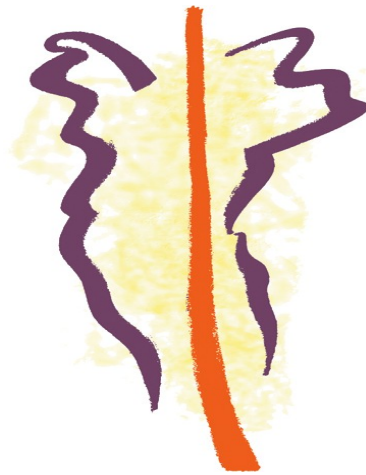


Zorgtrajecten en zorgpaden



Queeste antroposofische zorg

Inhoud:

Visie	6
Inleiding	6
Basis GGZ	7
Algemeen	7
Basis GGZ kort	7
Basis GGZ Middel	7
Basis GGZ Intensief	8
Basis GGZ Chronisch	8
Zorgaanbod en verloop	8
Specialistische GGZ	
Algemeen	9
Kinderen, adolescenten en jong- volwassenen tot 23 jaar	9
Behandelvormen	9
1. Zorgpad Signaleren, Screenen en Gerichte diagnostiek	10
1) Fase: Probleemherkenning	10
2) Fase: Probleemdefiniëring	10
3) Fase: Bedenken en afwegen van de handelingsmogelijkheden	11
4) Fase: Maken van een plan	11
5) Fase: Evaluatie	11
6) Fase: Uitvoering	12
Verlengde diagnostiek/gericht onderzoek	12
2. Zorgpad Depressieve Stoornis	13
Algemeen	13
Screenen en diagnostiek	13
Kinderen en jeugd	13
Behandeling algemeen	14
Basis GGZ	14
Specialistische GGZ	14
a) Algemeen	14
b) Eerste stap interventies	14
c) Psychotherapie, medicatie, combinatiebehandeling, biologische behandeling	14
d) Ondersteunende interventies	15
e) Terugvalpreventie	15
Behandeling specifiek	16
1) Depressieve periode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden	16
2) Depressieve periode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden	16
3) Depressieve periode, matig of ernstig; eerste periode langer dan 3 maanden	17
4) Depressieve periode, matig of ernstig, recidief	17
5) Dysthyme stoornis	17
3. Zorgpad Angststoornissen	19
Algemeen	19
Screenen en diagnostiek	19
Kinderen en jeugd	19
Behandeling algemeen	20
Basis GGZ	20

Specialistische GGZ	20
a) Basisinterventies	20
b) Ondersteunende interventies	20
Behandeling specifiek	21
1) Paniekstoornis, licht	21
2) Paniekstoornis, ernstig	21
3) Sociale angststoornis	21
4) Obsessief- compulsieve stoornissen	21
5) Gegeneraliseerde angststoornis	21
6) Posttraumatische Stresstoornis	21
7) Specifieke fobie	21
8) Hypochondrie	22
4. Zorgpad Autisme spectrumstoornissen	22
Algemeen	22
Screening	22
Diagnostiek	22
Behandeling algemeen	23
Basis GGZ	24
Specialistische GGZ	24
a) Basisinterventies	24
b) Ondersteunende interventies	24
Behandeling specifiek	25
Behandeling kinderen en Jeugd	25
5. Zorgpad Somatoforme stoornissen	27
Algemeen	27
Screening en diagnostiek	27
Kinderen en jeugd	27
Behandeling algemeen	27
Basis GGZ	28
Specialistische GGZ	28
a) Basisinterventies	28
b) Ondersteunende interventies	28
Behandeling specifiek	28
6. Zorgpad Aandachtstekortstoornis	30
Algemeen	30
Screening en verkorte diagnostiek	30
Diagnostiek	30
Behandeling algemeen	31
Basis GGZ	31
Specialistische GGZ	32
a) Basisinterventies	32
b) Ondersteunende interventies	32
Behandeling specifiek	32
7. Zorgpad gedragsproblemen (ODD/CD)	33
Algemeen	33
Screening en verkorte diagnostiek	33
Diagnostiek	33
Behandeling algemeen	34

Basis GGZ		34
Specialistische GGZ		34
a) Basisinterventies		34
b) ondersteunende interventies		34
Behandeling specifiek		35
8. Zorgpad Persoonlijkeidstoornissen	- in ontwikkeling-	36
9. Zorgpad Suïcidaal gedrag	- in ontwikkeling-	36
10. Zorgpad Hechtingsstoornis	- in ontwikkeling-	36
Literatuur		37

Visie

Queeste, is een zorgaanbieder in Alkmaar en is onderdeel van de Raphaëlstichting. Queeste is GGZ zorg, ambulante begeleiding, dagopvang en verblijfsmogelijkheden. In de hiernavolgende beschrijving van de zorg betreft het enkel de GGZ afdeling van Queeste. Queeste biedt Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ aan kinderen, jongeren en volwassenen met psychiatrische problematiek en/of een verstandelijke beperking. De doelgroep van Queeste is divers. Queeste hanteert geen leeftijd- en IQ grenzen mits diagnostiek en/of behandeling mogelijk is. Queeste wil mensen met psychische problematiek zorg op maat bieden, afgestemd op de behoeften, wensen en mogelijkheden van de client. De nieuwste wetenschappelijke kennis en bewezen effectieve behandelingen op het gebied van diagnostiek en behandeling zijn bij Queeste verwerkt in het zorgaanbod. Queeste werkt, zoveel als mogelijk met evidence based programma's. Queeste werkt vanuit gezamenlijk besluitvorming oftewel Shared Decision making, waarbij alle beslissingen rond de behandeling in overleg met de client tot stand komen. De behandel doelstellingen worden met de client afgestemd en vastgelegd in een behandelovereenkomst. Tijdens het gehele behandeltraject is de patiënt gesprekspartner als het gaat om afstemming van doelen en interventies. Een middel om de werkrelatie, het verloop van de klachten, het bewustzijn van de klachten en het verloop van de therapie inzichtelijk te maken is de Routine Outcome Monitoring (ROM). Rom is een manier om op een transparante wijze, samen met de client kwaliteit te beschrijven en te bevorderen. Queeste gebruikt bij de zorg voor volwassenen de SCL- 90 (bij aanvang, tussenmeting en afsluiten), CQ index (bij afsluiten), bij de zorg voor kinderen de ASEBA lijsten (CBCL, YSR, TRF), jeugdthermometer (bij afsluiten). Queeste maakt in toenemende mate gebruik van Client Direct Outcome Informed (CDOI). De ORS en SRS bij volwassenen en adolescenten, de CORS en CSRS bij kinderen tussen de 6 en 13 jaar. Bij Queeste staat de Antroposofische mensvisie centraal. Queeste is sterk in het waarnemen van individuele mogelijkheden, in het aanbrengen van een warme aandachtige sfeer, in het verzorgen van een helende omgeving. Zij hecht groot belang aan ritme en rituelen, aan eerbied en aandacht. Die kwaliteit en houding, maakt haar bijzonder. Die kwaliteit wil zij – in antwoord op de benodigde transformatie die zich in de zorg voordoet blijven versterken. Queeste werkt vanuit een salutogenetische benadering waarbij de aandacht zich richt op factoren die gezondheid en welbevinden stimuleren. De oplossingsgerichte manier van werken past hier goed bij. Aangezien een mens altijd onderdeel is van zijn context en een mens het beste te begrijpen en ondersteunen valt met kennis en behulp van zijn context heeft Queeste als insteek om de systemen om de client heen zoveel als mogelijk en wenselijk te betrekken bij de hulpverlening. Deze holistische visie en de daarbij passende behandelingen bieden een veelzijdig complementair aanbod voor de diverse doelgroep die Queeste bedient.

Inleiding

Wanneer een client zich wendt tot de huisarts (of een andere verwijzer) dan moet de deze wegen of een client behandeld kan worden in de huisartsenzorg (bijvoorbeeld door de praktijkondersteuner), dan wel moet worden doorverwezen naar de Basis GGZ of de specialistische GGZ. Binnen de Basis GGZ werkt Queeste samen met Vicino NHN. In de hiernavolgende hoofdstukken wordt een overzicht gegeven van de specifieke behandelmodules voor zowel de Basis GGZ als de specialistische GGZ van Queeste en algemene aanbevelingen bij verschillende psychiatrische classificaties. De specifiek behandelmethodes en algemene aanbevelingen zijn bedoeld om de keuze voor interventies te ondersteunen. Daar waar nodig wordt in de zorgpaden een onderscheid gemaakt tussen de zorg voor kinderen en de zorg voor volwassenen.

Basis GGZ

Algemeen

Bij de Basis GGZ gaat het om afgegrensde behandeltrajecten die in principe eenmalig gevolgd kunnen worden. In de Basis GGZ zijn de volgende vier integrale prestaties van toepassing. Binnen deze prestaties worden verschillende behandelcomponenten aangeboden die passen bij de individuele zorgzwaarte en zorgvraag van de client.

Basis GGZ Kort

→ 294 minuten, maximaal 5 gesprekken

Cliëntprofiel:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis;
- 2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van lichte ernst. Er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te kunnen stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de client ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.
- 3) Er is sprake van een laag risico. Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie.
- 4) er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit. Er is weliswaar sprake van co-morbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperking, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.
- 5) Er zijn aanhoudende persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende bewerkstelligd.

Basis GGZ Middel

→ 495 minuten, maximaal 8 gesprekken.

Cliëntprofiel:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis;
- 2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van matige ernst. De kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.
- 3) Er is sprake van een laag tot matig risico. Ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen zijn er geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Indien er wel sprake is van en latent gevaarsrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals adequate coping, werk of structurele daginvulling een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.
- 4) er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit. Er is sprake van co-morbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperking, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.
- 5) De duur van de klachten beantwoord aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Basis GGZ Intensief

→ 750 minuten, maximaal 12 gesprekken

Cliëntprofiel:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis;
- 2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft ernstige problematiek. De meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperking in het dagelijks functioneren.
- 3) Er is sprake van een laag tot matig risico. Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/ symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico dan staan er beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.
- 4) Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit. Er is sprake van co-morbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperking, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.
- 5) De duur van de klachten beantwoord aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Basis GGZ Chronisch

→ 753 minuten, ongeveer 12 gesprekken per jaar. Dit traject kan worden verlengd indien nodig.

Cliëntprofiel:

- 1) Er is sprake van een DSM stoornis;
- 2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie.
- 3) Er is sprake van een laag tot matig risico. Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/ symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico dan staan er beschermende factoren tegenover, zie prestatie Middel.

Zorgaanbod en verloop

Het aanbod BasisGGZ omvat kennismaking en korte diagnostiek (is er sprake van een psychiatrische stoornis?), kortdurende gesprekstherapie (cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie, EMDR), E- health, gecombineerd met behandeling/begeleiding (blended E- health), psycho- educatie/ voorlichting. De behandelingen worden vooral individueel aangeboden. Wanneer dit mogelijk is kan er ook behandeling in groepsverband aangeboden worden.

Na afronding van de zorg zal de client terugverwezen worden naar de huisarts. Indien de problematiek zo complex blijkt dat vanuit Queeste of vanuit de verwijzer het advies wordt gegeven voor specialistische GGZ dan dient de client opnieuw te worden verwezen. Zo wordt de poortwachtersfunctie van de verwijzer geaccentueerd.

Specialistische GGZ

Algemeen

Poliklinische specialistische GGZ richt zich op psychodiagnostisch onderzoek en behandelen van mensen met complexe psychische problematiek. Queeste werkt met specialisten uit verschillende vakgebieden die samen een multidisciplinair team vormen. De hulpvraag bepaalt de aanpak voor de behandeling en dus ook de samenstelling van het multidisciplinair team. In de specialistische GGZ is er vrijwel altijd sprake van co-morbiditeit, zowel bij de jeugd als bij de volwassenen. Behandelingen zullen zodoende gecombineerd of na elkaar plaatsvinden. Binnen alle behandeltrajecten is regelmatig (maar tenminste elke vier maanden), multidisciplinair overleg (MDO). Bij Queeste is vaak sprake van (L)VG problematiek waardoor goede afstemming en zorg op maat nodig is. Queeste werkt via het zogenaamde stepped care principe, ("kort als het kan, langer als het moet"). Dit betekent niet meer hulp dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.

Kinderen, adolescenten en jong-volwassenen tot 23 jaar

Wanneer kinderen of jongeren zich bij Queeste melden met klachten dan is het doel om het gezin te helpen om te begrijpen wat de problemen zijn, hoe ze zijn ontstaan en hoe er het beste mee omgegaan kan worden. Belangrijkste verschil tussen zorg bij volwassenen en bij kinderen is dat bij kinderen en jeugdigen in veel gevallen samenwerking nodig is met andere instanties. Niet zelden zijn andere instanties als de Jeugd en Gezinsbeschermers, Veilig Thuis, andere zorgverlenende instanties voor het kind zelf, brusjes of de ouders betrokken. In een dergelijk geval neemt Queeste een actieve rol om goed af te stemmen en samen te werken zodat de hulpverlenende instanties gebruik kunnen maken van elkaars expertise. De insteek is dat er duidelijk wordt afgesproken wat de rollen en verantwoordelijkheden zijn zodat er een vangnet gecreëerd wordt daar waar dat nodig is, en de zorgverleners geen dubbel werk doen.

Behandelvormen

Bij de SGGZ wordt behandeling geboden voor de meest complexe aandoeningen. De behandeling is vaak individueel. De client krijgt een vaste behandelaar waarmee behandeldoelen en middelen worden afgesproken in een behandelplan. Cognitieve gedragstherapie, kort durende psychotherapie, systeemtherapie, psycho-educatie, e-health, steunende gesprekken en andere therapievormen kunnen aangeboden worden, afhankelijk van de problematiek en de wensen van de client. Indien mogelijk en wenselijk kan er gekozen worden voor groepstherapie. Queeste streeft ernaar om zorg op maat te bieden en daarbij zo efficiënt mogelijk te werk te gaan. Het volgen van een training of therapie in groepsverband heeft vele positieve effecten op de client; men vindt herkenning, ervaart dat hij of zij niet de enige is, men kan elkaar helpen, hoop geven, elkaar als voorbeeld gebruiken, inzicht krijgen en sociale contacten opbouwen. Indien er genoeg cliënten zijn (minimaal 6) dan kan er worden gekozen om een groep samen te stellen. De inhoud is afhankelijk van de problematiek. Bij stemming en angstklachten kan gekozen worden voor wandeltherapie, een groep voor vrouwen waarbij autonomieversterking centraal staat, of een mindfulness- hartcoherentiegroep. Bij opvoedingsondersteuning kan gekozen worden voor Triple P. Bij kinderen met autisme kan gekozen worden voor een groepstraining gericht op psycho-educatie en sociale vaardigheden. Bij kinderen met gedragsproblemen kan gekozen worden voor een training om de emoties beter te leren reguleren. Naast de reguliere therapievormen biedt Queeste ook complementaire therapieën vanuit de antroposofie. Uitwendige fysiotherapie, kunstzinnige therapie, spraaktherapie, euritmie en muziektherapie behoren tot de mogelijkheden.

1. Zorgpad Signaleren, Screenen & gerichte diagnostiek

Het doel van dit zorgpad is om psychische klachten te signaleren, screenen en zo nodig gerichte diagnostiek te doen. Er wordt gewerkt middels een 'regulatief denkproces' (Strien, 1986) waarbij een reeks denkstappen worden gevolgd om het probleemoplossingsproces optimaal te laten verlopen. Deze regulatieve cyclus kent de volgende fasen:

Fase 1. Probleemherkenning

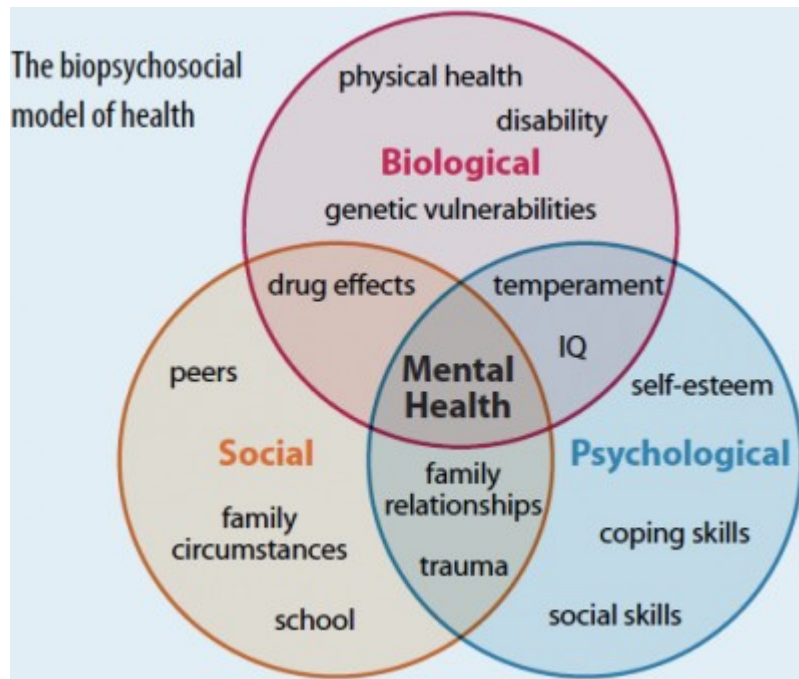
In deze fase meldt de client zich bij de verwijzer met zijn klachten. Er wordt vastgesteld dat er een probleem is en wat de onderdelen van het probleem zijn en of een verwijzing naar basis- dan wel specialistische GGZ aan de orde is.

Wanneer een client zich wendt tot de huisarts dan moet de huisarts wegen of een client behandeld kan worden in de huisartsenzorg (bijvoorbeeld door de praktijkondersteuner), dan wel moet worden doorverwezen naar de Basis GGZ of de specialistische GGZ. Er zijn vijf criteria op basis waarvan bepaald wordt waar de patiënt behandeld wordt, te weten:

1. DSM- Stoornis; is er sprake van een vermoeden van een DSM- stoornis
2. Ernst: wat is de ernst van de problematiek?
3. Risico: Is er sprake van een risico op ernstige zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, huiselijk geweld e.d.?
4. Complexiteit
5. Beloop van de klachten.

Fase 2. Probleemdefiniëring

In deze explorerende fase zal de verwijzer een zo gedetailleerd mogelijk beeld trachten te vormen van de client en zijn klachten, behoeftes en zijn verwachtingen van de hulpverlening. Verwachtingen, cognities, vermijding en omgevingsfactoren dienen dan ook zo expliciet mogelijk aan de orde te komen. Op dit punt neemt de verwijzer contact op met Queeste. In samenspraak met de intake-coördinator wordt besproken of de vraag van de client passend is. Overleg met de verwijzer zorgt voor goede afstemming van de zorg. In deze fase wordt gekozen voor een kortdurend traject (basis GGZ) of een intensiever (specialistisch) traject (specialistische GGZ). Hierna wordt een intake gepland met de client. Het intake-proces bestaat uit een intakegesprek, het verzamelen van informatie van eerdere behandelaars, (hetero) anamnese, het afnemen van vragenlijsten (ROM), Multi Disciplinair Overleg en adviesgesprek. Bij kinderen en jeugdigen wordt een observatie gedaan om zo een beeld te krijgen van de client, diens problematiek en diens sterke kanten. De wensen die de client heeft en de ideeën die de client heeft over de problemen en een mogelijke behandeling worden hierin uitdrukkelijk gekend. In de intake wordt uitgegaan van het biopsychosociaal model waarbij vanuit een biologische, sociale en psychologische invalshoek informatie wordt vergaard.



Fase 3. Bedenken en afwegen van de handelingsmogelijkheden

In het multidisciplinair overleg wordt de client besproken. Professionals nemen met elkaar de tijd om vanuit de verschillende expertises mee te denken over wat er aan de hand is en welke interventie passend zou kunnen zijn.

Fase 4. Het maken van een plan

→ Korte diagnostiek: *tot 250 minuten.*

Indien er voldoende duidelijkheid is over de samenhang van de problematiek en eventueel de bijpassende behandeling dan wordt overgegaan tot het stellen van het stellen van een classificatie, beschrijvende diagnose, behandeldoelen en zorgmiddelen. In een adviesgesprek wordt deze informatie teruggekoppeld aan de client. Naar aanleiding van de inhoud van dit gesprek wordt in samenspraak met de client een behandelovereenkomst opgesteld en ondertekend door de client en de zorgverantwoordelijke.

In het behandelplan van de cliënt worden concrete doelen opgesteld die in samenspraak met de client worden gemaakt. De doelstellingen kunnen betrekking hebben op:

- Het verbeteren van de toestand door verminderen van klachten.
- Verbeteren van functioneren
- Toename van welbevinden
- Bij kinderen ligt vaak de nadruk op veiligheid in het systeem
- Het voorkomen van verdere achteruitgang.
- Overnemen, al dan niet tijdelijk, van functies die patiënt niet meer kan uitvoeren.
- Het voorkomen van een terugval

Fase 5 Evaluatie

Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd. Uit de keuze van de behandeling volgt het eerste evaluatietijdstip.

Fase 6 Uitvoering

Uitvoeren van het plan en evalueren van de effecten van de uitvoering van het plan. Afhankelijk van de diagnose zal een bepaald zorgpad doorlopen worden. Hierna wordt geëvalueerd (met de client) of de geboden zorg voldoende is en of de problemen zijn verholpen of dat er nog meer zorg of juist andere zorg nodig is.

Verlengde Diagnostiek/ Gericht onderzoek.

Bij volwassenen tot 1200 minuten. Bij jeugd tot 1800 minuten.

Indien er nog onduidelijkheid is over de (samenvang van) de problematiek, eventuele diagnose dan kan gekozen worden om gericht onderzoek te doen volgens de empirische cyclus (Hetebrij en Molenaar, 1974). Naar aanleiding van de informatie uit de intake wordt in het Multi Disciplinair Overleg een theorie geformuleerd over het verband tussen de waargenomen informatie. Om deze theorie te toetsen worden voorspellingen gedaan in de vorm van toetsbare hypothesen, logisch afgeleid van de geformuleerde theorie.

Hierna kan, afhankelijk van de problematiek, worden gekozen voor:

- Psychiatrisch onderzoek
- Psychologisch onderzoek (intelligentieonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek, neuropsychologisch onderzoek)
- Uitgebreide hetero anamnese (interviews/vragenlijsten). Het betrekken van de sociale omgeving gebeurt altijd in overleg met de client (Informed consent).
- Systeemiagnostiek (gezin, school e.d.)
- Dossier onderzoek

Regelmatig zal gekozen worden voor een combinatie van bovenstaande onderzoeksvormen. Na afloop van de onderzoeken zal er een terugkoppeling plaatsvinden naar de eerder gestelde hypothesen. Indien nodig wordt de beschrijvende diagnose en de DSM IV (V) classificatie aangepast. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. Op basis van dit nieuwe beeld wordt gekozen voor een behandelvoorstel of, wanneer verklarende diagnostiek de enige vraag was, gekozen voor sluiten van het dossier. In beide gevallen wordt er een adviesgesprek met de client gepland waarin de uitkomsten van de onderzoeksfase worden toegelicht en eventueel het behandel aanbod wordt besproken.

Indien wordt gekozen voor sluiten van het dossier dan wordt de client verzocht de ROM lijsten in te vullen en wordt er een kort overzicht van de geboden zorg aan de huisarts gestuurd.

Indien er wordt gekozen voor een behandeling dan wordt de behandelovereenkomst met zorgdoelen en zorgmiddelen opgesteld en ondertekend door zowel de client als de zorgverantwoordelijke (casemanager) vanuit Queeste. In het behandelplan van de cliënt worden concrete doelen opgesteld die in samenspraak met de client worden gemaakt zoals hierboven beschreven bij het hoofdstuk kortdurende diagnostiek.

2. Zorgpad Depressieve Stoornis

Algemeen

Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad.

Bijna een kwart (24,3%) van de vrouwen heeft ooit in het leven een depressieve stoornis gehad, tegenover 13,1% van de mannen (www.Trimbos.nl).

Screenen en diagnostiek

Bij een vermoeden van depressieve stemming door signalen van de client zelf, signalen van de verwijzer, het netwerk en of een verhoogde score op de SCL90 /ASEBA vragenlijst(en) die standaard worden afgenomen bij de SGGZ intake volgt in de regel een gesprek over de klachten van de client, eventueel gevolgd door de afname van een screeningsvragenlijst (BDI, of in geval van kinderen de CDI). Indien het een kind betreft volgt zonnodig ook een schoolobservatie of een gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. Depressieve klachten zijn soms moeilijk te onderscheiden van andere klachten zoals: stress gerelateerde problemen (spanning, overspanning, burn-out), angststoornissen, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen door geneesmiddelen, klachten veroorzaakt door somatische aandoeningen, aanpassingsstoornis en rouwreactie. Om een indicatie te stellen is het ook van belang om de ernst van de stoornis te bepalen aangezien deze mede bepaalt welke behandeling de client nodig heeft.

Kinderen en jeugd

Het diagnostiektraject bij kinderen is nagenoeg hetzelfde als bij volwassenen. Bij kinderen kan echter ook gekozen worden voor meer contextueel onderzoek op de school of in het gezin.

Bij heel jonge kinderen (ongeveer tot 8 jaar) richt de behandeling zich aanvankelijk vooral op de context.

- Voor de ouders wordt mediatietherapie aangeboden (bijvoorbeeld Trippel P).
- Voor de kinderen zelf kan worden gekozen voor speltherapie met cognitief gedragstherapeutische elementen. Factoren als intelligentie en leeftijd maken dat maatwerk hierbij belangrijk is. Voor de kinderen vanaf ongeveer zeven jaar is er psychotherapie/gespreksterapie mogelijk.
- Voor een E-health module kan worden gekozen bij jonge adolescenten (vanaf 15 jaar)
- EMDR kan worden ingezet wanneer er sprake is van trauma (PTSS) dat samenhangt met de stemmingsproblemen.
- Farmacotherapie
- Steunende en structurerende ouderbegeleiding
- Afgestemd op client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigen) bijvoorbeeld uitwendige therapie, spraaktherapie of heileuritmie

Behandeling algemeen

Bij de behandeling van een depressieve stoornis is het van belang dat zorg op maat wordt geboden; zo kort mogelijk, zo snel mogelijk en zo licht mogelijk. Hierbij is het belangrijk dat er wordt gehandeld vanuit richtlijnen, huidige stand van wetenschap en 'best practice'. De patiënt dient actief betrokken te worden bij de behandeling. (Indien gewenst) worden de naasten van patiënt betrokken opdat zij bij de ondersteuning kunnen bieden.

De eerste herziene richtlijn depressie (2010) van het Trimbos instituut benoemt vooral de behandelvormen die zich specifiek richten op de DSM IV diagnose depressieve stoornis. Daarnaast kunnen therapievormen ingezet worden die zich richten op de uitlokkende, onderhoudende en consequente factoren en in mindere mate op de depressieve stoornis. Deze non specifieke therapievormen kunnen wel bijdragen aan de verbetering van de klachten van de patiënt. Dit kan zowel binnen een groeps- of individuele behandelsetting. Hierbij kan bijvoorbeeld de focus liggen op stressreductie of verbetering van de leefstijl, maar ook kan gedacht worden aan systeeminterventies, relatietherapie en arbeidsgerelateerde interventies.

Basis GGZ

Altijd wordt gestart met psycho-educatie en worden individuele adviezen gegeven teneinde de patiënt te activeren en een gezonde levensstijl te bevorderen. Het beloop van de depressieve episode wordt gemonitord. Cliënten kunnen geholpen worden met hun dagstructuur en het zorgen voor een goed voedingspatroon, goed dag-nachtritme, advies over sport en bewegen in relatie tot de stemming. Bij kinderen en jongeren worden de ouders hier actief bij betrokken.

Mogelijke behandelvormen:

- e- health
- activerende begeleiding
- cognitieve gedragstherapeutische interventies
- psychosociale interventies.

Specialistische GGZ

a. algemeen

Altijd wordt gestart met psycho-educatie en worden individuele adviezen gegeven teneinde de patiënt te activeren en een gezonde levensstijl te bevorderen. Het beloop van de depressieve episode wordt gemonitord. Cliënten kunnen geholpen worden met hun dagstructuur en het zorgen voor een goed voedingspatroon, goed dag-nachtritme, advies over sport en bewegen in relatie tot de stemming. Bij kinderen en jongeren worden de ouders hier actief bij betrokken.

b. Eerste stap interventies

- e- health
- activerende begeleiding
- psychosociale interventies.

c. Psychotherapie, medicatie, combinatiebehandeling, biologische behandeling

De keuze voor een behandelvorm als psychotherapie, medicatie, een combinatiebehandeling en een biologische behandeling wordt in overleg met de patiënt genomen en kan mede bepaald worden door patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, andere beoogde effecten

(bijvoorbeeld op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden).

Psychologische en psychotherapeutische interventies betreffen

- Probleemoplossende therapie,
- Gedragstherapie (GT),
- Cognitieve gedragstherapie (CGT),
- Kortdurende integratieve (psychodynamische) psychotherapie.
- Groepstherapie

Medicatie wordt gekozen op basis van verwachte werkingen op korte en lange termijn. De biologische behandeling betreft onder andere lichttherapie (bij seizoensgebonden depressie). Eventuele somatische co-morbiditeit zal de nodige aandacht moeten krijgen.

d. Ondersteunende interventies kunnen worden toegepast naast de stappen in de basiscategorieën. Bijvoorbeeld een complementaire therapie als uitwendige therapie.

e. Terugvalpreventie worden altijd overwogen nadat (voldoende) herstel is bereikt. Bij remissie van de depressie kan gedacht worden aan Mindfulness of een onderhoudsbehandeling met medicatie. Ook een signaleringsplan kan een preventieve werking hebben. In een signaleringsplan worden in samenspraak met de client de vroege voortekenen van een crisis beschreven evenals een beschrijving wat de client en diens omgeving het beste kan doen als een crisis dreigt of zich voordoet. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van terugkombijeenkomsten met CGT-interventies om aangeleerde vaardigheden op te frissen/ te behouden. Ook periodieke contacten zoals telefoongesprekken en verstrekken van informatiemateriaal kunnen behulpzaam zijn.

Behandeling Specifiek

Er zijn vier categorieën waaraan patiënten worden toegewezen voor behandeling. Dit is op grond van de duur en de ernst van de depressieve episode en het al dan niet optreden van een recidief.

De vier basiscategorieën waarin patiënten worden toegewezen voor behandeling leiden tot de volgende specifieke behandelvormen:

1. Depressieve periode, licht, eerste episode korter dan drie maanden

Altijd wordt gestart met de basisinterventies:

- psycho-educatie (bij kinderen en jongeren worden de ouders hierbij actief betrokken)
- actief volgen
- dagstructurering

In overleg met de patiënt worden de volgende eerste stap interventies aan de basis interventies toegevoegd:

- Zelfhulp, zelfmanagement middels gesprekken
- e-health interventies
- activerende begeleiding
- wandeltherapie
- mindfulness groep
- complementaire therapie (zelf bekostigen).

Het beloop wordt gemonitord en elke zes weken vindt behandel-evaluatie plaats. Bij onvoldoende herstel na 3 maanden wordt overgegaan naar het behandelvormen horende bij de categorie "depressieve episode, licht, langer dan 3 maanden bestaand of recidief". Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats.

2. Depressieve periode, licht, eerste episode langer dan drie maanden

Altijd wordt gestart met de basisinterventies, te weten

- psycho-educatie (bij kinderen en jongeren worden de ouders hierbij actief betrokken)
- actief volgen
- dagstructurering

Eventueel met eerder aan de behandeling toegevoegde eerste stap interventies:

- Zelfhulp, zelfmanagement middels gesprekken
- e-health interventies
- activerende begeleiding
- wandeltherapie
- mindfulness groep

In overleg met de client wordt een keuze gemaakt tussen:

- cognitieve gedragstherapie (CGT)
- gedragstherapie (GT)
- interpersoonlijke therapie
- kortdurende integratieve (psychodynamische) psychotherapie.

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk zes maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats.

Bij onvoldoende herstel wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Andere psychotherapie (keuze uit: CGT, GT, interpersoonlijke therapie, Kortdurende psychodynamische therapie)
- Medicatie (met ondersteunende gesprekken)

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk zes weken vindt behandelbeoordeling plaats.

3. Depressieve episode, matig of ernstig; eerste periode langer dan drie maanden

Altijd wordt gestart met de basisinterventies

- psycho-educatie (bij kinderen en jongeren worden de ouders hierbij actief betrokken)
- actief volgen
- dagstructurering.

Eventueel met toevoeging van de eerste stap interventies zoals E health.

In overleg met de client wordt een keuze gemaakt tussen:

- andere psychotherapie zoals CGT, GT, IPT, of Kortdurende psychodynamische therapie)
- medicatie (met ondersteunende gesprekken)

Het beloop wordt gemonitord en om de drie maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats. Bij onvoldoende herstel wordt in overleg met patiënt de volgende keuze gemaakt:

Andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, of Kortdurende psychodynamische therapie)
Andere (dosis) medicatie
Andere combinatie

Bij onvoldoende herstel op lange termijn wordt in overleg met patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van behandeling
- Wandel therapie
- Handicap model

4. Depressieve episode, matig of ernstig, recidief

Altijd wordt gestart met de basisinterventies zoals hierboven beschreven. Eventueel met toevoeging van de eerste stap interventies zoals e- health.

In overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt tussen:

- Andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, of Kortdurende psychodynamische psychotherapie)
- Combinatie behandeling (psychotherapie en medicatie) Een behandelbeleid met uitsluitend medicamenteuze therapie is niet geïndiceerd.

Het beloop wordt gemonitord en om de drie maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats. Bij onvoldoende herstel wordt in overleg met patiënt de volgende keuze gemaakt:

- Andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, of Kortdurende psychodynamische psychotherapie)
- Andere (dosis) medicatie
- Andere combinatie behandeling

Bij onvoldoende herstel op lange termijn wordt in overleg met patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van behandeling
- Wandeltherapie
- Handicap model

5. Dysthyme stoornis

Altijd wordt gestart met de basisinterventies

- psycho-educatie (bij kinderen en jongeren worden de ouders hierbij actief betrokken)
- actief volgen
- dagstructurering.

Eventueel met toevoeging van de eerste stap interventies zoals E health.

In overleg met de client wordt een keuze gemaakt tussen:

- andere psychotherapie zoals CGT, GT, IPT, of Kortdurende psychodynamische therapie)
- medicatie (met ondersteunende gesprekken)

Het beloop wordt gemonitord en om de vier maanden vindt behandel-evaluatie plaats. Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats. Bij onvoldoende herstel wordt in overleg met patiënt de volgende keuze gemaakt:

Andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, of Kortdurende psychodynamische therapie)
Andere (dosis) medicatie
Andere combinatie

Bij onvoldoende herstel op lange termijn wordt in overleg met patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van behandeling
- Wandel therapie
- Handicap model

3. Zorgpad Angststoornissen

Algemeen

In principe is angst een normaal gezond verschijnsel bij zowel volwassenen als kinderen. Bij mensen met een angststoornis is er echter sprake van een bovenmatige angst, ook in situaties die niet gevaarlijk zijn. Meestal gaan mensen dan sterk vermijden waar ze bang voor zijn of, zoals bij dwang, handelingen uitvoeren die zinloos zijn maar als functie hebben de angst te verminderen. Dat kan erg tijdrovend zijn en het dagelijks functioneren sterk belemmeren.

Het past bij de normale ontwikkeling dat kinderen met angst piekeren en bezorgdheid reageren als ze worden geconfronteerd met situaties die bedreigend zijn (Braet, 2009). Soms zijn angsten zo hevig en langdurig dat het de ontwikkeling van het kind belemmert. In lang niet alle gevallen verdwijnen de angsten vanzelf. Een groot deel van de volwassenen met een angststoornis blijkt als kind al zeer angstig te zijn geweest. Schattingen over de prevalentie van kinderangststoornissen lopen uiteen van acht tot vijftien procent. Angststoornissen zijn daarmee van de DSM- categorieën de meest frequent voorkomende psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten (Prins & Pameijer, 2006). In de DSM IV wordt dezelfde indeling voor angststoornissen voor kinderen en volwassenen gehanteerd. Enkel de separatieangststoornis is een specifieke kinderangststoornis.

Screenen en diagnostiek

Bij een vermoeden van angstproblemen door klachten van de client zelf, signalen van de verwijzer, het netwerk en/of een verhoogde score op de SCL90 /ASEBA vragenlijst(en) die standaard worden afgenomen bij de intake volgt in de regel een gesprek over de klachten van de client, eventueel gevolgd door de afname van een screeningsvragenlijst. Indien het een kind betreft volgt zondig ook een schoolobservatie of een gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose.

Kinderen en jeugd

Het diagnostiektraject bij kinderen is nagenoeg hetzelfde als bij volwassenen. Bij kinderen kan echter ook gekozen worden voor meer contextueel onderzoek op de school of in het gezin. Bij heel jonge kinderen (ongeveer tot 8 jaar) richt de behandeling zich aanvankelijk vooral op de context.

- Voor de ouders wordt mediatietherapie aangeboden (bijvoorbeeld Trippel P).
- Voor de kinderen zelf kan worden gekozen voor speltherapie met cognitief gedragstherapeutische elementen. Factoren als intelligentie en leeftijd maken dat maatwerk hierbij belangrijk is. Voor de kinderen vanaf ongeveer zeven jaar is er psychotherapie/gesprektherapie mogelijk.
- Voor een E-health module kan worden gekozen bij jonge adolescenten (vanaf 14 jaar)
- EMDR kan worden ingezet wanneer er sprake is van trauma dat samenhangt met de angstproblemen.
- Farmacotherapie
- Steunende en structurerende ouderbegeleiding
- Afgestemd op client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigen) bijvoorbeeld uitwendige therapie, spraaktherapie, muziektherapie of heileuritmie.

Behandeling algemeen

Bij de behandeling van een angststoornis is het van belang dat zorg op maat wordt geboden; zo kort mogelijk, zo snel mogelijk en zo licht mogelijk. Hierbij is het belangrijk dat er wordt gehandeld vanuit richtlijnen, huidige stand van wetenschap en 'best practice'. De client dient actief betrokken te worden bij de behandeling. (Indien gewenst) worden de naasten van client betrokken opdat zij bij de ondersteuning kunnen bieden. Voldoende behandelresultaat wordt gevolgd met nazorg, terugvalpreventie of rehabilitatie. Onvoldoende behandelresultaat en geen uitzicht hierop kan leiden tot het aanvragen van een second-opinion of kan leiden tot het handicapmodel. Bij het handicapmodel is niet het reduceren van de klachten een doel op zich maar het stabiliseren en streven naar acceptatie en zoveel mogelijk hanteerbaar maken van gevolgen van de stoornis.

Basis GGZ

Behandelmethodes die bij matige angststoornissen toegepast kunnen worden: psycho-educatie, activering, dagstructurering, vermijding tegengaan, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Vijf gesprekkenmodel
- Kortdurende therapie met cognitieve gedragstherapeutische interventies.
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

Specialistische GGZ

a. Basisinterventies

Zoals psycho-educatie, activering, dagstructurering, vermijding tegengaan, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Kortdurende therapie (Vijf gesprekkenmodel, CGT)
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

b. Ondersteunende interventies

De richtlijn angststoornissen benoemt met name de specifieke behandelvormen, die direct gericht zijn op de behandeling van angststoornissen. Daarnaast kunnen therapievormen ingezet worden die gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt maar niet direct gericht zijn op de DSM IV diagnose angststoornis. Deze non-specifieke therapievormen kunnen wel bijdragen aan de verbetering van de klachten van de patiënt. Deze non-specifieke therapievormen, die zowel in groepsverband als individueel plaats kunnen vinden, richten zich bijvoorbeeld op het verbeteren van de leefstijl en op stress reductie. Internettherapie biedt een aantal non specifieke behandelmodules aan. Dit worden "Generieke Modules" genoemd. Per doelgebied kunnen meerdere generieke modules ingezet worden, afhankelijk van de klachten van de patiënt. Zij kunnen bestaan naast een op angst gerichte specifieke behandeling.

De generieke modules bestaan uit:

- Stoppen met piekeren
- Ontspannen
- Mindfulness
- Doelen en Waarden
- Sociale Vaardigheden
- Zelfbeeld

Behandelingen specifiek

1. Paniekstoornis, licht

- Cognitieve gedragstherapie
- Paniekmanagement

2. Paniekstoornis, ernstig

- Cognitieve gedragstherapie
- Medicatie
- Paniekmanagement

3 Sociale angststoornis

- Exposure in vivo
- Cognitieve gedragstherapie
- Medicatie
- Taakconcentratietraining
- Sociale vaardigheidstraining
- Medicatie

4 Obsessief-compulsieve stoornis

- Cognitieve gedragstherapie (bij kinderen bijvoorbeeld het protocol 'Bedwing je dwang')
- Exposure in vivo met responspreventie, in de bijlage vindt u de uitleg
- Medicatie

5 Gegeneraliseerde angststoornis

- Cognitieve gedragstherapie (bij kinderen bijvoorbeeld denken+doen= durven)
- (Imaginaire) exposure
- Ontspanningsoefeningen
- Medicatie

6 Posttraumatische stressstoornis:

- Traumagerichte cognitieve gedragstherapie
- EMDR
- Medicatie
- Schrijftherapie (bij kinderen het behandelprotocol Writejunior)

7 Specifieke fobie:

- Exposure in vivo
- Cognitieve gedragstherapie
- Ontspanningsoefeningen
- Medicatie

8 Hypochondrie:

- Cognitieve gedragstherapie
- Exposure in vivo

4. Zorgpad autisme spectrum stoornissen

Algemeen

Een autisme spectrum stoornis (ASS) is een vaak moeilijk te doorgronden ontwikkelingsstoornis. De DSM-IV onderscheidt vijf subgroepen van autisme: autistische stoornis (klassiek autisme), stoornis van Asperger, PDD-NOS, RETT syndroom en desintegratiestoornis van de kinderleeftijd. Aangezien deze laatste twee subtypen weinig voorkomen zal hier verder niet op ingegaan worden.

In de DSM-5 zal geen onderscheid gemaakt worden in diverse subgroepen. Er is binnen dit zorgpad toch voor gekozen om ze kort en bondig te beschrijven om zo de mogelijkheid te creëren om specifieke aandachtspunten en behoeften per subgroep te kunnen benoemen.

ASS is een stoornis in de informatieverwerking van de hersenen. Het is een levenslange, vaak uiterlijk niet zichtbare beperking die invloed heeft op alle levensgebieden in alle levensfasen en brengt specifieke sterke en zwakke kanten met zich mee. Het dringt door (pervasief) in alle aspecten van het ontwikkelingsverloop van het communicatief, sociaal, emotioneel, cognitief en motorisch functioneren van het kind. De intensiteit, uitingsvormen en de samenhang van de kernsymptomen kunnen zich in de loop van de levensontwikkeling echter wijzigen, onder invloed van individuele mogelijkheden van een kind en de omgeving waarin het leeft. Tevens kan er sprake zijn van co-morbiditeit, waarbij ASS samen kan gaan met een of meerdere andere stoornissen of ontwikkelingsproblemen.

Screenen

Bij een vermoeden van autisme spectrumproblematiek door klachten van de client zelf, signalen van de verwijzer, het netwerk en/of een verhoogde score op de SCL90 /ASEBA vragenlijst(en) die standaard worden afgenomen bij de intake volgt in de regel een gesprek over de klachten van de client, eventueel gevolgd door de afname van een screeningsvragenlijst.

Diagnostiek

- Heteronanamnese/ontwikkelingsanamnese:
Bij vermoeden van autisme spectrumproblemen wordt in samenspraak met de client een hetero-anamnestic onderzoek gedaan bij iemand in het netwerk van de client die (de ontwikkeling van) de client goed kent. Er wordt in een gesprek van een uur een gestructureerd interview en een screeningsvragenlijst afgenomen.
- Contextueel onderzoek:
Indien het een kind betreft volgt er zonodig ook een schoolobservatie of een gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context.
- Intelligentieonderzoek:
Wanneer er een vraag is naar het cognitief niveau van een client of wanneer er een vermoeden is van een laag, of hoog niveau, danwel een disharmonisch profiel dan kan gekozen worden voor het afnemen van een intelligentietest.
- Neuropsychologisch onderzoek:
Neuropsychologisch onderzoek wordt uitgevoerd om de cognitieve belastbaarheid, concentratie en geheugenfuncties in kaart te brengen. Het gaat om het dagelijks functioneren in relatie met de hersenen. Hierdoor kunnen mogelijkheden en beperkingen in persoonlijk en sociaal functioneren worden onderbouwd.

– Psychiatrisch onderzoek:

Een psychiatrisch onderzoek is een systematische evaluatie van de oorzaken, de symptomen, het beloop en de gevolgen van een psychiatrische stoornis, als basis voor een diagnose, een behandelplan en de beantwoording van eventuele vragen van de client. Een psychiatrisch onderzoek is in belangrijke mate gebaseerd op een interview met de cliënt en observaties van diens gedrag.

De uitkomsten van de onderzoeken worden besproken in het multidisciplinair overleg alwaar een diagnose gesteld kan worden. De uitkomsten worden ook weergegeven in een onderzoeksverslag. Deze uitkomsten vormen de basis van het advies- of behandelplan. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose.

Behandeling algemeen

Zoals eerder beschreven zijn worden er verschillende vormen van autisme onderscheiden door de DSM IV.

Autistische stoornis (klassiek autisme/ kernautisme): Deze vorm van ASS is de meest complexe vorm van autisme die er bestaat. Een persoon met klassiek autisme voldoet aan de meeste kenmerken die zijn toegewijd aan ASS en heeft problemen met de communicatie, sociale interacties en hij/zij vertoont beperkte patronen van gedrag, een beperkte belangstelling en een beperkt patroon van activiteiten.

Stoornis van Asperger: Het syndroom van Asperger wordt gevormd uit de combinatie van een aantal specifieke symptomen. Mensen met het syndroom van Asperger zijn normaal tot hoogbegaafd, maar vertonen specifieke problemen met sociale communicatie. Daarnaast hebben ze vaak beperkte interessegebieden en laten ze herhalingsgedrag zien. Er is geen sprake van vertraagde taalontwikkeling, wat bij (klassiek) autisme vaak wel het geval is.

PDD-NOS: PDD-NOS is de afkorting van Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified: een pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven. De term PDD-NOS wordt gebruikt voor kinderen met sociale en communicatieve problemen zoals men die ziet bij autisme, maar in onvoldoende mate om strikt aan de criteria voor de diagnose autisme te voldoen. Met PDD-NOS wordt een restcategorie aangeduid die kenmerken heeft van het autisme, maar niet genoeg om zo te worden genoemd. Eenduidige criteria ontbreken; wel bestaan er enige richtlijnen: er is een duidelijke achterstand of beperking in de sociale interactie; daarbij bestaan er tekortkomingen in de (non-)verbale communicatievaardigheden of is er sprake van stereotiep gedrag en interesses. Een van de subtypes van PDD-NOS is MCDD. Bij kinderen met MCDD staan niet de contactproblemen op de voorgrond maar de problemen bij het reguleren van emoties en gedachten.

Bij de behandeling van een ASS is het van belang dat zorg op maat wordt geboden. Er moet goed inzichtelijk worden gemaakt wat de draagkrachten en draaglasten zijn van de client en zijn systeem.

Hierbij is het belangrijk dat er wordt gehandeld vanuit richtlijnen, huidige stand van wetenschap en 'best practice'. De client dient actief betrokken te worden bij de behandeling. (Indien gewenst) worden de naasten van client betrokken opdat zij bij de ondersteuning kunnen bieden. Voldoende behandelresultaat wordt gevolgd met nazorg, terugvalpreventie of rehabilitatie. Onvoldoende behandelresultaat en geen

uitzicht hierop kan leiden tot het aanvragen van een second-opinion of kan leiden tot het handicapmodel. Bij het handicapmodel is niet het reduceren van de klachten een doel op zich maar het stabiliseren en streven naar acceptatie en zoveel mogelijk hanteerbaar maken van gevolgen van de stoornis.

Basis GGZ

In verreweg de meeste gevallen zal een ASS behandeling in de specialistische GGZ plaatsvinden. Toch is het mogelijk dat klachten die samenhangen met een autismespectrumstoornis behandeld kunnen worden binnen de basis GGZ.

Behandelmethodes die bij toegepast kunnen worden:

psycho-educatie, activering, dagstructurering, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Vijf gesprekkenmodel
- Gesprekken gericht op vergroten sociale vaardigheden
- Kortdurende therapie met cognitieve gedragstherapeutische interventies.
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

Specialistische GGZ

a. Basisinterventies

Zoals psycho-educatie, activering, dagstructurering, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Vijf gesprekkenmodel
- Kortdurende therapie.
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

b. Ondersteunende interventies

Naast de specifieke behandelvormen kunnen therapievormen ingezet worden die gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt maar niet direct gericht zijn op de ASS. Deze non- specifieke therapievormen kunnen wel bijdragen aan de verbetering van de klachten van de patiënt. Deze non-specifieke therapievormen, die zowel in groepsverband als individueel plaats kunnen vinden, richten zich bijvoorbeeld op het verbeteren van de leefstijl en op stress reductie. Internettherapie biedt een aantal non specifieke behandelmodules aan. Dit worden "Generieke Modules" genoemd. Per doelgebied kunnen meerdere generieke modules ingezet worden, afhankelijk van de klachten van de patiënt. Zij kunnen bestaan naast een op ASS gerichte specifieke behandeling.

De generieke modules bestaan uit:

- Stoppen met piekeren
- Ontspannen
- Mindfulness
- Doelen en Waarden
- Sociale Vaardigheden
- Zelfbeeld

Bij autisme spectrumstoornissen zijn tics- en dwangproblemen regelmatig aan de orde. Hier kan specifiek cognitieve gedragstherapie op ingezet worden.

Behandeling specifiek

- Psycho-educatie
In deze behandeling wordt aan volwassenen met ASS informatie gegeven over autisme in het algemeen, er wordt nagegaan wat autisme betekent en er kunnen handvaten geboden worden over het omgaan met de moeilijkheden en mogelijkheden die je ondervindt (hebt ondervonden).
- Individuele behandeling met CGT elementen
In de individuele behandeling krijgt de client inzicht in de moeilijkheden die hij in het dagelijks leven ondervindt ten gevolge van zijn beperkingen en krijgt het handvaten aangereikt om hiermee te leren omgaan. Tevens wordt aandacht besteed aan de sterke kanten van de client. Aandachtspunten zijn emotieregulatie en sociale vaardigheden.
- Vaktherapie individueel:
Binnen de vaktherapie wordt het client zich bewust gemaakt van zijn op autisme gerelateerde beperkingen en wordt hem geleerd hiermee om te gaan. Het accent ligt op het doen en het ervaren. Er zijn verschillende vormen, zoals muziektherapie, kunstzinnige therapie en spraaktherapie.
- Farmacotherapie:
Binnen de medische behandeling worden de bijkomende symptomen van autisme verminderd door middel van medicatie, zodat het functioneren verbeterd wordt. Binnen autisme wordt hierbij met name gedacht aan problemen op het gebied van de emotieregulatie en concentratie.
- Fysiotherapie/uitwendige therapie:
Binnen fysiotherapie worden problemen in de motoriek behandeld. Aandachtspunten voor cliënten met autisme is het verbeteren van de sensorische integratie en ontwikkelen van beter lichaamsbesef.

Behandeling Kinderen en jeugd

Het zorgpad ASS voor kinderen en jeugdigen is gericht op de behandeling van kinderen/jeugdigen met een autisme spectrum stoornis met als doel hun ontwikkeling zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Hierin staat het begeleiden van het individu en zijn/haar omgeving naar een optimale zelfstandigheid met een adequate levensloopplanning en het bewerken van stagnerende ontwikkelingsprocessen centraal. Afhankelijk van de hulpvragen van de cliënt en zijn omgeving, zal de behandeling een van onderstaande of beide doelstellingen hebben:

- Het ongewenste gedrag is verdwenen of in dergelijke mate verminderd dat het hanteerbaar is voor de cliënt en zijn/haar omgeving.
- Er is inzicht in en begrip voor de aard en de totstandkoming van het gedrag, zowel bij de client als zijn/haar omgeving.

Bij kinderen en jeugdigen kunnen de volgende behandelingen aangeboden worden:

- Psycho-educatie kind:
In deze behandeling wordt aan kinderen met ASS informatie gegeven over autisme in het algemeen, er wordt nagegaan wat autisme voor het kind persoonlijk betekent en kunnen handvaten geboden worden over het omgaan met de moeilijkheden en mogelijkheden die het ondervindt. De methode 'Ik ben Speciaal' kan hierbij gebruikt worden.
- Individuele behandeling
In de individuele behandeling krijgt het kind/de jeugdige inzicht in de moeilijkheden die hij in het dagelijks leven ondervindt ten gevolge van zijn

beperkingen en krijgt het handvaten aangereikt om hiermee te leren omgaan. Tevens wordt aandacht besteed aan de sterke kanten van het kind. Aandachtspunten zijn emotieregulatie en sociale vaardigheden. De methode 'Baas over Boos', 'Baas over Bang' en 'Baas over Bedenksels' (Bij type MCDD) kan hierbij gebruikt worden.

- Vaktherapie individueel:
Binnen de vaktherapie wordt het kind zich bewust gemaakt van zijn op autisme gerelateerde beperkingen en wordt hem geleerd hiermee om te gaan. Het accent ligt op het doen en het ervaren. Er zijn verschillende vormen, zoals speltherapie, muziektherapie, kunstzinnige therapie en spraaktherapie.
- Farmacotherapie:
Binnen de medische behandeling worden de bijkomende symptomen van autisme verminderd door middel van medicatie, zodat het functioneren verbeterd wordt. Binnen autisme wordt hierbij met name gedacht aan problemen op het gebied van de emotieregulatie en concentratie.
- Fysiotherapie/uitwendige therapie:
Binnen fysiotherapie worden problemen in de motoriek behandeld. Aandachtspunten voor kinderen met autisme is het aanleren van bepaalde motorische vaardigheden, sensorische integratie en ontwikkelen van lichaamsbesef.
- Ouderbegeleiding zowel individueel als in groepsverband (Trippel P) waarbij opvoedingsondersteuning en psycho-educatie centraal staan (psycho-educatie ook mogelijk middels E health). Bij psycho-educatie krijgen ouders van een kind met ASS informatie over autisme in het algemeen en wat dit specifiek voor hun kind betekent, wat de diagnose voor hen betekent en hoe om te gaan met de moeilijkheden en mogelijkheden van hun kind in de opvoeding. Ouders worden erkend in hun zorgen en leren hun pedagogisch handelen af te stemmen op de voorwaarden die hun kind nodig heeft om te groeien.
- Ondersteuning van het onderwijs:
Binnen deze module worden advies en handvaten geboden aan de leerkracht van het kind, zodat het leerklimaat afgestemd wordt op de leermogelijkheden en de sociaal- emotionele ontwikkeling van het kind. Aandachtspunten zijn het bieden van een leerklimaat met structuur en voorspelbaarheid. Daarnaast kan een specifiek op het kind gerichte aanpak gemaakt worden.

5. Zorgpad somatoforme stoornissen

Algemeen

Soms hebben mensen last van lichamelijke klachten, waarvoor (nog) geen medische oorzaak te vinden is of de medische oorzaak verklaart de lichamelijke klachten slechts gedeeltelijk. Ook komt het weleens voor dat mensen meer last krijgen van lichamelijke klachten als ze last hebben van psychische klachten, bijvoorbeeld als ze zich druk maken om iets of niet lekker in hun vel zitten. U kunt daardoor bijvoorbeeld last hebben van hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid of flauwvallen. Extreme vermoeidheidsklachten die vaker voorkomen bij een burn-out kunnen hier ook bij horen. Andere mensen zijn niet ziek, maar zijn vooral heel bang dat ze een ernstige ziekte, zoals kanker, zullen krijgen en zijn hier voortdurend mee bezig. In Nederland hebben 16 op de 100 mensen last van een somatoforme stoornis.

Screenen en diagnostiek

Bij een vermoeden van somatoforme problemen door klachten van de client zelf, signalen van de verwijzer, het netwerk en/of een verhoogde score op de SCL90 /ASEBA vragenlijst(en) die standaard worden afgenomen bij de intake volgt in de regel een gesprek over de klachten van de client, eventueel gevolgd door de afname van een screeningsvragenlijst. Indien het een kind betreft volgt zondig ook een schoolobservatie of een gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose.

Kinderen en jeugd

Het diagnostiektraject bij kinderen is nagenoeg hetzelfde als bij volwassenen. Bij kinderen kan echter ook gekozen worden voor meer contextueel onderzoek op de school of in het gezin. Bij heel jonge kinderen (ongeveer tot 8 jaar) richt de behandeling zich aanvankelijk vooral op de context.

- Voor de ouders wordt mediatietherapie aangeboden (bijvoorbeeld Trippel P).
- Voor de kinderen zelf kan worden gekozen voor speltherapie met cognitief gedragstherapeutische elementen. Factoren als intelligentie en leeftijd maken dat maatwerk hierbij belangrijk is. Voor de kinderen vanaf ongeveer zeven jaar is er psychotherapie/gesprekstherapie mogelijk.
- EMDR kan worden ingezet wanneer er sprake is van trauma dat samenhangt met de problemen.
- Farmacotherapie
- Steunende en structurerende ouderbegeleiding
- Afgestemd op client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigen) bijvoorbeeld uitwendige therapie, spraaktherapie, muziektherapie of heileuritmie.

Behandeling algemeen

Bij de behandeling van een somatoforme stoornis is het van belang dat zorg op maat wordt geboden; zo kort mogelijk, zo snel mogelijk en zo licht mogelijk. Hierbij is het belangrijk dat er wordt gehandeld vanuit richtlijnen, huidige stand van wetenschap en 'best practice'. De client dient actief betrokken te worden bij de behandeling. (Indien gewenst) worden de naasten van client betrokken opdat zij bij de ondersteuning kunnen bieden. Voldoende behandelresultaat wordt gevolgd met nazorg, terugvalpreventie of rehabilitatie. Onvoldoende behandelresultaat en geen uitzicht hierop kan leiden tot het aanvragen van een second-opinion of kan leiden tot het

handicapmodel. Bij het handicapmodel is niet het reduceren van de klachten een doel op zich maar het stabiliseren en streven naar acceptatie en zoveel mogelijk hanteerbaar maken van gevolgen van de stoornis.

Basis GGZ

Behandelmethodes die bij matige klachten van somatoforme stoornissen toegepast kunnen worden:

psycho-educatie, activering, dagstructurering, vermijding tegengaan, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Vijf gesprekkenmodel
- Kortdurende therapie met cognitieve gedragstherapeutische interventies.
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

Specialistische GGZ

a. Basisinterventies

Zoals psycho-educatie, activering, dagstructurering, vermijding tegengaan, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Kortdurende therapie (Vijf gesprekkenmodel, CGT)
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

b. Ondersteunende interventies

Naast de behandeling van de somatoforme stoornis kunnen therapievormen ingezet worden die gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt maar niet direct gericht zijn op de DSM IV diagnose somatoformestoornis. Deze non- specifieke therapievormen kunnen wel bijdragen aan de verbetering van de klachten van de patiënt. Deze non-specifieke therapievormen, die zowel in groepsverband als individueel plaats kunnen vinden, richten zich bijvoorbeeld op het verbeteren van de leefstijl en op stress reductie. Internettherapie biedt een aantal non specifieke behandelmodules aan. Dit worden "Generieke Modules" genoemd. Per doelgebied kunnen meerdere generieke modules ingezet worden, afhankelijk van de klachten van de patiënt.

De generieke modules bestaan uit:

- Stoppen met piekeren
- Ontspannen
- Mindfulness
- Doelen en Waarden
- Sociale Vaardigheden
- Zelfbeeld

Behandelingen specifiek

De multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen uit 2008 beschrijft de volgende stoornissen als vallend onder somatoforme stoornissen:

- Somatisatiestoornis
Multi-symptomatische aandoening die vaak begint voor het dertigste levensjaar, langdurig aanhoudt en gekarakteriseerd wordt door een combinatie van pijn,

- gastro-intestinale, seksuele- en pseudoneurologische klachten.
- Pijnstoornis
onverklaarde pijn die ernstig genoeg is om het functioneren te beperken en medische hulp in te roepen. Ontstaan, ernst, verergering en voortbestaan worden in verband gebracht met psychische factoren
- Conversiestoornis
Onverklaarde symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies treffen, die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening. Verband met psychische factoren wordt aannemelijk geacht.
- Ongedifferentieerde somatoforme stoornis
Minstens één somatisch onverklaarde lichamelijke klacht die minimaal langer dan zes maanden belemmeringen veroorzaakt in het dagelijks leven. Functionele syndromen kunnen vallen binnen de groep ongedifferentieerde somatoforme stoornis.
- Somatoforme stoornis niet anderszins omschreven
Somatoforme klachten en syndromen die niet voldoen aan de criteria voor een van de specifieke somatoforme stoornissen.
- Hypochondrie
Sterke preoccupatie en angst een ernstige ziekte te hebben, als gevolg van verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen gedurende minstens zes maanden.
- Gestoorde lichaamsbeleving
Preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk

De ongedifferentieerde somatoforme stoornis en somatoforme stoornis niet anderszins omschreven hebben de hoogste prevalentiecijfers. Hiervoor geldt echter wel dat de de uitingsvormen zo divers zijn dat behandeladviezen heel verschillend zijn, afgestemd op de persoon. Er zijn geen specifieke interventies voor deze stoornis. In de behandeling is afstemmen, voldoende (multidisciplinair) overleg en intervisie voor de therapeut belangrijk.

Bij volwassenen:

- gesprekstherapie met CGT elementen
- gevolgenmodel
- afgestemd op de client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigd).

Bij jeugd:

- gevolgen model
- gesprekstherapie of speltherapie met CGT elementen
- ouderbegeleiding en betrekken van het systeem
- Triple P
- afgestemd op kind i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigd)

6. Zorgpad ADHD

Algemeen

ADHD is in de eerste plaats een aandachtstekortstoornis. De DSMIV brengt ADHD terug tot twee kernproblemen; Aandachtsproblemen enerzijds en hyperactiviteit en impulsiviteitsproblemen anderzijds (Prins& Pameijer, 2006). Er worden drie subtypen onderscheiden:

- het overwegend aandachtsgestoorde type;
- het overwegen hyperactief- impulsieve type;
- het gecombineerde type.

De manier waarop ADHD zich manifesteert kan van persoon tot persoon verschillen maar ook in verschillende situaties anders tot uiting komen.

Van de kinderen onder de 16 jaar lijdt naar schatting 3% tot 5% aan ADHD; bij jongvolwassenen is dit 1% tot 3%. Deze schattingen zijn voornamelijk gebaseerd op buitenlands onderzoek (www.nationaalkompas.nl). Nederlands onderzoek laat zien dat het aantal kinderen met ADHD de afgelopen twintig jaar niet of nauwelijks is toegenomen (Gezondheidsraad, 2000). De stoornis wordt wel steeds beter herkend door hulpverleners, leerkrachten en ouders. Daardoor is het aantal behandelde kinderen sterk gestegen (Schoemaker et al., 2003).

Bij kinderen met ADHD is dikwijls sprake van co-morbiditeit. Ruim de helft vertoont ernstig ongehoorzaam en brutaal gedrag of andere kenmerken van een oppositionele gedragsstoornis. Bij ongeveer een derde worden ook kenmerken van een antisociale gedragsstoornis aangetroffen. Ruim een kwart heeft een leerstoornis en een kwart heeft last van angst en stemmingsproblemen, ongeveer tien procent vertoont tevens een ticstoornis (Prins& Pameijer, 2006).

In de vijfde versie van de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5) wordt voor het eerst aandacht besteed aan aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. Deze toevoeging van de diagnose ADHD komt voort uit het groeiende besef dat ADHD na de kindertijd niet ophoudt te bestaan, maar dat de problemen vaak voortduren tot in de volwassenheid (Kooij e.a. 2005).

Screenen en korte diagnostiek

Bij een vermoeden van ADHD problemen door klachten van de client zelf, signalen van de verwijzer, het netwerk en/of een verhoogde score op de SCL90 /ASEBA vragenlijst(en) die standaard worden afgenomen bij de intake volgt in de regel een gesprek over de klachten van de client, eventueel gevolgd door de afname van een screeningsvragenlijst. Indien het een kind betreft volgt zonodig ook een schoolobservatie of een gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context. Bij ADHD klachten worden specifieke vragenlijsten (VVGK, AVL) en of gestructureerde interviews (SASI) afgenomen om zo de klachten in kaart te brengen. Wanneer onduidelijkheid is over de diagnose kan gekozen worden om extra diagnostiek te doen.

Diagnostiek

- Heteronanamnese/ontwikkelingsanamnese:
Bij vermoeden van ADHD problemen kan in samenspraak met de client een hetero-anamnestic onderzoek gedaan bij iemand in het netwerk van de client die (de ontwikkeling van) de client goed kent. Er wordt in een gesprek van een uur een gestructureerd interview en een screeningsvragenlijst afgenomen.
- Contextueel onderzoek:
Indien het een kind betreft volgt er zonodig ook een schoolobservatie of een

gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context.

– Intelligentieonderzoek:

Wanneer er een vraag is naar het cognitief niveau van een client of wanneer er een vermoeden is van een laag, of hoog niveau, danwel een disharmonisch profiel dan kan gekozen worden voor het afnemen van een intelligentietest.

– Neuropsychologisch onderzoek:

Neuropsychologisch onderzoek wordt uitgevoerd om de cognitieve belastbaarheid, concentratie en geheugenfuncties in kaart te brengen. Het gaat om het dagelijks functioneren in relatie met de hersenen. Hierdoor kunnen mogelijkheden en beperkingen in persoonlijk en sociaal functioneren worden onderbouwd.

– Psychiatrisch onderzoek:

Een psychiatrisch onderzoek is een systematische evaluatie van de oorzaken, de symptomen, het beloop en de gevolgen van een psychiatrische stoornis, als basis voor een diagnose, een behandelplan en de beantwoording van eventuele vragen van de client. Een psychiatrisch onderzoek is in belangrijke mate gebaseerd op een interview met de cliënt en observaties van diens gedrag.

De uitkomsten van de onderzoeken worden besproken in het multidisciplinair overleg alwaar een diagnose gesteld kan worden. De uitkomsten worden ook weergegeven in een onderzoeksverslag. Deze uitkomsten vormen de basis van het advies- of behandelplan. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose.

Behandeling algemeen

Bij de behandeling van een ADHD is het van belang dat de zorg zo kort mogelijk, zo snel mogelijk en zo licht mogelijk wordt ingezet. Hierbij is het belangrijk dat er wordt gehandeld vanuit richtlijnen, huidige stand van wetenschap en 'best practice'. De client dient actief betrokken te worden bij de behandeling. (Indien gewenst) worden de naasten van client betrokken opdat zij bij de ondersteuning kunnen bieden. Voldoende behandelresultaat wordt gevolgd met nazorg, terugvalpreventie of rehabilitatie. Onvoldoende behandelresultaat en geen uitzicht hierop kan leiden tot het aanvragen van een second-opinion of kan leiden tot het handicapmodel. Bij het handicapmodel is niet het reduceren van de klachten een doel op zich maar het stabiliseren en streven naar acceptatie en zoveel mogelijk hanteerbaar maken van gevolgen van de stoornis.

Basis GGZ

Behandelmethodes die bij ADHD toegepast kunnen worden:

psycho-educatie, activering, dagstructurering, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Vijf gesprekkenmodel
- Kortdurende therapie met cognitieve gedragstherapeutische interventies.
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

Specialistische GGZ

a. Basisinterventies

Zoals psycho-educatie, activering, dagstructurering, vermijding tegengaan, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Kortdurende therapie (Vijf gesprekkenmodel, CGT)
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

b. Ondersteunende interventies

De richtlijn ADHD benoemt met name de specifieke behandelvormen, die direct gericht zijn op de behandeling van ADHD. Daarnaast kunnen therapievormen ingezet worden die gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt maar niet direct gericht zijn op de DSM IV diagnose ADHD. Deze non- specifieke therapievormen kunnen wel bijdragen aan de verbetering van de klachten van de patiënt. Deze non-specifieke therapievormen, die zowel in groepsverband als individueel plaats kunnen vinden, richten zich bijvoorbeeld op het verbeteren van de leefstijl en op stress reductie. Internettherapie biedt een aantal non specifieke behandelmodules aan. Dit worden "Generieke Modules" genoemd. Per doelgebied kunnen meerdere generieke modules ingezet worden, afhankelijk van de klachten van de patiënt. Zij kunnen bestaan naast een op ADHD gerichte specifieke behandeling.

De generieke modules bestaan uit:

- Stoppen met piekeren
- Ontspannen
- Mindfulness
- Doelen en Waarden
- Sociale Vaardigheden
- Zelfbeeld

Behandelingen specifiek

Bij ADHD is farmacotherapie (in combinatie met cognitieve gedragstherapie) de meest effectieve behandeling (Christophersen & Mortweet, 2005).

Bij volwassenen:

- farmacotherapie
- psycho educatie
- e-health
- afgestemd op de client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigd).

Bij jeugd:

- farmacotherapie
- CGT
- psycho-educatie
- e-health voor jeugd en ouders of verzorgers
- ouderbegeleiding, mediatietherapie (waar geïndiceerd Triple P)
- betrekken systeem
- afgestemd op de client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigd).

7. Zorgpad gedragsproblemen (ODD-CD)

Algemeen

In de klinische praktijk worden veel kinderen, adolescenten en volwassenen gezien met agressief en oppositioneel gedrag (Prins & Pameijer, 2006).

Gedragsstoornissen veroorzaken significante beperkingen in het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren. Diagnoses die betrekking hebben op externaliserend gedrag gaan vaak samen. Bij een gedragsstoornis is veelal co-morbiditeit in de vorm van een aandachtstekortstoornis. Sommige mensen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis hebben evenals mensen met een gedragsstoornis een verminderd probleemoplossend vermogen, een achterstand in sociaal cognitieve vaardigheden en heftige agressieve ontladingen.

Screenen en korte diagnostiek

Bij een vermoeden van gedragsproblemen door klachten van de client zelf, signalen van de verwijzer, het netwerk en/of een verhoogde score op de SCL90 /ASEBA vragenlijst(en) die standaard worden afgenomen bij de intake volgt in de regel een gesprek over de klachten van de client, eventueel gevolgd door de afname van een screeningsvragenlijst. Indien het een kind betreft volgt zondig ook een schoolobservatie of een gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context. Bij gedragsproblemen worden bij kinderen specifieke vragenlijsten (VVGK) afgenomen om zo de klachten in kaart te brengen. Wanneer onduidelijkheid is over de diagnose kan voor extra diagnostiek gekozen worden.

Diagnostiek

- Heteronanamnese/ontwikkelingsanamnese:
Bij vermoeden van gedragsproblemen kan in samenspraak met de client een hetero-anamnestic onderzoek gedaan bij iemand in het netwerk van de client die (de ontwikkeling van) de client goed kent. Er wordt in een gesprek van een uur een gestructureerd interview en een screeningsvragenlijst afgenomen.
- Contextueel onderzoek:
Indien het een kind betreft volgt er zondig ook een schoolobservatie of een gezinsobservatie om zo een beeld te krijgen van de problematiek in relatie tot de context.
- Intelligentieonderzoek:
Wanneer er een vraag is naar het cognitief niveau van een client of wanneer er een vermoeden is van een laag, of hoog niveau, danwel een disharmonisch profiel dan kan gekozen worden voor het afnemen van een intelligentietest.
- Neuropsychologisch onderzoek:
Neuropsychologisch onderzoek wordt uitgevoerd om de cognitieve belastbaarheid, concentratie en geheugenfuncties in kaart te brengen. Het gaat om het dagelijks functioneren in relatie met de hersenen. Hierdoor kunnen mogelijkheden en beperkingen in persoonlijk en sociaal functioneren worden onderbouwd.
- Psychiatrisch onderzoek:
Een psychiatrisch onderzoek is een systematische evaluatie van de oorzaken, de symptomen, het beloop en de gevolgen van een psychiatrische stoornis, als basis voor een diagnose, een behandelplan en de beantwoording van eventuele vragen van de client. Een psychiatrisch onderzoek is in belangrijke mate gebaseerd op een interview met de cliënt en observaties van diens gedrag.

De uitkomsten van de onderzoeken worden besproken in het multidisciplinair overleg alwaar een diagnose gesteld kan worden. De uitkomsten worden ook weergegeven in een onderzoeksverslag. Deze uitkomsten vormen de basis van het advies- of behandelplan. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose.

Behandeling algemeen

Bij de behandeling van een gedragsproblemen is het van belang dat er zorg op maat wordt geleverd en dat de zorg zo kort mogelijk, zo snel mogelijk en zo licht mogelijk wordt ingezet. Hierbij is het belangrijk dat er wordt gehandeld vanuit richtlijnen, huidige stand van wetenschap en 'best practice'. De client dient actief betrokken te worden bij de behandeling. (Indien gewenst) worden de naasten van client betrokken opdat zij bij de ondersteuning kunnen bieden. Voldoende behandelresultaat wordt gevolgd met nazorg, terugvalpreventie of rehabilitatie. Onvoldoende behandelresultaat en geen uitzicht hierop kan leiden tot het aanvragen van een second-opinion of kan leiden tot het handicapmodel. Bij het handicapmodel is niet het reduceren van de klachten een doel op zich maar het stabiliseren en streven naar acceptatie en zoveel mogelijk hanteerbaar maken van gevolgen van de stoornis.

Basis GGZ

Behandelmethodes die bij een milde vorm van gedragsproblemen toegepast kunnen worden. Hierbij moet ook gedacht worden aan nazorg na een traject in de specialistische GGZ waarbij de gedragsstoornis grotendeels met succes is behandeld: psycho-educatie, activering, dagstructurering, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Vijf gesprekkenmodel
- Kortdurende therapie met cognitieve gedragstherapeutische interventies.
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

Specialistische GGZ

a. Basisinterventies

Zoals psycho-educatie, activering, dagstructurering, vermijding tegengaan, zelfhulp, counseling, psychosociale interventies.

- Kortdurende therapie (Vijf gesprekkenmodel, CGT)
- Oplossingsgerichte therapie
- E- Health

b. Ondersteunende interventies

Naast de specifieke behandeling(en) kunnen therapievormen ingezet worden die gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt maar niet direct gericht zijn op de DSM IV diagnose gedragsproblemen. Deze non- specifieke therapievormen kunnen wel bijdragen aan de verbetering van de klachten van de patiënt. Deze non-specifieke therapievormen, die zowel in groepsverband als individueel plaats kunnen vinden, richten zich bijvoorbeeld op het verbeteren van de leefstijl en op stress reductie. Internettherapie biedt een aantal non specifieke behandelmodules aan. Dit worden "Generieke Modules" genoemd. Per doelgebied kunnen meerdere generieke modules ingezet worden, afhankelijk van de klachten van de patiënt. Zij kunnen bestaan naast een op gedragsproblemen gerichte specifieke behandeling.

De generieke modules bestaan uit:

- Stoppen met piekeren
- Ontspannen
- Mindfulness
- Doelen en Waarden
- Sociale Vaardigheden
- Zelfbeeld

Behandelingen specifiek

Bij gedragsproblemen wordt de behandeling gericht op het verminderen van de gedragsproblemen, het vergroten van de zelfcontrole en het verbeteren van de sociaal cognitieve vaardigheden. Bij kinderen kan een systeembehandeling gewenst zijn wanneer de gedragsproblemen een duidelijke relatie hebben met de gezinssituatie en dynamiek.

Bij volwassenen:

- Farmacotherapie
- Cognitieve gedragstherapie
- e-health
- afgestemd op de client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigd).

Bij jeugd:

- Farmacotherapie
- CGT
- E-health voor jeugd en ouders of verzorgers
- Ouderbegeleiding, mediatietherapie (waar geïndiceerd Triple P)
- Systeemtherapie
- Afgestemd op de client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigd).

8. Zorgpad Persoonlijkheidsstoornissen **-in ontwikkeling-**

Bij volwassenen

Bij de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen, kan de aanmeldingsreden toch AS I problematiek zijn. Hierdoor is er sprake van co-morbiditeit en verzwaring van de problematiek. Er wordt dan m.n. ingezet op de behandeling van AS I problematiek, met accent op:

- CGT
- inzichtgevende gesprekstherapie/psychotherapie
- afgestemd op de client i.c.m. complementaire therapie (evt. zelf bekostigd)

Bij jeugd

Persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten en jong volwassenen: de aanmeldingsreden kan AS I problematiek zijn. Hierdoor is er sprake van co-morbiditeit en verzwaring van de problematiek. Er wordt dan m.n. ingezet op de behandeling van AS I problematiek.

9. Zorgpad suïcidaal gedrag **- in ontwikkeling-**

Hierbij wordt het protocol gevolgd " *multidisciplinaire richtlijn suïcidaal gedrag*". De behandeling is volledig gericht op preventie waarin veiligheid, contact, farmacotherapie, informatie, interne en externe samenwerking, betrekken netwerk en ketenpartners, centraal staan.

10. Zorgpad Hechtingsstoornis **- in ontwikkeling-**

Literatuur:

- Christophersen, E.R., Mortweet, S.L., (2005), Treatments that work with children. Empirically supported strategies for managing childhood problems. American psychological Association.
- Gezondheidsraad (2000), 'Diagnostiek en behandeling van ADHD'. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hetebrij & Molenaar, 1974, www.nvgzp.nl, NVGZP, beleidsregel BR/CU- 5106, geraadpleegd op 16 juli, 2015.
- Kieviet, Th, Tak, J.A. & Bosch, J. D. (2008) *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. De Tijdstroom.
- Kooij JJS, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CAT, Hodiamont PPG Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35: 817-27.
- <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/adhd/hoe-vaak-komt-adhd-voor>. (geraadpleegd op 24 juli 2015).
- Prins, P, Pameijer, N, (2006) *Protocollen in de jeugdzorg*. Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie. Harcourt.
- Schoemaker C, Ruiter C de, Berg M van den, Cuijpers P, Graaf R de, Have M ten, et al. *Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Strien, P.J. *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen*, Assen: Van Gorcum, 1986.
- Trimbos: <http://www.trimbos.nl/nieuws/trimbos-nieuws/zorgpaden-basis-ggz>, geraadpleegd op 10 juni, 2015.