

De rol van de regiebehandelaar bij volwassenen met ASS

MARIJE SWETS, MARLEEN MONSMA, RICHARD VUIJK, CAROLINE SCHURMAN

SAMENVATTING

In dit artikel wordt de rol van de regiebehandelaar in de hulpverlening aan volwassenen met een autismespectrumstoornis (ASS) onder de aandacht gebracht en gerelateerd aan het model kwaliteitsstatuut ggz (2018) en de Zorgstandaard Autisme (2017). Om inzicht te krijgen in de visie van ASS ggz-hulpverleners op het regiebehandelaarschap, werd bij hen tijdens het najaarssymposium (gehouden op 30 oktober 2018) van het Consortium Autisme Spectrum Stoornissen bij volwassenen (CASS18+) een enquête afgenomen. De resultaten worden hier besproken.

SUMMARY

This article focuses on the role of the 'regiebehandelaar', -the therapist in charge-, as defined by the 'model kwaliteitsstatuut ggz' and the 'Zorgstandaard Autisme'. The 'Zorgstandaard Autisme' elaborates on the obligations defined by the 'model kwaliteitsstatuut' and emphasises that, in addition, in autism continuity and availability, specifically, are very important. A questionnaire on the subject filled out by mental health practitioners working in the autism field, shows that most find that, contrary to the demands of the 'model kwaliteitsstatuut', the assisting-'regiebehandelaars' can function as the primary contact for patients and relatives. The questionnaire also shows that practitioners feel that easy accessible consultation should be developed.

Autismespectrumstoornis (ASS), kortweg autisme genoemd, is een zeer complexe stoornis die vooral bij volwassenen veelvuldig samengaat met andere psychiatrische stoornissen (Lever & Geurts, 2016; Supekar, Iyer, & Menon, 2017). De behoefte aan behandeling en begeleiding loopt bij volwassenen met autisme zeer uiteen, zowel wat betreft inhoud en duur als frequentie. Rutter, Greenfeld en Lockyer (1967) constateren reeds in de jaren 50-60 van de vorige eeuw, dat de overgrote meerderheid van mensen met autisme levenslang een vorm van begeleiding en/of intensieve zorg nodig heeft. Overzichtsstudies bevestigen dit beeld (Howlin, Moss, Savage, & Rutter, 2013; Steinhausen, Mohr Jensen, & Lauritsen, 2016). De begeleiding en zorg bij volwassenen met autisme richten zich vaak op meerdere domeinen (Jensen & Cain Spannagel, 2011; Loomis, 2014) waardoor de behandeling van mensen met autisme zowel inhoudelijk als organisatorisch complex kan zijn. Voor een goede afstemming tussen alle bij de behandeling betrokken partijen (patiënt, naasten en zorgverleners binnen en buiten de ggz), is het van belang dat er duidelijke afspraken zijn over welke professional de regie heeft over welk aspect van de behandeling. Dit maakt het nodig een regiebehandelaar aan te stellen.

Met het verschijnen van het model kwaliteitsstatuut ggz is de regiebehandelaar in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een feit. Vanaf eind 2017 is ook de Zorgstandaard Autisme (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017) beschikbaar waarin ook aandacht is voor de rol van de regiebehandelaar in de ggz. Deze zorgstandaard is op verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) ontwikkeld om een zo goed mogelijke autismezorg te waarborgen. Hierin staat in hoofdlijnen beschreven waaraan goede ggz voor mensen met autisme moet voldoen. Het gaat daarbij om het gehele hulpverleningsproces, zowel zorginhoudelijk als procesmatig. De patiënt staat centraal. Concreet betekent dat: luisteren naar de wensen en behoeften van mensen met autisme, zorgen voor gezamenlijke besluitvorming en ondersteuning geven bij het vinden en versterken van hun eigen kracht.

Met dit artikel willen we de regiebehandelaar in de behandeling van volwassenen met autisme onder de aandacht brengen van ggz-professionals. In een drietal concrete voorbeelden vanuit verschillende ggz-instellingen wordt een actuele impressie gegeven van het regiebehandelaarschap in de hulpverlening aan volwassenen met autisme. We hebben daarnaast een enquête voorgelegd aan ggz-professionals gespecialiseerd in autisme en gevraagd naar hun mening over het regiebehandelaarschap. In de discussie wordt ingegaan op de resultaten en geven we mogelijke verklaringen voor de discrepanties met het model kwaliteitsstatuut ggz en de Zorgstandaard Autisme. Tot slot geven we adviezen voor de klinische praktijk en voor vervolgonderzoek. Voor de leesbaarheid van het artikel verwijzen we naar bijlage 1 voor taken van de regiebehandelaar volgens het model kwaliteitsstatuut ggz, bijlage 2 voor de eigenschappen en taken van de regiebehandelaar volgens de Zorgstandaard Autisme en bijlage 3 voor het overzicht van professionals die als regiebehandelaar in de ggz kunnen optreden volgens het model kwaliteitsstatuut ggz.

CASUÏSTIEK REGIEBEHANDELAARSHIP IN DE BEHANDELING VAN VOLWASSENEN MET AUTISME

Voor elke ggz-professional en dus ook de regiebehandelaar geldt, dat de kwaliteit van de therapeutische relatie de meest robuuste voorspeller blijkt te zijn voor behandelingsucces in het werken met mensen met psychische en psychiatrische problematiek (Hafkenscheid, 2014; Hardy, Cahill, & Barkham, 2007). Een eerste pilotstudie hiernaar bij mensen met autisme komt tot dezelfde veelbelovende conclusie (Den Besten & Bal, 2015). Bij het aangaan van een therapeutische relatie is kennis en kunde van hoe om te gaan en in contact te staan met volwassenen met autisme daarom van wezenlijk belang (Schuurman, Brandenburg, & Geurts, 2013).

Ter illustratie geven we drie concrete voorbeelden van de wijze waarop de rol van regiebehandelaar ingevuld kan worden.

Casus regiebehandelaarschap basis-ggz: de vrijgevestigde praktijk

Een patiënt wordt verwezen door de huisarts naar een vrijgevestigde gezondheidszorgpsycholoog in de basis-ggz nadat recent een autismespectrumstoornis is vastgesteld. Er is sprake van overbelasting. De huisarts heeft voorafgaand aan de verwijzing telefonisch contact met de gezondheidszorgpsycholoog, die in eigen praktijk zowel regiebehandelaar als uitvoerend behandelaar is. De behandeling bestaat uit het in balans brengen van draagkracht en draaglast. Een medicatievraag van patiënt wordt door de regiebehandelaar in een telefonisch contact aan de huisarts voorgelegd. Tijdens de behandeling blijkt de praktische vertaling naar de thuissituatie van wat patiënt in de behandeling leert niet te slagen. De regiebehandelaar bespreekt daarop met patiënt de noodzaak van thuisondersteuning door een sociaal wijkteam. Een indicatiegesprek met een medewerker van de gemeente wordt vervolgens door de regiebehandelaar met patiënt voorbereid. Daarop krijgt patiënt een autismebegeleider toegewezen, die aanwezig is tijdens het eindgesprek van de basis ggz-behandeling. Zo zorgt de regiebehandelaar voor een 'warme' overdracht en wordt continuïteit van de zorg gewaarborgd.

Casus regiebehandelaarschap gespecialiseerde ggz: de polikliniek

Een patiënt met autisme en comorbide persoonlijkheidsstoornis meldt zich bij een autismecentrum aan met de vraag om sociale vaardigheidstraining en psycho-educatie autisme en met de vraag om waar mogelijk patronen te doorbreken van sociaal isolement en hoge eisen. Bij patiënt is sprake van een autismespectrumstoornis, een sociale angststoornis en een persoonlijkheidsstoornis met vermijdende en dwangmatige persoonlijkheidstrekken. Een klinisch psycholoog wordt de regiebehandelaar. De regiebehandelaar indiceert patiënt voor zowel een sociale vaardigheidstraining als een schematherapie

waarin tevens in de casusconceptualisatie en de uitleg van de schematherapie psycho-educatief aandacht is voor het autisme. De regiebehandelaar positioneert zich als de eindverantwoordelijke van de behandeling, is daarin zelf uitvoerend behandelaar van de schematherapie en draagt de sociale vaardigheidstraining over aan twee psychologen op de polikliniek die als medebehandelaars fungeren. De regiebehandelaar laat zich tussentijds en aan het eind van de sociale vaardigheidstraining op de hoogte brengen van de voortgang en de resultaten door de twee medebehandelaars. De tussentijdse en eindevaluaties vinden plaats tussen patiënt en regiebehandelaar in aanwezigheid van een van de medebehandelaars.

Casus regiebehandelaarschap gespecialiseerde ggz: de overgang van kliniek naar polikliniek

Een patiënt met een autismespectrumstoornis is twee jaar opgenomen geweest in de ggz, nadat hij ernstig verwaarloosd en in slechte lichamelijke toestand thuis was aangetroffen. In een klinische opname is hij heel geleidelijk weer op gewicht gekomen en is zijn stemming verbeterd. Patiënt is gaan wonen in een appartement met woonbegeleiding en is gestart met vier dagdelen vrijwilligerswerk. De klinische behandeling met een klinisch psycholoog als regiebehandelaar en een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) als medebehandelaar wordt omgezet in een poliklinische behandeling vanuit een FACT-team. Bij het FACT-team is de psychiater regiebehandelaar en een collega SPV is medebehandelaar. In het FACT-team bespreken de regiebehandelaar en medebehandelaar wekelijks de patiënt. Indien nodig zien zij samen de patiënt. De regiebehandelaar is aanwezig bij de tussentijdse evaluaties en het opstellen van het behandelplan. De medebehandelaar bespreekt met de woonbegeleider de terugvalpreventie. De medebehandelaar heeft samen met patiënt contact met de leidinggevende van het vrijwilligerswerk. Daarbij geeft hij uitleg over het autisme en hoe om te gaan met veranderingen of overprikkeling. De medebehandelaar bezoekt patiënt thuis in tijden van een terugval. Ook de regiebehandelaar komt een keer op huisbezoek om patiënt te beoordelen.

RESULTATEN ENQUÊTE REGIEBEHANDELAARSCHAP IN DE BEHANDELING VAN VOLWASSENEN MET AUTISME

Tijdens het najaarssymposium van Consortium Autisme Spectrum Stoornissen bij volwassenen (CASSI8+) (zie: <http://www.cassi8plus.nl>) op 30 oktober 2018 is aan ggz-professionals met ervaring in de behandeling van volwassenen met autisme gevraagd een enquête met tien stellingen over het regiebehandelaarschap in te vullen, om te peilen hoe men denkt over de rol van de regiebehandelaar in de hulpverlening aan volwassenen met autisme (zie tabel 1).

Tabel 1. Uitslag enquête met tien stellingen over het regiebehandelaarschap in de behandeling van volwassenen met autisme. Vierendertig ggz-professionals in de functie van psychiater, psycholoog, psychotherapeut en begeleider hebben de enquête ingevuld.

Stellingen	Eens	Geen mening	Oneens	?
1. Omdat de ontwikkeling van mensen met autisme trager verloopt moet de leeftijd voor de overdracht van jeugd- naar volwassenenzorg verruimd worden naar 30 jaar.	9	2	22	1
2. De huidige praktijk in ggz-instellingen, waarin de medebehandelaar onder zorgvuldige supervisie van een regiebehandelaar het grootste deel van de behandeling uitvoert, werkt goed.	21	2	10	1
3. In tegenstelling tot de eis vanuit de Zorgstandaard Autisme, dat de regiebehandelaar eerste aanspreekpunt is, moet de medebehandelaar eerste aanspreekpunt zijn voor patiënten, naasten en andere betrokken hulpverleners.	30	1	3	0
4. Het belangrijkste verschil tussen de hulpverlening bij autisme en die bij andere psychiatrische aandoeningen is dat er extra aandacht moet zijn voor de continuïteit van zorg en communicatie.	23	4	7	0
5. Ter bevordering van afstemming en continuïteit in de zorg moeten alle hulpverleningsorganisaties (bv. ggz, woonbegeleiding, jobcoaching) vanuit één systeem worden gefinancierd.	21	8	5	0
6. Crisisgevoelige patiënten met autisme moeten zorg vanuit een FACT-team krijgen.	27	3	4	0
7. Consultatie voor ambulante begeleiders buiten de ggz moet gemakkelijk toegankelijk zijn.	33	1	0	0
8. Het beschikbaar blijven voor consultatie en advies door de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz is alleen goed uitvoerbaar als hiervoor financiering komt, bijvoorbeeld via een 'consultatie-dbc'.	24	7	2	1
9. Consultaties kunnen door ervaren medebehandelaars worden gedaan onder supervisie van een regiebehandelaar.	30	1	3	0
10. 'Regie' in de term regiebehandelaar staat voor het uitzetten van de grote lijnen in de behandeling en niet voor de dagelijkse coördinatie.	25	2	7	0

Tabel 1 geeft aan dat de overgrote meerderheid van de respondenten vindt dat consultatie voor ambulante begeleiders buiten de ggz gemakkelijk toegankelijk moet zijn (item 7), dat niet de regiebehandelaar maar de coördinerend behandelaar eerste aanspreekpunt zou moeten zijn voor patiënt en zijn naasten (item 3) en dat naast regiebehandelaars ook ervaren medebehandelaars consultatie kunnen geven (item 9). Een ruime meerderheid vindt dat bij crisisgevoelige patiënten de primaire zorg vanuit een FACT-team geregeld moet worden (item 6), dat 'regie' in de term regiebehandelaar het uitzetten van de grote lijnen betekent en niet ook de dagelijkse coördinatie (item 10) en dat het beschikbaar blijven voor consultatie en advies door de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz alleen goed uitvoerbaar is als hiervoor financiering komt via bijvoorbeeld een 'consultatie-dbc' (item 8). Een meerderheid vindt dat in de hulpverlening bij autisme extra aandacht moet zijn voor de continuïteit van zorg en communicatie (item 4), vindt niet dat in de hulpverlening aan mensen met autisme de leeftijd voor de overdracht van jeugd- naar volwassenenzorg verruimd moet worden naar 30 jaar (item 1) en kan zich vinden in de huidige praktijk waarin de medebehandelaar onder zorgvuldige supervisie van de regiebehandelaar het grootste deel van de behandelingen uitvoert (item 2). Met het invoeren van één financieringssysteem voor alle hulpverleningsorganisaties (zoals ggz, woonbegeleiding, jobcoaching) met als doel een betere afstemming en continuïteit is 62% van de respondenten ($N = 21$) het eens (item 5).

DISCUSSIE

Het model kwaliteitsstatuut ggz (2018) beschrijft voor alle patiënten in de ggz specifiek hoe en op welk moment de regiebehandelaar zijn taken in een behandeling uitvoert en op welke manier deze gedelegeerd kunnen worden. De Zorgstandaard Autisme, geschreven vanuit patiëntperspectief, legt daarbij de nadruk op de continuïteit en bereikbaarheid van de zorg en heeft de eisen van het kwaliteitsstatuut ongewijzigd overgenomen. Het is duidelijk dat zowel het patiëntperspectief als dat van de naasten is toegevoegd, waarbij aandacht voor beleving en behoefte van deze belanghebbenden verder wordt uitgewerkt. Vanuit het autismespecifieke perspectief wordt speciaal nadruk gelegd op de continuïteit van zorg en de bereikbaarheid, passend bij het chronische en wisselende karakter van de klachten. De regiebehandelaar wordt expliciet als de regievoerder over het zorgproces en eerste aanspreekpunt voor patiënt en zijn naasten genoemd. Wanneer hij/zij de enige behandelaar is, draagt deze voor het geheel de verantwoordelijkheid en de organisatie. Wanneer een medebehandelaar betrokken is bij de behandeling, zoals vaak het geval is in ggz-instellingen, kunnen taken in overleg gedelegeerd worden met daarbij terugkerende overleggen en contactmomenten tussen patiënt, medebehandelaar en regiebehandelaar.

Het stellen van eisen aan hoe de zorg geboden wordt heeft altijd twee kanten. Enerzijds waarborgt het een voldoende kwaliteit van zorg en voorkomt het misbruik van ggz-middelen, anderzijds stelt het eisen die in sommige gevallen niet leiden tot een betere kwaliteit maar wel tot stroperige overregulering. Door middel van een vragen-

lijst is de mening van de ggz-professional over dit spanningsveld aan de hand van voor autisme relevante thema's getoetst. De groep geënquêteerden is klein en niet representatief voor het gehele werkveld. Om een genuanceerder beeld te krijgen kan overwogen worden de enquête te herhalen in een grotere, meer representatieve groep. Op basis van de uitslag van de enquête met tien stellingen over het regiebehandelaarschap valt op, dat er zowel overeenkomst als verschil van visie is op de rol van de regiebehandelaar volgens het model kwaliteitsstatuut ggz en de Zorgstandaard Autisme aan de ene kant en de ervaringen van ggz-professionals in de praktijk aan de andere kant. Dienovereenkomstig zien we dat de ggz-professional zich in hoge mate kan vinden in de betekenis van het begrip 'regie'. Ruim twee derde van de ggz-professionals vindt dat de medebehandelaar onder supervisie van de regiebehandelaar het grootste deel van de behandeling goed kan uitvoeren. Twee derde van de ggz-professionals kan zich vinden in de extra aandacht voor de continuïteit van zorg en communicatie specifiek voor mensen met autisme. Wat betreft de verschillen vindt een overgrote meerderheid in de praktijk dat niet de regiebehandelaar maar de medebehandelaar eerste aanspreekpunt zou moeten zijn voor en geconsulteerd kan worden door patiënt en zijn naasten. Ook onze klinische ervaring is dat de medebehandelaar vrijwel altijd eerste aanspreekpunt is. De praktijk en de gestelde eisen komen op dit gebied niet overeen en roepen de vraag op of op dit punt de eisen moeten worden aangepast aan de praktijk.

Ten slotte stelt de overgrote meerderheid van de ggz-professionals dat bij crisisgevoelige patiënten met autisme de primaire zorg vanuit een FACT-team geregeld moet worden. De mogelijkheid van het bieden van intensievere zorg tijdens een crisis lijkt hiermee voor ggz-professionals meer gepast dan een autismspecifieke behandeling. Onzes inziens zijn algemeen opgeleide ggz-professionals voldoende in staat om adequate zorg te bieden aan patiënten met autisme. Daarnaast vinden vrijwel alle ggz-professionals dat consultatie van de regiebehandelaar buiten de ggz toegankelijker moet zijn. Zorg vanuit de ggz is niet continu nodig. Wel vindt men continuïteit van zorg en mogelijkheden van consultatie belangrijk. Er is winst te behalen in het ondersteunen van begeleiders. Vaak wordt gedacht aan meer steun en behandeling van de patiënt, maar eerder zou ondersteuning van begeleiders door ervaren ggz-professionals hier uitkomst kunnen bieden. Consultatie en intervisie helpen ambulante en vaak solistisch werkende begeleiders professionele afstand te bewaren tot de patiënten en problemen vanuit verschillende perspectieven te bekijken. Professionalisering van de 'autismecoach' met daaraan gekoppeld een gedegen opleiding en beschermde titel is hierin noodzakelijk. Het bieden van consultatie kan eveneens voorkomen dat de hulp voor de patiënt opgeschaald moet worden naar duurdere ggz-zorg.

Een andere vorm van continuïteit in de zorg rondom autisme is de flexibele omgang met de leeftijdsindeling. De Zorgstandaard Autisme stelt voor een leeftijdsindeling voor jongvolwassenheid te hanteren tot 30 jaar. De abrupte overgang zoals nu gehanteerd met de huidige leeftijdsgrens van 18 tot 23 jaar van jeugd-ggz en het daaraan gekoppelde financieringssysteem belemmert deze mogelijkheid. De mogelijkheid van een meer geleidelijke overgang naar volwassenen-ggz is van belang, omdat de

ontwikkeling bij mensen met autisme in het algemeen grilliger verloopt en met name de sociaal-emotionele ontwikkeling vaak langzamer gaat. Vanuit zorgbehoeften geredeneerd is er daarom voor gekozen om deze bredere periode te benoemen als levensfase tussen kindertijd en volwassenheid in. Het verruimen van de leeftijdsgrens voor overgang naar de volwassenen-ggz zou kunnen leiden tot meer passende zorg. Een betere samenwerking tussen jeugd- en volwassenenzorg zou ook de continuïteit van kennis ten goede komen en had wellicht kunnen voorkomen dat autisme bij volwassenen zo lang ongezien is gebleven. Het betrekken van kinder- en jeugdbehandelaars bij CASS18+ en levenslooppoli's zou een eerste stap kunnen zijn om deze verbinding te leggen. De optie van verruiming van de periode van overgang van jeugd naar volwassenen-ggz is aan de ggz-professionals in de enquête voorgelegd. Twee derde van de ggz-professionals vindt echter niet dat in de hulpverlening aan mensen met autisme de leeftijd voor de overdracht van jeugd- naar volwassenen-ggz verruimd moet worden naar 30 jaar. Onze mening wordt dus niet gedeeld.

Onze huidige zorg wordt voor een groot deel financieel gestuurd. Twee derde van de ggz-professionals vindt dat consultatie alleen goed uitvoerbaar is als hiervoor financiering beschikbaar is via bijvoorbeeld een 'consultatie-dbc'. Twee derde van de ggz-professionals vindt dat ter bevordering van afstemming en continuïteit in de zorg alle hulpverleningsorganisaties (bv. ggz, woonbegeleiding, jobcoaching) vanuit één systeem gefinancierd zouden moeten worden.

CONCLUSIE

In dit artikel hebben we de rol van de regiebehandelaar in de hulpverlening aan volwassenen met autisme onder de aandacht gebracht en uiteengezet aan de hand van het model kwaliteitsstatuut ggz (2018), de Zorgstandaard Autisme en de antwoorden van een enquête over hoe ggz-professionals denken over de invulling van het regiebehandelaarschap bij deze doelgroep.

Het model kwaliteitsstatuut ggz beschrijft specifiek hoe en op welk moment de taken moeten worden uitgevoerd en op welke manier zij gedelegeerd kunnen worden. De Zorgstandaard Autisme is overeenkomstig het model kwaliteitsstatuut ggz gericht op mensen met autisme en legt de nadruk op de continuïteit en bereikbaarheid van het zorgaanbod voor deze doelgroep. Uit onze enquête blijkt dat de meeste ggz-professionals vinden dat het huidige systeem met een regiebehandelaar voor het uitzetten van de grote lijnen en een medebehandelaar voor de dagelijkse uitvoering goed werkt. Men is, in tegenstelling tot het model kwaliteitsstatuut ggz en de Zorgstandaard Autisme, van mening dat de medebehandelaar eerste aanspreekpunt zou moeten kunnen zijn en een consultatieve rol zou mogen spelen in de behandeling. Daarnaast blijkt in de praktijk grote behoefte aan een aanbod van consultatie van regiebehandelaars over de grenzen van de ggz heen. Tevens kan het flexibeler omgaan met de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, hoewel deze mening niet door een meerderheid van de geënquêteerden gedeeld wordt.

EMPIRISCH ONDERZOEK

Dit artikel is tot stand gekomen naar aanleiding van een verzoek van de Werkgroep Zorgstandaard Autisme aan Consortium Autisme Spectrum Stoornissen bij volwassenen (CASS18+), een netwerk van ggz-hulpverleners dat zich inzet voor verbetering van de psychodiagnostiek en behandeling van autisme bij volwassenen in Nederland. De auteurs zijn leden van de werkgroep Behandeling van CASS18+, die met het verzoek aan de slag zijn gegaan.

Auteursgegevens

Marije Swets is psychiater, werkzaam bij Leo Kannerhuis te Amsterdam, onderdeel van de Parnassia Groep.

Marleen Monsma is klinisch psycholoog, werkzaam bij Voorzet te Haarlem.

Richard Vuijk is klinisch psycholoog, werkzaam bij Sarr Expertisecentrum Autisme te Rotterdam, onderdeel van Parnassia Groep en geeft scholing en presentaties vanuit eigen praktijk. Sarr Expertisecentrum Autisme, Oudedijk 76, 3062 AG Rotterdam.

Caroline H. Schuurman is gezondheidszorgpsycholoog, cognitief gedragstherapeut/supervisor VGCT, senior schematherapeut en psycholoog NIP werkzaam in eigen praktijk.

Dankwoord

Met dank aan Pascal Verjans, als psychiater werkzaam bij Lionarons GGZ locatie Heerlen en in eigen praktijk, lid werkgroep Behandeling CASS18+, voor haar suggesties op de inhoud van het artikel.

Referenties

- Den Besten, J. & Bal, A.M. (2015). De therapeutische relatie bij cliënten met autismespectrumstoornissen: een pilot studie. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 39-46.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hardly, G., Cahill, J., & Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: a research perspective. In: P. Gilbert & R.L. Leahy (eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 22-42). Londen: Routledge.
- Howlin, P., Moss, P., Savage, S., & Rutter, M. (2013). Social outcomes in mid to later adulthood among individuals diagnosed with autism as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 572-581.
- Jensen, V.K. & Cain Spanngel, S.C. (2011). The spectrum of autism spectrum disorder: a spectrum of needs, services, and challenges. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 1-9.
- Lever, A.G. & Geurts, H.M. (2016). Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 1916-1930.
- Loomis, J.W. (2014). Supporting adult independence in the community for individuals with high-functioning autism spectrum disorders. In F.R. Volkmar, S.J. Rogers, R. Paul & K.A. Pelphrey (eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*,

Fourth edition, Volume 2 Assessment, interventions and policy (pp. 949-968). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.

Model kwaliteitsstatuut ggz versie 1.1 (2018). <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). *Zorgstandaard Autisme*. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz. <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/07/Zorgstandaard-Autisme.pdf>

Rutter, M., Greenfeld, D., & Lockyer, L. (1967). A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioral outcome. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1183-1199.

Schuurman, C., Brandenburg, M., & Geurts, H. (2013). Algemene aspecten van behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis. In C. Schuurman, E. Blijd-Hoogewys & P. Gevers (red.), *Behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis* (pp. 41-59). Amsterdam: Hogrefe.

Steinhausen, H.-C, Mohr Jensen, C., & Lauritsen, M.B. (2016). A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcome of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 133, 445-452.

Supekar, K., Iyer, T., & Menon, V. (2017). The influence of sex and age on prevalence rates of comorbid conditions in autism. *Autism Research*, 10, 778-789.

Advertentie

SWP

Bestel online op www.swpbook.com



Angst overwinnen

*Geen zorgen meer, versla stress
& voel je weer gelukkig*

 Nik Speakman, Eva Speakman

ISBN 978 90 8850 949 0 | 240 PAGINA'S | € 25,00

Angst overwinnen kan je bevrijden van de emotionele en fysieke last van leven met angst. Of het nu gaat om vliegangst, fobieën, sociale angst, paniekaanvallen of een andere angststoornis; ze komen allemaal aan bod. En je leert de vaste denkpatronen en gewoonten van angst te doorbreken en te overwinnen.



Uitgaven van SWP zijn verkrijgbaar in de (online) boekhandel

Bijlage 1

Taken van de regiebehandelaar volgens model kwaliteitsstatuut ggz (2018)

De regiebehandelaar:

- draagt verantwoordelijkheid voor het intakeproces en de psychodiagnostiek
- draagt verantwoordelijkheid voor door- en terugverwijzing
- is in de gespecialiseerde ggz verantwoordelijk voor toetsing en afstemming over besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling in een multidisciplinair team, o.a. bij opstellen van behandelplan, ontslag en crisis
- is verantwoordelijk voor het betrekken van de patiënt bij de besluitvorming en het vastleggen hiervan
- coördineert het zorgproces, is verantwoordelijk voor de integraliteit en spant zich in voor een goede samenwerking en afstemming tussen betrokken ggz-professionals
- heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling
- vergewist zich ervan dat de andere betrokken ggz-professionals voldoende bevoegd en bekwaam zijn voor hun taak
- ziet toe op een adequate dossiervoering
- laat zich door betrokken ggz-professionals informeren en toetst of hun activiteiten bijdragen aan de behandeling en passen in het behandelplan
- zorgt voor een gezamenlijk overleg met betrokken ggz-professionals, zo mogelijk in aanwezigheid van patiënt, om de behandeling te evalueren en bij te stellen.

Bijlage 2

Eigenschappen en taken van de regiebehandelaar volgens de Zorgstandaard Autisme (2017)

De regiebehandelaar:

- voldoet aan de voorwaarden van het model kwaliteitsstatuut ggz (2018)
- bezit relevante inhoudelijke deskundigheid, gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt
- is eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger
- draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces
- is beschikbaar voor consultatie en advies aan professionals die betrokken zijn bij de begeleiding van de patiënt met autisme in het sociale domein
- bevordert bij overdracht van behandeling naar begeleiding dat de patiënt passende begeleiding krijgt
- biedt bij overdracht naar langdurige zorg een warme overdracht en is daarbij beschikbaar voor consultatie en advies.

Bijlage 3

Overzicht van professionals die als regiebehandelaar in de ggz kunnen optreden volgens model kwaliteitsstatuut ggz (2018)

Generalistische basis ggz (gbggz)	
vrije vestiging	ggz-instelling
gz-psycholoog	gz-psycholoog
psychotherapeut	psychotherapeut
klinisch psycholoog	klinisch psycholoog
klinisch neuropsycholoog	klinisch neuropsycholoog
	verpleegkundig specialist ggz
	specialist ouderengeneeskunde ¹
	klinisch geriater ¹
	verslavingsarts ²
Gespecialiseerde ggz (gggz)	
vrije vestiging	ggz-instelling⁶
psychiater	psychiater
klinisch psycholoog	klinisch psycholoog
klinisch neuropsycholoog	klinisch neuropsycholoog ³
psychotherapeut	psychotherapeut ⁴
	gz-psycholoog ⁴
	verpleegkundig specialist ggz ⁵
	specialist ouderengeneeskunde ¹
	klinisch geriater ¹
	verslavingsarts ²

¹ indien dementie de hoofddiagnose is

² indien verslaving en/of gokproblematiek de hoofddiagnose is

³ bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten

⁴ bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders en met primaire focus op psychologische factoren

⁵ primaire focus van behandeling niet (meer) gericht op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen en beperkingen alsmede laagcomplex, protocollair behandelbare medische zorg

⁶ een psychiater of klinisch psycholoog is altijd lid van een multidisciplinair team en kan voor alle categorieën patiënten als regiebehandelaar fungeren. Voor een aantal patiënten/behandeltrajecten kan de inzet van een ander type regiebehandelaar overwogen worden. De ggz-aanbieder maakt hierin eigen keuzes