigen bij de voortplanting.

9

Zie ook hiervoor Noordam, 1989

10

Jo Tollebeek, Geert Vanpaemel & Kaat Wils (redactie) (2003) Degeneratie in België , universitaire pers Leuven.

11

Klaus Schmidt (2010) 'Ich habe aus Mitleid gehandelt' Der Kölner Weisenhausdirektor und NS- "Euthanasie-Beauftragte Friedrich Tillmann (1903-196 4), Metropol Verlag, Berlin

12

'Ein Erbkranker kostet bis zur Erreichung des 60 Lebensjahres im Durchschnitt 50.000 R M' is de tekst op een propagandaffiche, Ausstellungsbild des Reichnährstandes , in: Volk uns Rasse. Illustrierter Monatschrift für deutsches Volkstum 10 , 1936

13

Uta George, Suzanne Göbel, Stefan Göthling, Astrid Ley (2012) Die Tötungs-anstalt Brandenburg 1940: Behinderte Menschen wurden ermordet. Texte in Leichter Sprache, Metropol, Berlin

14

Burton Blatt & Fred Kaplan (1965) Christmas in P urgatory: A Photographic Essay on Mental Retardation

15

Wolf Wolfensberger (1972) The principle of Normalization in Human Services, Institute on Mwnal Retardation , Toronto

16

D. A .T. van der Heem-Wagemakers, Y.Koster Dreese, A .T.P.E .M. Michiels van Kessenich, M. Mootz, T. Schillemans, I. Sneekes (2002) De handicap van de samenleving. Over de mogelijkheden en beperkingen van community care, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (R MO), den Haag

17

H.R .Th.Kröber (2008) Gehandicaptenzorg, inclusie en organiseren, dissertatie, Pameijer, Rotterdam

18

R . Schalock & M.Verdugo (2001) Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners. Washington . American Association on mental Retardation.

19

Beleidsnota Gelijke Kansen 2014 - 2019, stuk 136 (2014 -2015) nr. 1 Vlaams Parlement, L .Homans viceminister-president, Vlaams minister van Binnenlands Bestuur, Inburgering, Wonen, Gelijke Kansen en Armoedebestrijding

20

N. Augustyns, M. Adams, B. Vriesacker, H. Janssens, G. van Hal (2012) Handicap , inkomen en toegang tot de gezondheidszorg. Resultaten van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek, uitgave K VG, V FG en de Universiteit van Antwerpen (UA)

21

M.I.M. Schuurman ,H.R .Th.Kröber & M.M.L . Verdonschot (2013) Armoede bij mensen met beperkingen. Resultaten van onderzoek naar oorzaken, gevolgen voor inclusie, preventie en benodigde ondersteuning. Uitgave Kalliopeconsult, Vilans en Inclusie.nu

22

H.R .Th.Kröber, M.M.I. Verdonschot & M.I.M. Schuurman (2013) Inclusie dreigt te verworden tot illusie. Over mensen met een beperking , armoede en inclusie, in: N T Z 1-2013 p. 4 4 - 62

23

T.Meulenkamp, L . van der Hoek & M.Cardol (2013) Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking , ouderen en de algemene bevolking. Rapport participatiemonitor 2013, Nivel, Utrecht.

24

H.R .Th.Kröber & H. j. van Dongen (2011) Sociale Inclusie. Succes- en faalfactoren, uitgeverij Boom-Nelissen, Amsterdam.

25

L .M. van Alphen (2011) Social Integration of people with intellectual disabilities in neighbourhoods, dissertatie, Universiteit Maastricht.

26

F.Bredewold (2014) Lof der Oppervlakkigheid. Contact tussen mensen met een verstandelijke beperking en buurtbewoners, dissertatie, Van Gennep Amsterdam

27

H.R .Th.Kröber en H.J.van Dongen (2011) Sociale Inclusie. Succes- en faalfactoren

28

Carolyn Burdett, & Angelique Richardson (2007) – Eugenics Old and New, (New Formations), London, Lawrence & Wishart, 2007

29

Gie Van den Berghe (2008) De mens voorbij. Vooruitgang en Maakbaarheid 1650-2050 ,Uitgeverij Meulenhoff/ Manteau

30

Zie ook Xavier Moonen (2015) Is inclusie van mensen met een verstandelijke beperking vanzelfsprekend? Inaugurale rede, lectoraat van Mensen met een Verstandelijke Beperking, Zuyd Hoge School, Heerlen.