

Programma  
**Perspectief**

# Inventarisatie ten behoefte van het Persoonsbeeld

Thuiswonende kinderen of volwassenen  
met (zeer) ernstige verstandelijke en  
meervoudige beperkingen ((Z)EVMB)

**Vlaskamp, C.**

**Van der Putten, A.A.J.**

**Ten Brug, A.**

**Poppes, P.**

**Jansen, S.L.G.**

2024





# Inventarisatie Persoonsbeeld



Onderdeel van  
Programma Perspectief

Naam kind:

Geboortedatum:

Datum van invullen:

Naam invuller:

Rol invuller:

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>Deel 1 (Verandering in) leefsituatie</b>	<b>5</b>
<b>Deel 2 Ontwikkelingsverloop</b>	<b>11</b>
Diagnose	11
Lichaam en lichamelijk contact	16
Motoriek	17
Verstandelijke vermogens	18
Communicatie	23
Zelfredzaamheid: Eten en drinken	25
Persoonlijke verzorging	27
Test- en observatiegegevens	27
<b>Deel 3 Persoonstypering</b>	<b>29</b>
Stemming en emotie	29
Behoeften	35
Relaties	37
Meedoen	38
<b>Deel 4 Toekomst</b>	<b>40</b>

# Inleiding

Dit is de Inventarisatie Persoonsbeeld (IP), een vragenlijst die hoort bij Programma Perspectief. Deze vragenlijst gaat over kinderen en volwassenen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen, in het vervolg aangeduid met de afkorting EMB, die thuis wonen. De Inventarisatie Persoonsbeeld verzamelt informatie, waardoor je iemand (beter) leert kennen en erachter komt welke ondersteuningsvragen iemand heeft. Omdat mensen met EMB deze vragen zelf niet letterlijk kunnen formuleren, is deze vragenlijst ontwikkeld.

## Samen

Om de juiste informatie te verkrijgen, is de ervaring en kennis nodig van ouders/verwanten en alle zorgprofessionals die bij de persoon met EMB betrokken zijn. Daarom worden veel van de vragen door verschillende betrokkenen afzonderlijk beantwoord. Op die manier komen we erachter of we er allemaal hetzelfde over denken of dat er ook verschillen zijn.

## Doel

Het doel van deze inventarisatie is om nog beter inzicht te krijgen in het kind of de volwassene met EMB en zijn omgeving en hier de ondersteuningsdoelen op af te stemmen.

De vragen in deze IP gaan over:

- mogelijkheden en wensen van het kind of de volwassene en zijn omgeving,
- ontwikkelingen van het kind of de volwassene in het afgelopen jaar,
- de gewenste situatie voor het kind of de volwassene en zijn omgeving voor het komende jaar.

Aan de hand van deze informatie schrijft de gedragswetenschapper een persoonsbeeld. Wanneer er geen gedragswetenschapper betrokken is kan het beeld geschreven worden door iemand die het kind of volwassene goed kent. Dit persoonsbeeld dient als basis voor het opstellen van doelen.

Wie vult deze inventarisatie in? Alle bij het kind of de volwassene betrokken mensen, bijvoorbeeld:

- ouders/verwanten
- gedragswetenschappers
- therapeuten
- persoonlijk begeleiders
- leerkrachten
- dagbestedingsbegeleiders
- artsen

## Goed om te weten:

- Bij de verschillende hoofdstukken wordt vermeld wie de vragen kan beantwoorden.
- In veel gevallen is het de bedoeling dat betrokkenen zoals ouders, begeleiders en eventueel betrokken therapeuten, afzonderlijk van elkaar dezelfde vragen invullen. Dit doen we omdat we dan een beeld krijgen van hoe er door verschillende betrokkenen naar het kind of de volwassene wordt gekeken. Denken we er hetzelfde over of juist niet?
- Eventueel vindt vooraf of tijdens het invullen van de IP mondeling overleg plaats. Bijvoorbeeld wanneer een ouder of andere betrokkene het moeilijk vindt om de vragen schriftelijk te beantwoorden.
- Het dossier van het kind of de volwassene kan ook geraadpleegd worden tijdens het invullen.
- Wanneer je de IP voor het eerst invult, vul je een uitgebreide lijst in; de daaropvolgende keren is de lijst minder uitgebreid (IP-vervolg).
- Voor de gedragswetenschapper of degene die het persoonsbeeld schrijft is een handleiding voor het schrijven van het beeld beschikbaar, ook is een voorbeeld van een beeld te vinden op [www.programmaperspectief.nl](http://www.programmaperspectief.nl).

## Copyright

De Inventarisatie Persoonsbeeld hoort bij Programma Perspectief, een product van de Academische Werkplaats EMB.

## Deel 1: (Verandering in) leefsituatie

1. Wat is de gezinssamenstelling?

2. Is er een vorm van thuisondersteuning (ambulante begeleiding, thuiszorg, logeermogelijkheden, speelhulp)? En zo ja, welke? Beschrijf de vorm van thuisondersteuning.

3. Wie komen er bij  op visite en bij wie gaat  op visite, hoe vaak vinden de bezoeken plaats?

**4. Gaat** wel eens uit logeren, bij wie, en hoe vaak?

**5. Maakt** gebruik van een dagvoorziening, zoals een medisch kinderdagverblijf, kinderdag centrum, kinderdienstencentrum of school?

Nee

Ja, namelijk:

Naam voorziening	Aantal dagdelen	Datum plaatsing

**6. Zijn er therapeuten, artsen en/of andere professionals betrokken bij** ? Zo ja, wie?

Naam	Functie

**7a. Zijn er belangrijke veranderingen geweest in het leven van samenstelling van het gezin, ziekte of overlijden van gezinsleden)?**

**wat betreft familie en vrienden (b.v. in de**

Nee

Ja. Beschrijf welke:

**7b. Hoe heeft op deze veranderingen gereageerd?**

**8a. Zijn er belangrijke veranderingen geweest in het leven van (b.v. verhuizing, verbouwing, inrichting van het huis)**

**wat betreft de materiële omgeving?**

Nee

Ja. Beschrijf welke:

**8b. Hoe heeft op deze verandering gereageerd?**

**9a. Zijn er veranderingen geweest in de groepssamenstelling (bijvoorbeeld op het kinderdagcentrum, de school, de dagbestedingslocatie?)**

- Nee
- Ja. Beschrijf welke:

**9b. Hoe heeft op deze verandering gereageerd?**



**10a. Zijn er veranderingen geweest in de personeelssamenstelling (bijvoorbeeld begeleiders thuis of begeleiders op het kinderdagcentrum, therapeuten, groepsgenoten)?**

Nee

Ja. Beschrijf welke:

**10b. Hoe heeft op deze verandering gereageerd?**

**11a. Is de medicatie van veranderd?**

Nee

Ja: andere medicatie

Ja: andere dosering

Beschrijf de veranderingen:

**11b. Hoe heeft op deze verandering gereageerd?**

**12a. Is het afgelopen jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis of (medisch) onderzocht?**

Nee

Ja: beschrijf welke onderzoeken of opnamen

**12b. Hoe heeft hierop gereageerd?**

## Deel 2: Ontwikkelingsverloop

### Diagnose

#### 1. Hoe luidt de medische diagnose? (eventueel overleg met arts)

- Onbekend
- Bekend, namelijk:

#### 2. Van welke hulpmiddelen maakt (meerdere antwoorden mogelijk)

#### gebruik? (eventueel overleg met fysiotherapeut of ergotherapeut)

- Geen
- Semi-orthopedische schoenen
- Loophulpmiddel
- Zithulpmiddel
- Communicatiehulpmiddel
- Hulpmiddelen ten behoeve van de zelfredzaamheid (bijvoorbeeld speciale drinkbeker)
- Anders, namelijk:

**3. Welke zintuiglijke beperkingen zijn (voor zover bekend) aanwezig bij ?**

Geen

Onbekend, eventuele toelichting:

Visuele beperking, namelijk:

Auditieve beperking, namelijk:

Tactiele beperking, namelijk:

**4. Welke (geestelijke) gezondheidsproblemen zijn (voor zover) bekend aanwezig bij ?**  
**Wat is volgens jou de ernst van de invloed van deze problemen op het dagelijks leven?**  
**Score 1= nauwelijks van invloed en 5= meest ernstige invloed**  
 (deze vragen zouden ook door of in overleg met een arts kunnen worden beantwoord)

Gezondheidsprobleem	Aanwezig?	Invloed
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Maag/darm problemen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Long- en ademhalingsproblemen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Gebitsproblemen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pijn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Contracturen of vergroeiingen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Problemen met kauwen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Problemen met slikken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Moeilijk verstaanbaar gedrag (zelfverwondend, stereotiep, teruggetrokken en agressief/destructief gedrag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Anders, namelijk:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Anders, namelijk:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Anders, namelijk:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

**5a. Welke gevolgen hebben de zintuiglijke beperkingen (indien aanwezig) volgens jou op het dagelijks leven van ?**

**5b. Welke gevolgen hebben de gezondheidsproblemen (indien aanwezig) volgens jou op het dagelijks leven van ?**

**5c. Welke gevolgen heeft het moeilijk verstaanbaar gedrag (indien aanwezig) volgens jou op het dagelijks leven van en eventueel de omgeving?**

**6. Heeft slaapproblemen (bijvoorbeeld met inslapen of doorslapen)?**

- Onbekend
- Nee
- Ja. Beschrijf welke:

**7. Zijn er bijzonderheden t.a.v. het slapen (denk hierbij aan hulpmiddelen, gewoonte, houding 's nachts)?**

- Onbekend
- Nee
- Ja. Beschrijf welke:

## Lichaam en lichamelijk contact

**8a. Vindt**  **het prettig om aangeraakt/geknuffeld te worden?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe  dit uit:

**8b. Merk je iets van (ontluikende) seksualiteit bij**  **?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe (bijvoorbeeld: zichzelf strelen, een erectie):



## Motoriek

Deze vragen zouden ook door of in overleg met een fysiotherapeut kunnen worden beantwoord.

**9. Wat kan ? Kruis aan wat kan en geef aan of dit kan met of zonder hulp.**

<input type="checkbox"/> Voortbewegen binnenshuis	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Zitten	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Tot zit komen	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Staan	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Tot stand komen	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Reiken (zittend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Pakken (zittend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Vasthouden (zittend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Loslaten (zittend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Reiken (liggend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Pakken (liggend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Vasthouden (liggend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp
<input type="checkbox"/> Loslaten (liggend)	<input type="checkbox"/> met hulp	<input type="checkbox"/> zonder hulp

### 10. Is er sprake van spasticiteit?

- Nee
- Ja. Beschrijf hoe hier rekening mee gehouden moet worden in de dagelijkse ondersteuning (denk aan transfers, zit- en lighouding):

## Verstandelijke vermogens

Deze vragen worden afzonderlijk door ouders/verwanten en betrokken professionals ingevuld.  
(bijvoorbeeld begeleider die thuis helpt, begeleider van de dagbesteding, begeleider van logeren,  
betrokken therapeuten).

**11. Is nieuwsgiering/gaat op onderzoek uit?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe nieuwsgierigheid uit en hoe het zoekgedrag laat zien:

**12. Kan de aandacht op een activiteit, object of persoon richten?**

Nee

Ja. Beschrijf op welke manier:

**13. Kan keuzes maken?**

Nee

Ja. Beschrijf op welke manier:

**14. Begrijpt wat er om hem/haar heen gebeurt?**

Nee, beschrijf hoe je dat merkt:

Ja. Beschrijf hoe je dit ziet:

**15. Herkent een activiteit of situatie?**

**Herkennt bepaalde activiteiten door middel van verwijzers en/of symbolen, bijvoorbeeld dat naar buiten gaat als een jas ziet, of eten krijgt als een bord ziet of krijgt?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe je dit ziet:

**16. Herkent jullie, andere belangrijke anderen (familie/vrienden/betrokken professionals)?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe dit uit:

**17. Maakt onderscheid tussen bekende en vreemde personen?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe dit uit:

**18. Koppelt** situaties aan mensen (bijvoorbeeld 'naar huis gaan' bij het zien van één van jullie)?

Nee

Ja. Beschrijf hoe dit uit:

**19. Op welke momenten is** het meest alert (meerdere antwoorden mogelijk)?

's Ochtend vroeg

In de loop van de ochtend

Rond het middaguur

In de namiddag

Begin avond

In de loop van de avond

Weet ik niet

**20. Doet** iets na wat jij (voor)doet?

Nee

Ja. Beschrijf welke handelingen imiteert:

**21. Neemt**                      **initiatief tot een activiteit?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe:

**22. Reageert**                      **op contactspelletjes (bijvoorbeeld kiekeboe)?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe:

## Communicatie

Deze vragen worden afzonderlijk door ouders/verwanten en betrokken professionals ingevuld.  
(bijvoorbeeld begeleider die thuis helpt, begeleider van de dagbesteding, begeleider van logeren, betrokken logopedist).

### 23. Op welke vormen van communicatie reageert ?

- Gesproken taal
- Foto's
- Geluiden of klanken
- Picto's
- Zijn/haar naam
- Gebaren
- Voorwerpen
- Anders, namelijk:

### 24. Welke vormen van communicatie gebruikt zelf?

- Gesproken taal
- Foto's
- Geluiden of klanken
- Picto's
- Zijn/haar naam
- Gebaren
- Voorwerpen
- Anders, namelijk:

**25. Beschrijf hoe deze vormen van communicatie gebruikt:**

**26. Hoe trekt de aandacht van de omgeving?**

- Visueel (door te kijken)
- Motorisch (door te wijzen of bewegen)
- Auditief (door geluiden te maken)
- Niet



## Zelfredzaamheid: Eten en drinken

Deze vragen zouden ook door of in overleg met een logopedist kunnen worden beantwoord.

### 27. Hoe eet ?

- Via de mond
- Gedeeltelijk via de mond
- PEG
- Gedeeltelijk via PEG
- Neussonde
- Gedeeltelijk via neussonde

### 28. In welke mate heeft ondersteuning nodig bij het eten?

- Volledige hulp
- Volledig zelfstandig
- Gedeeltelijk hulp. Beschrijf de ondersteuning die krijgt:

### 29. Kan afhappen?

- Nee
- Ja

### 30. Hoe drinkt ?

- Ingedikt
- Deels ingedikt
- Via de mond
- Gedeeltelijk via de mond
- PEG
- Gedeeltelijk via PEG
- Neussonde
- Gedeeltelijk via neussonde

**31a. Hoe verlopen de eet- en drinkmomenten?**

Drinken	<input type="checkbox"/> Wisselend	<input type="checkbox"/> Drinkt goed	<input type="checkbox"/> Drinkt niet goed
Eten	<input type="checkbox"/> Wisselend	<input type="checkbox"/> Eet goed	<input type="checkbox"/> Eet niet goed
Spanning	<input type="checkbox"/> Wisselend	<input type="checkbox"/> Ontspannen	<input type="checkbox"/> Gespannen

**31b. Weet je wat de oorzaak is als deze momenten onprettig of gespannen verlopen, of wanneer eet of drinkt? slecht**

## Persoonlijke verzorging

32. Op welke wijze kan **zelf** meehelpen bij de persoonlijke verzorging en/of lichaamsverzorging?

## Test- en observatiegegevens

Deze vragen zouden ook door of in overleg met een gedragswetenschapper kunnen worden beantwoord.

### 33. Welke gerichte observaties en onderzoeken zijn eerder uitgevoerd, en welke gestandaardiseerde instrumenten zijn bij afgenomen?

Instrumenten	Afgenomen door	Datum
Het GedragsTaxatie-Instrument		
De LAS		
De Lijst Kindkenmerken deel 1		
De Lijst Kindkenmerken deel 2		
De Lijst Alertheid		
De Lijst Probleemgedrag		
Andere, namelijk:		
Andere, namelijk:		

Onderzoeken	Afgenomen door	Datum
Visus onderzoek		
Gehoor		
Andere, namelijk:		
Andere, namelijk:		

Observaties	Afgenomen door	Datum
Vul naam in:		
Vul naam in:		
Vul naam in:		

Alle vragen in deel 3 worden  
afzonderlijk door ouders/verwanten  
en betrokken professionals ingevuld.

## Deel 3: Persoonstypering

### Stemming en emotie

1. Wat komt er het eerst in je op als je aan [ ] denkt? Beschrijf maximaal vijf dingen:

2a. Wat is volgens jou de basisstemming van [ ] ?

2b. Hoe ziet je dit bij [ ] ?

**3a. Hoe ziet je dat iets leuk vindt?**

**3b. Hoe ziet je dat iets niet leuk vindt?**

**3c. Van welke situaties of activiteiten geniet volgens jou?**

**3d. Wat vindt vervelend of niet leuk/prettig?**

**4. Vind je de activiteiten die krijgt aangeboden krijgt passen bij hem/haar? Zo nee, heb je suggesties?**

**5a. Laat onderstaande emoties/uitingen zien?**

Angst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Boosheid/frustratie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Verdriet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Spanning	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Pijn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

**5b. Zo ja, hij uit dit?**

Angst:

Boosheid/frustratie:

Verdriet:

Spanning:

Pijn:



**5c. In welke situaties zie je dit?**

Angst:

Boosheid/frustratie:

Verdriet:

Spanning:

Pijn:

**6. Laat**                      **zich troosten? Zo ja; hoe dan?**

**7. Wat zijn gedragingen van**                      **die je (nog) niet begrijpt?**

**8. Is**                      **volgens jou wisselend gestemd?**

Nee

Ja. Beschrijf hoe                      dit uit:

**9. Hoe gaat**                      **volgens jou om met overgangen in het dagprogramma?**

## Behoeften

10a. Aan welke wijze van omgang heeft  volgens jou behoefte?

10b. Vind jij dat dit in voldoende mate geboden kan worden?

11. Wat heeft  nodig om zich veilig te kunnen voelen (bijvoorbeeld duidelijk aangeven wanneer er een nieuwe activiteit gaat komen)?

**12. Heeft** **het volgens jou naar zijn zin thuis/dagbestedingslocatie/school/werkplek? Zo ja, waarom?**  
**Zo nee, waarom niet?**

Ja

Nee. Toelichting:

**13. Weet jij meestal hoe je met** **moet omgaan?**

Ja

Nee. Beschrijf wanneer niet:

## Relaties

14a. Zoekt  contact met anderen? Zo ja, met wie en hoe dan?

14b. Hoe groot is het sociale netwerk van  ? Hoeveel contacten heeft  buiten de professionals (begeleiders, therapeuten, arts, gedragsdeskundige, etc.)?

14c. Is dit netwerk nu en in de toekomst voldoende voor  en jullie? Zo nee, zijn er suggesties voor uitbreiding?

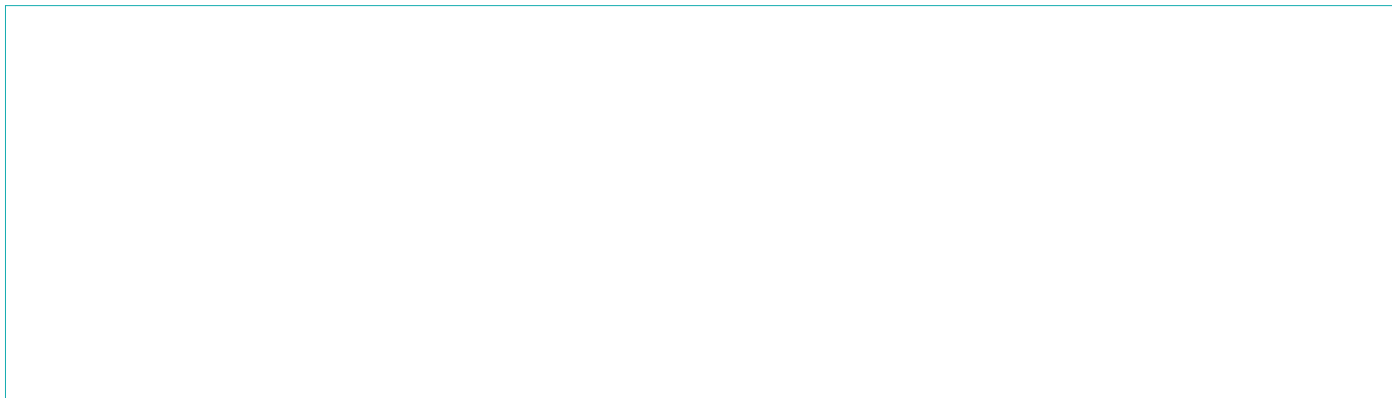
## Meedoen

15. Heeft de mogelijkheid om deel te nemen aan dagelijkse klusjes (zoals tafeldekken/afruimen, was opvouwen, kamer opruimen etc.)?

16. Wat doet in zijn/haar vrije tijd?

17. Maakt gebruik van faciliteiten in de wijk (zoals zwembad, kerk, theater, bioscoop, markt etc.)?

**18. Op welke manier zou het netwerk kunnen en willen bijdragen aan de mogelijkheden om mee te doen voor ?**



Deze vragen worden afzonderlijk door ouders/verwanten en betrokken professionals ingevuld.

## Deel 4: Toekomst

1. Waar is het afgelopen jaar aan gewerkt?

2. Welke resultaten heeft dit opgeleverd voor \_\_\_\_\_ ?

3. Is \_\_\_\_\_ hierdoor veranderd? Waar zie/merk je dat aan?



**4. Wat zou je over een jaar voor wensen?**

**5. Op welke manier zou je hieraan kunnen en willen bijdragen?**



[programmaperspectief.nl](http://programmaperspectief.nl)

[aw-emb.nl](http://aw-emb.nl)



Dit is een uitgave van de Academische Werkplaats EMB