

Interventie

Dagbehandeling kinderen met een autismespectrumstoornis 3-7 jaar

Samenvatting

Doel

Het hoofddoel van de interventie is dat het gedrag en de ontwikkeling van een kind met een autismespectrumstoornis (ASS) zodanig zijn verbeterd dat het kind naar een vorm van onderwijs kan. Dit einddoel wordt behaald middels vijf subdoelen:

1. het perspectief voor onderwijs en opvoeding is bepaald,
2. het kind beschikt over de benodigde vaardigheden op cognitief, communicatief en sociaal gebied en op het gebied van de zelfstandigheid om te kunnen functioneren in een onderwijssituatie.
3. gedragsproblemen zijn verminderd,
4. ouders hebben hun opvoeding aan de opvoedingsvragen van het kind met ASS aangepast,
5. het gezin kan het hebben van een kind met een ASS emotioneel en praktisch hanteren.

Doelgroep

De interventie is bedoeld voor kinderen met de diagnose ASS met een IQ>70 in de leeftijd van 3 - 7 jaar met ernstige gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen, en hun primaire opvoedingsomgeving (gezin/ouders).

Aanpak

De interventie bestaat uit een aanbod van een aantal basis- en aanvullende onderdelen. Het basisaanbod geldt voor elk kind en gezin dat aan het programma meedoet en bestaat uit een dagbehandelingsgroep en ouderbegeleiding. De groep bestaat uit 6 tot 7 kinderen met een ASS. Het kind komt 5 tot 9 dagdelen per week gedurende 1 tot maximaal 1 ½ jaar. De behandelomgeving en communicatie zijn aangepast aan de specifieke behoefte van een kind met een ASS: er is veel structuur in tijd, ruimte en activiteiten, de communicatie wordt systematisch visueel ondersteund, er is veel één op één begeleiding. In de eerste fase leert het kind houvast ontlenen aan de ondersteunende communicatie. Het (leren) benutten van de ondersteunende communicatie blijft een rode draad gedurende de gehele behandeling. In de volgende fase worden vaardigheden getraind die nodig zijn om te kunnen functioneren in een groep en op school. Accenten verschillen per kind, afhankelijk van de functionaliteit voor het kind en gezin. Sociaal-communicatieve vaardigheden, zelfstandigheid, cognitieve en leervaardigheden zijn altijd aan de orde. Generalisatie van vaardigheden krijgt systematisch aandacht. De laatste fase is gericht op toewerking naar een minder aangepaste omgeving. Gedragsproblemen worden vooral door de basisaanpak (communicatie) behandeld.

Gedurende de behandeling vindt handelingsgerichte diagnostiek plaats.

Ouderbegeleiding bestaat uit praktisch pedagogische thuisbegeleiding, oudergesprekken en een oudercursus. Ook werken ouders nauw samen met de pedagogisch medewerkers van de groep. Ouders maken zich aangepaste communicatie en waar nodig andere specifieke opvoedingsvaardigheden eigen.

Aanvullende onderdelen zijn kindergesprek, logopedie, medische behandeling, of nadere diagnostiek. Deze starten alleen op indicatie.

Materiaal

Er is een methodiekhandleiding (2011) beschikbaar.

Onderzoek effectiviteit

Er zijn geen studies voorhanden die directe aanwijzingen voor de effectiviteit van de interventie geven.

Ontwikkeld door

Youké
Verlengde Slotlaan 109
3707 CE Zeist
Tel.: 030 693 68 00

Contactpersoon: Anja Diepeveen- van der Marel
Tel.: 06 52 03 62 82
Email: amarel@youkejeugd.nl

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 04-10-2013

Oordeel: Goed onderbouwd

Toelichting:

De dagbehandeling is goed uitgewerkt. De meerwaarde zit in de verbindingen tussen de verschillende onderdelen. Er zijn concrete doelen geformuleerd en de doelgroep is duidelijk beschreven.

De referentie naar dit document is:

Y. Kooijman

(september 2013). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Dagbehandeling kinderen met een autismespectrumstoornis 3-7 jaar'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Toelichting naam van de interventie

Geen toelichting

2. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

Kenmerkend voor een autismespectrumstoornis (ASS) zijn problemen met sociale interactie, communicatie en het verbeeldend en oplossend vermogen. Daarnaast zijn er vaak problemen in de taal-/spraakontwikkeling, waarneming, cognitie, motoriek en emotieregulering. Een jong kind met ASS leert niet vanzelfsprekend van de 'gewone' communicatie en sociale signalen, i.c. reageert niet (voldoende) op de 'gewone' opvoeding van ouders. Door het samenspel van deze factoren kan een afwijkende ontwikkeling ontstaan, en afwijkend en storend gedrag. Bij de doelgroep zijn de problemen zo ernstig aanwezig dat het kind niet in staat is gebleken tot een enigszins aanvaardbare adaptieve ontwikkeling. Ambulante opvoedingsondersteuning blijkt niet toereikend. Het kind kan niet functioneren in een reguliere dagvoorziening of een (speciale) basisschool. Het ontwikkelings- en onderwijsperspectief is onduidelijk. Dit ontwikkelings- en gedragsbeeld vormt een ernstige belemmering voor de schoolcarrière en de algemene sociale aanpassing van het kind. De ASS vormt tevens een ernstig opvoedingsprobleem (Van Berckelaer-Onnes, 2008). Er is sprake van emotionele belasting en een grote dagelijkse praktische last voor ouders en vaak ook de andere gezinsleden, waardoor de directe opvoedingsstress groot kan zijn. Ouders staan voor een veelheid van taken: verwerken van de diagnose, aanpassen van hun opvoedingsroutines, omgaan met omgevingsreacties. Zij moeten een weg vinden in hulpverlening en (speciaal) onderwijs en ook toekomen aan andere persoonlijke en gezinstaken.

Prevalentie en spreiding

Een rapport van de Gezondheidsraad uit 2009 stelt dat ASS bij 60 tot 100 mensen per 10.000 mensen voorkomt. Betere en ruimere diagnostische criteria én grotere ervaren last tengevolge van de stoornis door een groter maatschappelijk beroep op sociale vaardigheden en zelfredzaamheid, hebben geleid tot een toename van de diagnose (Gezondheidsraad, 2009). Recente inzichten laten zien dat het merendeel (70%) van de mensen met ASS normaal of hoger begaafd is (Van Berckelaer-Onnes, 2011). Landelijke registratiecijfers uit 1999 over de dagbehandelingspopulatie van de MKD-en tonen aan dat 18% van de cliënten met een ASS gediagnosticeerd is (CREMM, 2001). Een recente doelgroepanalyse binnen de eigen instelling geeft aan dat 27% van de dagbehandelingspopulatie aangemeld wordt met de diagnose ASS (Lekkerkerker, Chênevert, Eijgenraam & Van der Steege, 2011).

3. Doel van de interventie

Einddoel

Het gedrag en de ontwikkeling van het kind met een ASS zijn zodanig verbeterd dat het kind naar een vorm van onderwijs kan. Dit einddoel wordt behaald middels vijf subdoelen. Na afloop van de interventie:

1. is het onderwijs- en opvoedingsperspectief voor de middellange termijn bepaald. Het is duidelijk:
 - . hoe de ASS zich bij het kind manifesteert;
 - . wat de opvoedings- en begeleidingsvragen zijn, en welke eisen dit stelt aan het opvoedend handelen van ouders/opvoeders;

. welk onderwijs het kind kan volgen.

2. beschikt het kind over de benodigde vaardigheden op cognitief, communicatief en sociaal gebied en op het gebied van de zelfstandigheid om te kunnen functioneren in een onderwijssituatie. Het kind kan - eventueel met hulp van een volwassene - passend bij zijn ontwikkelingsniveau:

- . meedoen in de dagelijkse routine van de groep;
- . in de groep werken aan een taak;
- . instructies van de volwassene opvolgen;
- . in de nabijheid van andere kinderen functioneren;
- . basale sociale vaardigheden toepassen, zoals om hulp vragen, nee zeggen, beurtgedrag;
- . zelfstandig functioneren in de directe omgeving van de klas, bijvoorbeeld jas ophangen en binnenkomen, naar de wc gaan;
- . het geleerde toepassen in verschillende omgevingen.

3. zijn specifieke en niet-specifieke gedragsproblemen binnen aanvaardbare grenzen gebracht en belemmeren de ontwikkeling en het welbevinden van het kind minder:

- . stereotypieën en storend gedrag in de groepssituatie zijn verminderd;
- . het kind kan (beter) omgaan met veranderingen: reageert minder vaak met problematisch gedrag, zoals woede-uitbarstingen, slaan, weglopen et cetera, laat zich (bege)leiden door volwassene;
- . emotieregulatieproblemen zijn verminderd: emoties worden op meer aanvaardbare wijze geuit, buien duren korter, het kind laat zich (bege)leiden door de volwassene;
- . niet-specifieke gedragsproblemen zoals dwingend gedrag of eetproblemen, zijn afgenomen of verdwenen.

4. hebben ouders hun opvoeding aan de opvoedingsvragen van het kind met een ASS binnen de context van het gezin aangepast. Ouders:

- . hebben inzicht in de ASS en de gevolgen ervan voor hun kind;
- . beschikken over specifieke bij de ASS passende communicatieve en probleemoplossende vaardigheden;
- . hebben een (nieuwe) opvoedingsroutine met passende aandacht voor alle gezinsleden, bijvoorbeeld door een andere taakverdeling tussen ouders.

5. kan het gezin het hebben van een kind met een ASS emotioneel en praktisch hanteren:

- . verwerkingsproblematiek, zoals verdriet, boosheid, is afgenomen;
- . ouders kunnen de praktische last beter regelen;
- . ouders zijn bekend met de specifieke onderwijs- en hulpverleningsvoorzieningen.

NB. Door de heterogene doelgroep en hun uiteenlopende problematiek kunnen de doelen voor elk individueel kind en gezin verschillend geoperationaliseerd zijn. Wat passend of nodig is, hangt af van de expressie van de ASS, het ontwikkelingsniveau van het kind, de school waar het kind naar toe zal gaan en de context van het gezin. De geïndividualiseerde doelen staan in het persoonlijke hulpverleningsplan van een kind. Voorbeelden:

- . Taakgedrag passend bij ontwikkelingsniveau: voor kind A is het doel vijf minuten zelfstandig aan een klaargezette taak werken, en voor kind B is dit zelfstandig een werkje uit de kast halen, werken en afronden. De kern van beide is dat zij snappen dat een taak gemaakt moet worden en dit doen.
- . Passende communicatie: kind A heeft een dagritmeschema in de keuken thuis voor in het weekend nodig, voor kind B kan een geschreven agenda die vooral wordt gebruikt in moeilijke situaties, zoals een aanstaand feestje, werkzaam zijn. Het gaat erom dat ouders en kind houvast ontlenen aan een communicatie die past bij de specifieke behoefte van het kind en deze communicatie toepassen.

4. Doelgroep van de interventie

Voor wie is de interventie bedoeld

De interventie is bedoeld voor kinderen met de diagnose ASS in de leeftijd van 3 tot 7 jaar met ernstige gedrags- en ontwikkelingsproblemen, en hun primaire opvoedingsomgeving.

De problemen van het kind hangen direct samen met de ASS (sociale interacties, communicatie, en verbeeldend en oplossend vermogen). In wisselwerking met bijkomende ontwikkelingsproblemen in de taal/spraak, waarneming, cognitie, motoriek en emotieregulering is vaak een ernstig afwijkende ontwikkeling en/of gedrag ontstaan. Het kind past bijvoorbeeld de taal niet communicatief toe, verdraagt niet dat een ander kind in zijn nabijheid is, kan niet overweg met aanwijzingen van een volwassene, is niet leeftijdsadequaat zelfredzaam, heeft een zeer selectief eetpatroon, is sterk geneigd tot stereotiep gedrag, reageert op frustratie of angst met ernstige woede-uitbarstingen et cetera. Een enkel probleem is niet voldoende om voor de interventie in aanmerking te komen, het gaat altijd om het aanwezig zijn van problemen op meerdere gebieden van de ontwikkeling. Het kind is niet in staat te functioneren in een reguliere setting voor dagopvang of onderwijs en vraagt om een voortdurend individuele afstemming van het opvoedend handelen.

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

Indicaties

- . De leeftijd van het kind is minimaal 3 en maximaal 7 jaar .
- . Er is sprake van de diagnose ASS met ernstige gedrags-en/of ontwikkelingsproblemen. De diagnose is gesteld op basis van de DSM-IV criteria door een bevoegd diagnosticus. De ontwikkelings-en gedragsproblemen worden geobjectiveerd met behulp van de CBCL /TRF, de VISK, de Comvoor, en eventueel een ontwikkelings- of een IQ-test. De uitkomsten op deze instrumenten voldoen echter niet als selectiecriteria: het individuele ontwikkelings-en gedragsbeeld is daarvoor te divers.
- . Het kind is niet in staat tot functioneren (sociaal, leren) in een schoolse setting of in een reguliere dagopvang, ook niet met hulp vanuit de onderwijsvoorziening of met ambulante jeugdhulp. Dit is gebleken uit observatie en voorinformatie/aanmeldingsgegevens. Op basis van het totale ontwikkelingsbeeld is het perspectief wel dat het kind na behandeling naar een onderwijsvoorziening((S)BO, SO, ZMLK) kan doorstromen.
- . De ouders willen hulp bij de opvoeding, onderschrijven de diagnose ASS en kunnen zich vinden in de specifieke methodiek. Ouders zijn bereid tot intensieve samenwerking en kunnen hiervoor tijd vrijmaken. De opvoedingsproblemen worden geobjectiveerd met behulp van de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). De uitkomst op deze vragenlijst is echter evenmin een selectiecriteria.

Contra-indicaties

- . (Het vermoeden van) een matige of ernstige verstandelijke beperking en/of een mentale leeftijd die de helft of minder is van de werkelijke leeftijd .
- . Het kind heeft voortdurend één op één begeleiding nodig vanwege bijvoorbeeld te sterk onaangepast, risicovol gedrag en/of zeer ernstige externaliserende gedragsproblemen.
- . Ouders onderkennen de diagnose niet of kunnen zich niet vinden in de methodiek.
- . Ouders zijn niet bereid of in staat tot intensieve samenwerking.

Toelichting indicatie- en contra-indicatiecriteria

We hanteren een IQ-grens van 70 met een ruime marge naar 55 (bij kinderen jonger dan 5 jaar). Vaak is echter bij jonge kinderen met een ASS geen IQ bepaald of het IQ heeft vanwege de stoornis en leeftijd een zeer beperkte prognostische waarde. Er moet dan een klinische inschatting worden gemaakt van de mentale leeftijd en het waarschijnlijke leervermogen, op basis van voorinformatie, de informatie uit de Comvoor, en evt. observatie van functioneel handelen, spel, zelfredzaamheid. Dit is van belang om te kunnen bepalen of het niveau van de activiteiten zal aansluiten bij het kind en of het kind het einddoel zal kunnen halen. Voor de andere (contra) indicaties is de vraag: wat is 'veel' of 'te'? De zorgzwaarte kan worden uitgedrukt in de extra maatregelen in ruimte/omgeving, in personeel en tijdsduur van deze maatregelen, die per dag of periode maximaal nodig zijn, in de mate waarin een kind behandeling misloopt door zijn gedrag.

Wat betreft de ouders: incidenteel komt voor dat de opvoedingsbelasting binnen het gezin niet als hoog wordt ervaren, bijvoorbeeld als het kind zeer rustig en teruggetrokken is. Dit vormt geen contra-indicatie. Het gaat erom dat het kind niet kan functioneren in een reguliere setting, en dat ouders aangeven niet de handvatten te hebben om het kind hierbij te helpen.

Selectie

Bureau Jeugdzorg indiceert op basis van diagnose en ontwikkelingsbeeld zoals vermeld in de rapportage van verwijzers. De behandelcoördinator van de interventie toetst de indicatie aan de hand van de criteria, en verifieert deze bevindingen in het afstemmingsgesprek met ouders.

5. Aanpak

Opzet van de interventie

Duur interventie

1- 1 ½ jaar

Fasering van de behandeling

De behandeling kent na de intake/start drie fasen: diagnostische en wenfase, behandelfase, afrondingsfase. Na de 1e fase vindt de eerste evaluatie plaats met de ouders en daarna elk half jaar, aan de hand van de afgesproken doelen.

Wie voeren de interventie uit

De interventie is multimodaal en multidisciplinair ingericht. Betrokken disciplines zijn pedagogisch medewerkers, gezinsbegeleider, kinderarts, kinderfysiotherapeut, logopedist, gedragswetenschapper/ behandelcoördinator.

Diagnostisch en behandelaanbod

De interventie bestaat uit een programmatisch aanbod van een aantal basis- en aanvullende onderdelen. Het basisaanbod geldt voor alle kinderen en gezinnen die aan het programma meedoen. Dit aanbod vindt in het gehele programma plaats met accentverschil in intensiteit en doelen van onderdelen, afhankelijk van de fase en de individuele hulpvraag. Het aanvullende

aanbod start alleen op indicatie. De behandelcoördinator stelt de indicaties in samenspraak met ouders en team. Binnen het basisaanbod en het aanvullende aanbod is er onderscheid tussen diagnostiek en behandeling/begeleiding. In het schema op de volgende bladzijden zijn de onderdelen van het aanbod voor kind, ouders en vervolgplek per fase en per uitvoerende discipline weergegeven. Het optionele aanbod is cursief weergegeven.

Toelichting schema

Diagnostiek

Het betreft descriptieve handelingsgerichte diagnostiek. Psychologisch, motorisch en taal-/spraakonderzoek vragen meestal meerdere contacten met het kind. De standaardonderzoeksactiviteiten zijn: medische screening op relevante somatische factoren, vaardigheidsanalyse (gedrag, sociale vaardigheden, zelfredzaamheid, spelontwikkeling et cetera), onderzoek naar taalontwikkeling en communicatieve vaardigheden, ontwikkelingsniveau/intelligentie, (senso)motoriek en basisgezinsdiagnostiek. Optionele diagnostiek: nadere gezinsdiagnostiek; nadere medische diagnostiek; (herhalings)onderzoek kinderpsychiatrie.

Behandeling kind

Het basisaanbod bestaat uit opname in de behandelgroep met 6/7 kinderen met een ASS, vijf tot maximaal negen dagdelen per week. Wekelijks vindt in de groep begeleiding door de logopediste plaats via de taal(muziek)kring. Ook krijgen de kinderen wekelijks onder begeleiding van de kinderfysiotherapeut 'groeps-gym', gericht op de (senso)motorische ontwikkeling. Vanaf de leeftijd van 4 jaar krijgt het kind onderwijs in de 'interne kleuterklas' op niveau groep 1 en 2 tot maximaal zes dagdelen, naast de behandelgroep. Optioneel zijn individuele logopedie (1x per week 30 min. tot maximaal 24x), individuele kinderfysiotherapie (1x per week 30 min. tot maximaal 24x) en medische behandeling/begeleiding, bijvoorbeeld het instellen van gedragsmedicatie.

Behandeling/begeleiding ouders/het gezin

Ouders en de pedagogisch medewerker van de groep werken nauw samen via frequente uitwisseling (schrift, telefoon, bij halen/brengen), via transforgesprekken en via 'meedraaien' in de groep. De pedagogisch medewerker geeft ouders gerichte ouderinstructie in de groep, duur/intensiteit in overleg met ouders, en gedurende maximaal een halfjaar Praktisch Pedagogische Thuisbegeleiding (PPG). Daarnaast hebben ouders 1x per twee tot zes weken individuele gesprekken met de gezinsbegeleider; indien gewenst kunnen (andere) familieleden daarbij aansluiten. Tenslotte volgen ouders themabijeenkomsten (1x per twee maanden) en de oudercursus over de stoornis ASS: zes á zeven bijeenkomsten.

Overdracht naar vervolgplek

De pedagogisch medewerker heeft samen met de ouders voorbereidende contacten met de vervolgplek. Na afronding is er nog één keer een follow-up (bezoek/telefonisch).

Locatie van uitvoering

De groepsbehandeling, het onderwijs en de diagnostiek vinden plaats op een locatie van de zorgaanbieder. De begeleiding van ouders vindt zowel thuis als op de locatie van de zorgaanbieder plaats.

Inhoud van de interventie

Behandeling kind

De globale aanpak is hetzelfde voor ieder kind. Per kind is vervolgens maatwerk nodig: de uitwerking van de aanpak moet nauwkeurig worden afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van het kind.

Behandelomgeving

De (behandel)omgeving is overzichtelijk. Individueel werken/spelen is mogelijk. Er is veel één op één begeleiding. Er is een zichtbare structuur in tijd, ruimte en activiteiten met behulp van 'concrete communicatie': er is visuele informatie over wat, door wie, wanneer, hoe en waar gedaan wordt via een individueel dagschema, taak-en activiteitenschema's, m.b.v. picto's, foto's, tekeningen, voorwerpen, later mogelijk het geschreven woord. Voorbeelden van maatwerk hierbij: bij het ene kind wordt gebruik gemaakt van foto's, en is met behulp daarvan elk dagdeel gedetailleerd weergegeven; bij een ander kind is het voldoende om een globaler dagschema met behulp van picto's te gebruiken en alleen bij moeilijke situaties meer details aan te brengen. Er is systematisch aandacht voor transfer van de voor dit kind werkende communicatie tussen behandelgroep en ouders, onderwijs.

Ontwikkelingsstimulering/ aanleren van vaardigheden

De inhoudelijke basis van het groepsprogramma wordt gevormd door een educatieve methode uit de voor-en vroegschoolse educatie (Ince, 2010; Pennings, 2005). De uitvoering is enigszins aangepast. De methodes werken bijvoorbeeld met projectthema's, die de speel-/leeromgeving vorm en inhoud geven. Het gebruik van thema's werkt heel goed voor kinderen met ASS, maar vaak is aanpassing naar een minder abstract niveau nodig, en is aanpassing van de ruimte volgens het thema minder gewenst. Binnen het groepsprogramma heeft ieder kind zijn individuele doelen. De te leren vaardigheden kunnen op elk gebied van de ontwikkeling liggen en zijn gericht op het kunnen functioneren in een vervolgsituatie (zie ook bij

behandelfase). Functionaliteit, haalbaarheid en de 'eigenheid' van het individuele kind bepalen de grenzen. Zo zal het aanleren of verbeteren van schoolvaardigheden bij het ene kind (o.a.) gericht zijn op het uiteindelijk zelfstandig zijn werkje kunnen organiseren, maken en afronden, en bij het andere kind op het aan tafel blijven zitten en het kunnen maken van een klaargezette taak. Vaardigheden worden aangeleerd met behulp van taakanalyses (opdelen in stappen en visualiseren), instructie, voordoen en samendoen, oefenen en herhaling. Ook hierin is maatwerk gewenst: het ene kind heeft meer visualisering nodig dan het andere, of profiteert meer van voordoen dan van mondelinge instructie. Er wordt altijd gezorgd voor positieve feedback en bekrachtiging. Indien intrinsieke motivatie ontbreekt maken we gebruik van extrinsieke motivatie, uitgaande van de voorkeuren van het kind, bv. het mag als de taak klaar is iets uit zijn mand met favoriete speeltjes kiezen. Er wordt systematisch gewerkt aan generalisatie van vaardigheden door de vaardigheid te oefenen in een nieuwe situatie, of met een andere persoon of ander materiaal.

Omgaan met gedragsproblemen

Er wordt onderscheid gemaakt tussen specifieke, ASS-gerelateerde problemen (stereotypie, rigiditeit, gestoord contact) en niet specifieke (zoals driftbuien, agressie, eetproblemen). De oplossing ligt primair in een grotere verduidelijking en aanpassing van de eisen. Daarnaast worden technieken voor gedragsverandering gebruikt, zoals bekrachtigen van gewenst of onverenigbaar gedrag, negeren (indien mogelijk). Als een kind in staat is tot enige emotieherkenning bij zichzelf, hanteren wij bij dreiging van hoog oplopende stress de Stoplicht-methode. Deze maakt gebruik van visualisatie (kleuren), gericht op zelfregulatie.

Vervolgens worden stress reducerende technieken toegepast, bijvoorbeeld alleen zijn of schommelen, afhankelijk van wat voor dit kind werkt. Ook ouders leren deze methode. Bij ernstige emotieregulatieproblemen, angst, of bij ernstige hyperactiviteit wordt soms gedragsmedicatie ingezet. Bij de specifieke problemen, zoals de stereotypieën, wordt samen met ouders gezocht naar een aanvaardbare vorm: het kind krijgt bijvoorbeeld een doos met zijn voorkeursspulletjes waar hij mee mag spelen een kwartiertje voor het eten.

Fasering

Voorfase

Voorafgaand aan de behandeling maken ouders en kind kennis met de groep. De Comvoor wordt afgenomen om het instapniveau van de communicatie te bepalen. Mede op basis hiervan wordt een wenschema en eventuele visualisatie hiervan, met ouders afgesproken.

Diagnostische en wenfase

In de eerste fase van de behandeling wordt een sterkte-zwakteanalyse gemaakt met specifieke aandacht voor de communicatieve mogelijkheden en voorkeuren van het kind. Het kind doet mee in de dagelijkse leef-, leer- en speelsituaties, leert de basisprincipes van de concrete communicatie aan de hand van het dagprogramma en eenvoudige taken. De pedagogisch medewerker toont en benoemt systematisch de onderdelen en bijbehorende visualisaties. Het gaat er om dat het kind de communicatiewaarde ervan ontdekt. Ook de ouders leren de basisprincipes. Al doende leert het kind de regels en ritme van het programma te volgen. Aanvankelijk is hierbij veel (fysieke) hulp nodig. Met eenvoudige taken leert het kind de basis van taakgedrag bijvoorbeeld snappen dat iets gedaan moet worden, beginnen, doorgaan, stoppen. In individuele contacten oefent het kind basisvoorwaarden voor sociale ontwikkeling, zoals imitatie en gedeelde aandacht, bijvoorbeeld via spelletjes als kiekeboe of een bal over en weer rollen.

Behandelfase

In de volgende fase is de rode draad het actief en zo zelfstandig mogelijk (leren) gebruiken van de principes van de concrete communicatie. Dat geldt voor het volgen van het dagprogramma, uitvoeren van taken en activiteiten, maar ook bijvoorbeeld voor het leren omgaan met veranderingen. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan de specifieke doelen voor het kind. Communicatie en taal, sociale redzaamheid en zelfstandigheid, cognitieve en leervaardigheden zijn altijd aan de orde:

. Communicatie en taal: de concrete communicatie wordt altijd gecombineerd met taal. Taalstimulering gebeurt de hele dag door: benoemen, uitleggen, uitlokken van taal en helpen bij het communicatief gebruiken van taal .

. Sociale redzaamheid: de pedagogisch medewerker maakt gebruik van de spontane en geleide groepssituaties voor het oefenen van sociaal gedrag, zoals beurtgedrag, inbreng van een ander verdragen. Bijvoorbeeld: twee kinderen spelen met de knikkerbaan en oefenen beurtgedrag, de begeleider benoemt gedrag, doet en/of zegt gedragsalternatieven voor. Er is veel aandacht voor emotieherkenning. Deze wordt getraind met verschillende middelen, zoals benoemen van foto's van bang/boos/blij/verdrietig, benoemen van de gevoelens van het kind, een ander kind in zich voordoende situaties. Daarnaast is vaak veel training nodig van de praktische zelfredzaamheid: eetgedrag, toiletgang, aan/uitkleden.

. Cognitieve en leervaardigheden: het gaat om het passend hanteren van spel-/leermateriaal, problemen oplossen, taakgedrag (aan tafel werken, taak uitvoeren, zich concentreren) en taakondersteunende vaardigheden (hulp vragen, instructies opvolgen). Allerlei dagelijkse speel-, werk- en ADL-situaties vragen om dit soort vaardigheden en vormen de natuurlijke oefensituaties. Voorbeeld: een reeks picto's naast de deur helpt het kind te bedenken wat hij bij binnenkomst in welke volgorde moet doen. Specifieke oefening gebeurt tijdens dagelijkse individuele 'werksessies' en later ook in de kleuterklas. In de werksessies staat het werken in opdracht op de gevraagde wijze centraal. Taakschema's zijn het belangrijkste hulpmiddel. Het kind oefent bijvoorbeeld het aan tafel blijven zitten met een timer en een picto, of het oefent met een taakschema blokjes in een

gevraagd patroon te leggen in plaats van volgens zijn eigen voorkeur. Binnen deze opdrachtsituaties krijgt het kind taken aangeboden passend bij zijn ontwikkelingsniveau.

Op basis van de ontwikkelingsvoortgang en onderzoeksbevindingen wordt een schooladvies bepaald.

Afrondingsfase

In de laatste fase ligt het accent op voorbereiding op de situatie na de dagbehandeling. Het communicatiesysteem wordt ontwikkeld naar een meeneembare vorm, bv. een picto-agenda, of een geschreven agenda, afhankelijk van de mogelijkheden van het individuele kind. Taak- en leervaardigheden in een schoolse situatie staan centraal. Het kind bezoekt maximaal de kleuterklas. Generalisatie van vaardigheden krijgt veel aandacht en het leren gebruiken ervan in situaties die minder aan het kind zijn aangepast. De pedagogisch medewerker legt, samen met de ouders, contact met de toekomstige school om de overstap voor te bereiden: informeert naar specifieke afspraken en regels in de nieuwe schoolsituatie en bespreekt hoe de voor het kind werkende aanpak in de nieuwe situatie kan worden ingepast.

Optioneel aanbod

Optioneel diagnostisch en behandel aanbod wordt meestal in de tweede behandelfase gedaan, maar kan ook in eerdere of latere fases plaatsvinden, afhankelijk van indicaties en urgentie.

Begeleiding van ouders/gezin

De ouder- en gezinsbegeleiding is opgebouwd uit drie elementen:

- . Psychoeducatie: gericht op inzicht in de ASS van het kind, de consequenties voor het opvoeden, het dagelijks gezinsleven, en op het wegwijzen in het veld van voorzieningen voor onderwijs, hulp, ouderverenigingen et cetera.
 - . Opvoedingsondersteuning: gericht op het leren van (specifieke) opvoedingscompetenties en het kunnen toepassen van de principes van de concrete communicatie, maar ook op, waar het kan, het herstellen van gewone opvoedingsroutines. Aan ouders wordt expliciet gevraagd over oplossingen mee te denken.
 - . Ondersteuning bij het hervinden van balans: thema's zijn vaak rouwverwerking, positie van het kind in het gezin, omgaan met familie en overige sociale omgeving, zoeken van hulpbronnen in de omgeving.
- Alle drie de elementen komen in de verschillende hieronder genoemde behandelvormen aan de orde, met accentverschillen per behandelvorm. Ook is maatwerk nodig, afhankelijk van de behoeftes van ouders en gezin.

Transfer

Ouders en de pedagogisch medewerker hebben dagelijks een overdracht via korte gesprekken bij brengen en halen, telefonisch/e-mail, contactschrift. In het begin draaien ouders circa 1 ½ uur in de groep mee om kennis te maken met de aanpak, en de pedagogisch medewerker brengt een huisbezoek. Daarnaast vindt regelmatig een uitvoeriger afstemmings- of transfersgesprek plaats. In dit gesprek bespreekt de pedagogisch medewerker met ouders het gedrag van het kind thuis en in de groep, koppelt dit aan de kennis over ASS, en bekijkt samen met ouders hoe oplossingen die in de groep werken ook thuis kunnen worden toegepast, en vice versa. Aan de transfersgesprekken kunnen ook andere behandelaren (zoals een logopedist of kinderfysiotherapeut) deelnemen.

Ouderinstructie in de groep

Ouders en de pedagogisch medewerker werken in de groep samen aan een hanteringsvraag via een gestructureerde werkwijze: afspreken van het soort situatie (bijvoorbeeld een overgangssituatie), zo nodig arrangeren (bijvoorbeeld stoppen met spelen en aan tafel komen), voordoen door de pedagogisch medewerker (concrete communicatie, verbale en/of fysieke begeleiding), samendoen (ouder voert uit, pedagogisch medewerker coacht), bespreken (wat ging goed, hoe kan je dit thuis toepassen), huiswerk voor ouders en terugkoppeling. Ouderinstructie in de groep gebeurt individueel en kan per vraag één- of meermalig zijn, afhankelijk van de behoefte van de ouders.

Praktisch pedagogische thuisbegeleiding

Met behulp van thuisbegeleiding leren en oefenen ouders in de natuurlijke situatie van het gezin praktische opvoedingscompetenties, met name de techniek van de concrete communicatie, gedragsmodificerende technieken en conflictbeheersingsstrategieën. De thuisbegeleiding volgt de op de leertheoretische principes gebaseerde methodiek van de Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG). Soms wordt gebruik gemaakt van videofeedback. De insteek is steeds aansluiten bij en versterken van wat goed gaat. Ouders bepalen in overleg met de pedagogisch medewerker welke opvoedingsvragen worden aangepakt.

Individuele ouderbegeleiding

Individuele ouderbegeleiding bestaat uit gesprekken tussen ouders en de gezinsbegeleider. De gesprekken kennen een globale vaste structuur: terugblik op de afgelopen periode, vaststellen gespreksthema's van ouders en gezinsbegeleider, bespreken van de thema's en eventuele huiswerkopdrachten, terugblik op het gesprek, en concrete afspraken. Er wordt een oplossingsgerichte benadering gehanteerd. Kennisoverdracht over ASS is steeds een impliciet of expliciet onderdeel. De

eerste contacten zijn gericht op verheldering van de veranderingswensen van ouders. In de daarop volgende gesprekken wordt systematisch toegewerkt naar concrete oplossingen voor vragen. Dit kan over praktische zaken gaan bijvoorbeeld hoe regel je dat de andere kinderen voldoende aandacht krijgen, of dat je toekomt aan je persoonlijke behoeftes. Het kan ook over psychosociale thema's gaan zoals het met elkaar als ouders kunnen delen van verdriet, of het hanteren van gevoelens van onmacht en schuld ten opzichte van het kind met ASS, of hun gezin. Regelmatig wordt in gezinsgesprekken de bredere familie betrokken.

Oudercursus en themabijeenkomsten

De oudercursus is gebaseerd op het begeleidingsprogramma voor oudergroepen dat ontwikkeld is door Kuyper & Tiberghien (2006) voor ouders van een kind met een ASS. De oudercursus bestaat uit: psychoeducatie (wat is ASS, invloed op opvoeding, gezinsleven), aanleren en versterken van specifieke opvoedingsvaardigheden (leren kijken naar gedrag, positief vaardigheden aanleren, ongewenst gedrag afzwakken), en het delen van ervaringen met ouders in een vergelijkbare situatie (lotgenotencontact). Er worden verschillende werkvormen gehanteerd: presentaties, vrije en geleide onderlinge uitwisseling tussen ouders, praktische oefeningen, huiswerkopdrachten.

In de themabijeenkomsten wordt een thema, vaak door ouders zelf ingebracht, besproken, in de decembermaand is dat bijvoorbeeld: hoe ga je om met onregelende 'leuke' zaken als Sinterklaas en Kerst.

Fasering

In alle behandelingsfasen komen de inhoudelijke elementen psychoeducatie, opvoedingsondersteuning en ondersteuning bij het hervinden van de balans aan de orde. Er zijn wel accentverschillen. In de eerste fase worden de opvoedingsvragen verhelderd en wordt een draagkracht-draaglastanalyse met ouders gemaakt. Ouders maken kennis met de concrete communicatie en pakken met behulp hiervan een nog niet al te complex opvoedingsprobleem aan via bijvoorbeeld een huiswerkopdracht. In de tweede fase oefenen ouders systematisch nieuwe opvoedingsroutines met behulp van thuisbegeleiding en de 'oefen-bezoeken' aan de groep. Daarnaast krijgen de psychosociale thema's veel aandacht in de gesprekken, en het praktisch regelen van alle gezinstaken. In de laatste fase gaat het om consolideren van de nieuwe vaardigheden en balans, en het voorbereiden van de overstap naar school.

6. Materialen en links

Er is een methodiekhandleiding dagbehandeling ASS3-7 (Trajectum, 2011).

De methodiek van de concrete communicatie is uitgewerkt door Autisme Centraal. Zie www.autismecentraal.be
Praktisch Pedagogische Thuisbegeleiding (PPG) is ontwikkeld door de Hogeschool Utrecht. Zie databank effectieve interventies www.nji.nl.

Puk/ik&ko is ontwikkeld door de CED-groep. Zie www.ko-totaal.nl.

Piramide is ontwikkeld door Piramide Cito. Zie www.cito.nl.

7. Verantwoording van de doelen, de doelgroep en de aanpak

Probleemanalyse

Een ASS wordt gekenmerkt door problemen in de sociale- en communicatieve ontwikkeling, in het verbeeldend- en oplossend vermogen, en door een beperkt repertoire aan interesses (DSM-IV-R; APA, 2000). Drie cognitieve theorieën bieden verklaringen voor het begrip van deze problemen (Van Berckelaer-Onnes, 2011). De Centrale Coherentie Theorie veronderstelt dat een persoon met ASS moeite heeft met het overzien van zijn omgeving als een samenhangend geheel en met het geven van de juiste betekenis aan zijn waarnemingen (Frith, 1989; Happé & Frith, 2006). Vermeulen (2007) noemt dit contextblindheid: moeite met begrijpen van zowel externe context bijvoorbeeld een gezichtsuitdrukking, als interne context, zoals het gevoel van honger. Onder andere Ozonoff, South en Provençal (2005) beschrijven de problemen tevens vanuit de Executieve Functies Theorie: een persoon met ASS heeft vaak moeite met het plannen en organiseren van taken, bv. hoe is de volgorde van activiteiten, wat te doen als iets ontbreekt. En tenslotte stelt de Theory of Mind dat een kind met een ASS niet (goed) in staat is om gedachten, gevoelens aan anderen en zichzelf toe te schrijven (Baron-Cohen, 2002). Het kan zich moeilijk in een ander verplaatsen, en zijn eigen motieven niet goed overzien. In de vroege ontwikkeling is dit bijvoorbeeld te zien in het niet goed tot stand komen van gedeelde aandacht, imitatie (Steerneman, 2004; Rieffe, Potharst, Meerum-Terwogt, Begeer, Stockmann & Cowan., 2005). Door deze specifieke cognitieve kenmerken heeft het kind een eigen manier van ontwikkelen, die vaak op alle ontwikkelingsgebieden te zien is, en die ervoor zorgen dat de 'match' en communicatie met de omgeving niet vanzelfsprekend zijn. Het jonge kind reageert anders of niet (voldoende) op de 'gewone' opvoeding van ouders. Vaak is sprake van comorbiditeit, bij de doelgroep zijn ten gevolge van deze elkaar beïnvloedende factoren ernstige ontwikkelings- en/of gedragsproblemen ontstaan.

Van Berckelaer-Onnes (2008) omschrijft ASS als een ernstig opvoedingsprobleem. Ouders snappen hun kind niet, hun opvoeding 'werkt niet'. De directe opvoedingsstress van ouders kan groot zijn, wat hun competentiegevoel ernstig kan aantasten. Daarnaast kan een kind met ASS emotionele (verdriet, onzekerheid) en praktische belasting als gevolg hebben, zeker als er nog andere kinderen zijn. Niet zelden krimpt het sociaal netwerk in, waardoor het gezin in een vicieuze cirkel kan belanden.

De specifieke cognitieve kenmerken behorend bij de ASS zijn niet veranderbaar. Ook ASS-gerelateerde gedragskenmerken zoals stereotypie, rigiditeit zullen altijd in zekere mate blijven bestaan (o.a. Van Berckelaer-Onnes, 2011). De nadelige gevolgen van de ASS voor ontwikkeling en sociale aanpassing zijn wel beïnvloedbaar. Dat geldt ook voor de gezinsproblemen.

Koppeling probleemanalyse-aanpak

De aanpak beoogt de communicatie tussen kind en omgeving tot stand te brengen of te verbeteren, en daardoor de gezonde ontwikkeling te faciliteren en gedragsproblemen te verminderen. Het is belangrijk hier zo snel mogelijk na de onderkenning van de ASS mee te starten (Dawson & Osterling, 1997). De behandeling is multimodaal en wordt door een multidisciplinair team uitgevoerd. Er is (inter)nationale consensus over de elementen waaruit behandeling en begeleiding van een kind met ASS en zijn omgeving zou moeten bestaan: voorlichting en ondersteuning van ouders, behandeling van somatische en motorische problemen en comorbiditeit, interventies gericht op sociale en communicatieve vaardigheden, op passende wijze met speelgoed spelen en op het verminderen van rigiditeit (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Dagbehandeling ASS voegt deze elementen samen. Door de complexiteit en diversiteit van de problematiek van de doelgroep zijn verschillende professionals betrokken. Onderlinge afstemming tussen de professionals, zoals gezamenlijk doelen opstellen en vanuit een gedeeld inzicht werken wordt als werkzame factor gezien (Dawson & Osterling, 1997). Dagbehandeling ASS bestaat uit drie onderdelen: diagnostiek, dagbehandeling van het kind en ouderbegeleiding.

Diagnostiek

De behandeling omvat uitgebreide beschrijvende diagnostiek. Voor de inhoud van de behandeling is een goed beeld nodig van sterktes en zwaktes van het kind. De diagnose zelf geeft onvoldoende houvast, de onderlinge verschillen tussen personen met ASS zijn groot, ontwikkelingsprofielen vaak zeer disharmonisch. Nauwkeurig beschrijvende, handelingsgerichte diagnostiek is daarom noodzakelijk (Van Berckelaer-Onnes, 2011; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009; Verheij, 2005). De diagnostiek en de behandelingsevaluaties leiden tot een prognose voor de middellange termijn.

Dagbehandeling:

De dagbehandeling is intensief en heeft een relatief lange behandelduur. Dagbehandeling wordt enerzijds gekozen omdat het kind moet leren functioneren in een groep. Een reguliere groepssituatie is niet mogelijk, want het kind reageert teveel op prikkels, of trekt zich juist ernstig terug; het leert niet of selectief van de andere kinderen, is niet groepsgewijs aanspreekbaar; kan niet zelfstandig (zinvol) bezig zijn of het kind is te storend voor de groep en vraagt teveel individueel ingrijpen. Anderzijds is intensieve en langdurige dagbehandeling nodig vanwege het pervasieve karakter van de problemen bij de doelgroep (o.a. Smith & Dillenbeck, 2006).

Leeromgeving

Verscheidene auteurs stellen dat een ondersteunende leeromgeving een belangrijk werkzaam element is in de behandeling van kinderen met een ASS (Elderman & Van de Braak, 2007). Uitgaande van genoemde cognitieve theorieën gaat het om het bieden van samenhang door structuur, voorspelbaarheid, eenduidige communicatie. Studies maken aannemelijk dat een persoon met ASS beter gebruik kan maken van een context als deze expliciet (visueel) 'gecued' wordt (Vermeulen, 2007; Lord & Schopler, 1994). De methodiek van de concrete communicatie zorgt voor structuur en verduidelijking van betekenissen en samenhang met behulp van visualisaties (o.a. Vermeulen, 2007). De verduidelijking is steeds in de dagelijkse (behandel) omgeving en communicatie te zien. Visualisering kan op allerlei manier: picto's, voorwerpen, geschreven tekst et cetera (zie aanpak 4.2.1). Zo ontstaat een omgeving die het kind beter begrijpt, waardoor ruimte ontstaat voor gezonde ontwikkeling. De concrete communicatie moet een routine worden voor kind en ouders zodat zij er altijd op kunnen terugrijpen, ook in een minder aangepaste omgeving. Een hoogwaardige leeromgeving impliceert ook de mogelijkheid van veelvuldige één op één begeleiding of begeleiding in kleine groepjes. Ook dit wordt gezien als een werkzaam element (Dawson & Osterling, 1997). Vanuit de aard van de ASS leert het kind immers niet vanzelf van wat groepsgewijs wordt aangeboden.

Ontwikkelingsstimulering

Ontwikkelingsstimulering richt zich op alle gebieden van de ontwikkeling. Per kind worden specifieke accenten gekozen, rekening houdend met wat voor dit kind en diens directe omgeving zinvol is. Doelen hebben altijd betrekking op aanpassing binnen de gezinssituatie en op het kunnen volgen van een vorm van onderwijs, en zijn in ieder geval gericht op communicatieve en sociale vaardigheden en op het vergroten van het probleemoplossend vermogen.

Taal en communicatief taalgebruik zijn van groot belang voor leren en sociale aanpassing. In de behandeling besteden we hieraan veel aandacht door de concrete communicatie altijd te voorzien van taal (verwoorden, uitleggen et cetera), door specifieke activiteiten zoals de taalkring en door het kind communicatieve vaardigheden (verbaal en nonverbaal) zoals beurtgedrag aan te leren.

Voor sociale aanpassing in gezin, groep, klas, in vrije(re) situaties zijn daarnaast basale sociale vaardigheden voorwaardelijk zoals naast een ander kunnen zitten, een opdracht opvolgen et cetera. De groepssituatie is een belangrijk middel voor het aanleren hiervan (o.a. Van Berckelaer-Onnes, 2008; Steerneman, Smits & Schalken, 2008). Continu worden situaties benut om passend sociaal gedrag te trainen, door benoemen, voordoen, voorzeggen etc. Daarnaast wordt geoefend in 'de Theory of

Mind' (ToM), die volgens onder andere Begeer, Rieffe, Meerum-Terwogt en Stockman (2003) ook door kinderen met ASS aangeleerd kan worden. Gezien de leeftijd ligt veel nadruk op het oefenen van de voorlopers van de ToM zoals imitatie, gedeelde aandacht, emotieherkenning, kunnen doen alsof (o.a. Steerneman, 2008; Rieffe e.a., 2005) vaak via één op één interactiespel (zie aanpak 4.2.1).

Voor het probleemoplossend vermogen is belangrijk dat het kind leert keuzes te maken, taken te overzien, rigiditeit (enigszins) te overwinnen, en dat het leert wat taakgedrag is. Dit geldt voor allerlei activiteiten: cognitieve taken, spelen, zelfstandigheidstaken. De concrete communicatie is hierbij een onmisbaar hulpmiddel. Daarnaast is een voldoende groot vaardigheidsrepertoire nodig. Belangrijk hierbij is generalisatie: door de gebrekkige centrale coherentie is dit zeer vaak een probleem. Studies en praktijk geven aan dat vaardigheden aanleren in het leven van alledag de beste resultaten geeft (Van Berckelaer-Onnes, 2008). We werken daarom zoveel mogelijk met het kind in de groepssituatie. Dat geldt bij voorkeur ook voor het aanvullend aanbod (bijvoorbeeld logopedie). Voorts wordt systematisch aan generalisatie gewerkt door vaardigheden met variaties in met wie, waar, materiaal te leren uitvoeren en door te zorgen voor veelvuldige afstemming met thuis. Het activiteitenrepertoire is vaak ook beperkt door de eenzijdige interesses (Van Berckelaer-Onnes, 2011). We hanteren dit gegeven door als het kind geen intrinsieke belangstelling heeft voor een taak zo mogelijk gebruik te maken van de specifieke interesses, door die bijvoorbeeld als beloning in te zetten.

Aanpak van gedragsproblemen

De specifieke aanpak werkt preventief ten aanzien van gedragsproblemen. De aanname is dat doordat het kind meer begrijpt van wat van hem gevraagd wordt de stress vermindert, gedragsproblemen afnemen. Het is ook wat de ervaring leert: kind komt tot rust. Als gedragsproblemen zich toch blijven voordoen is de afweging voor wel/niet behandelen functioneel: in hoeverre stoort het probleem de omgeving, het gezin en/of schaadt het 't kind (o.a. Elderman & Van de Braak, 2007). Verduidelijking en aanpassing van eisen zijn deel van de oplossing. Daarnaast is belangrijk dat opvoeders tijdig op signalen van oplopende spanning reageren door bijvoorbeeld het bieden van meer verduidelijking of een spanningsontladende activiteit, zoals schommelen, of even alleen zijn (Van Doorn, 2007). De basisaanpak gaat vergezeld van gedragsmodificerende technieken, zoals bekrachtigen van gewenst en/of onverenigbaar gedrag, shaping, negeren. Als de basisaanpak niet voldoende helpt of snel ingrijpen nodig is moet tijdelijk de begeleidingsintensiteit verhoogd worden om enerzijds het kind (fysiek) te helpen het ongewenste gedrag niet te vertonen of te stoppen, en anderzijds zeer precies (contingent) bekrachtigingsprocedures te kunnen toepassen (Huskens & Schipper, 2002). Gedragsmedicatie kan zo nodig een effectief ondersteunend middel zijn bijvoorbeeld bij ernstige emotieregulatieproblemen, angst of bij ernstige hyperactiviteit (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009).

Transfer naar vervolgplek

De overstap naar de vervolgplek wordt systematisch voorbereid en begeleid, en is gericht op continuïteit van de aanpak die voor dit kind werkt. Dit wordt als belangrijk werkzaam element gezien in de behandeling van kinderen met een ASS (Elderman, Van der Steege & Van den Braak, 2007). Gedurende de totale behandeling wordt toegewerkt naar het kunnen functioneren op de vervolgplek i.c. school. Ook het werken aan generalisatie en het doorontwikkelen van de communicatieschema's naar meeneembare vormen (zie 4.2) ondersteunen de transfer. In het laatste stadium wordt samen met ouders en de nieuwe school de overstap concreet voorbereid, bijvoorbeeld de opbouw, de communicatie, en welke vaardigheden het kind nog extra kan oefenen.

Ouderbegeleiding

Met ouders wordt intensief samengewerkt. Gezinsondersteuning wordt als essentieel element gezien van de behandeling van kinderen met autisme (Oosterling, 2010, Gezondheidsraad, 2009). Door de opname wordt de opvoeding tijdelijk gedeeld en kan gezamenlijk gezocht worden naar wat bij dit kind werkt. Behandeldoelen worden samen met ouders bepaald (Choy, 2002). Ouderbegeleiding richt zich op twee risicogebieden:

. Specifieke opvoedingscompetentie: Hoewel er nauwelijks onderzoek beschikbaar is over de effectiviteit van opvoedingsondersteuning bij ASS wordt deze wel als belangrijk onderdeel van de begeleiding gezien. (Van Rooijen & Rietveld, 2011). De opvoedingscompetentie wordt beïnvloed via psychoeducatie en via directe opvoedingsondersteuning. Psychoeducatie is een effectief middel om het gevoel van competentie te vergroten, ook in de opvoeding, en wordt als belangrijk onderdeel van de behandeling bij ASS beschouwd (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Psychoeducatie wordt geboden in de oudercursus, gesprekken met de gezinsbegeleider, en is altijd impliciet onderdeel van de directe opvoedingsondersteuning. De directe opvoedingsondersteuning bestaat uit het aanleren en praktisch oefenen van specifieke opvoedingsvaardigheden, waaronder de concrete communicatie. Dit gebeurt in de interventie op verschillende, elkaar ondersteunende manieren: ouderinstructie in de groep, de thuisbegeleiding en oefenonderdelen in de oudercursus (zie 4.2). In de groep staat de pedagogisch medewerker model in een gecontroleerde situatie, in de thuisbegeleiding wordt de verbinding gemaakt naar de minder gecontroleerde situatie thuis, en door de oefenopdrachten uit de oudercursus worden ouders uitgenodigd zonder directe hulp vaardigheden toe te passen. De verschillende methoden zorgen voor generalisatie van de vaardigheden van ouders naar verschillende situaties. De combinatie van kennisoverdracht, praktisch oefenen met het eigen kind en generalisatie maken opvoedingsondersteuning en oudertrainingen effectief (Elderman, Van der Steege & Van den Braak, 2007, Foolen, 2011). Door deze werkwijze wordt tevens de transfer van de aanpak van het kind bevorderd. Ouders

worden benaderd als expert in het voorspellen van het gedrag van hun kind. Dit geeft een belangrijke impuls aan hun gevoel van competentie (Dawson & Osterling, 1997). Ook in de transforgesprekken is dit steeds de rode draad: wat werkt (niet) bij u thuis, met welke aanpassingen kan wat in de groep werkt thuis gaan werken? Als het kind naar een vervolgplek (bv. school) gaat worden ouders gestimuleerd (ook) zelf met de school over de aanpak te overleggen.

. Praktische en emotionele belasting: de aanpak is erop gericht om de draagkracht te vergroten. Dit gebeurt behalve door het vergroten van de opvoederscompetentie door het ruimte bieden voor verwerking, het praktisch wegwijs maken, en door met ouders te zoeken naar een hanteerbare verdeling van gezins- en persoonlijke taken. Altijd wordt gekeken naar mogelijkheden voor sociale ondersteuning (familie-/sociaal netwerk, ander professioneel netwerk zoals een logeerhuis). Ook het contact met andere ouders (oudercursus en themabijeenkomsten) dient dit doel (Kuyper & Tiberghien, 2006). Soms is het nodig ouders eerst direct te ontlasten voordat zij actief kunnen werken aan veranderingen binnen hun gezin (Van Warners & Van den Hoofdakker, 2008). De opname van het kind heeft dit effect.

Overzicht werkzame factoren

Algemeen werkzame factoren zijn de theoretische onderbouwing, het categorale karakter van de hulp, de specifieke scholing van het behandelteam, de doelgerichte fasering, waarbij de vragen van kind en ouders sturend zijn en dat de hulp expliciet op beiden is gericht. Specifieke werkzame factoren zijn:

- . De vroegtijdigheid en intensiteit van het programma.
- . Veelvuldig één op één begeleiding; werken in (zeer) kleine groepjes.
- . De hoogwaardige en ondersteunende leeromgeving en het toepassen van generalisatiestrategieën; voorspelbaarheid en routine in het dagprogramma; functionele benadering van gedragsproblemen; het aanleren van sociale en communicatieve vaardigheden.
- . Medicatie (o.a. neuroleptica, antidepressiva, stimulerende middelen), indien toegepast, ten behoeve van het verminderen van specifieke en niet specifieke gedragsproblemen.
- . De betrokkenheid van het gezin vanuit een individuele benadering, waarin alle gezinsleden betrokken worden. Ouders worden beschouwd als de expert voor hun kind.
- . Psychoeducatie, het ruimte geven voor verwerking, het betrekken van de bredere sociale omgeving en familiecontext, en het 'lotgenotencontact'.
- . De interdisciplinaire en multimodale aanpak.
- . De transfer van de aanpak tussen gezin en groep, en naar de (vervolg)school.
- . De individualisering van de hulplannen gezien de eigen wijze van ontwikkeling van elk kind met een ASS.

Verantwoording

De werkzame factoren komen voort uit een meta-analyse van Dawson en Osterling uit 1997 (In Elderman e.a., 2007), een review van Van Rooijen en Rietveld (2011), en de richtlijn Diagnostiek en Behandeling ASS bij kinderen en jeugdigen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009).

Er zijn geen Nederlandse effectstudies naar soortgelijke interventies. Eén buitenlandse effectstudie is gevonden naar een soortgelijke interventie (DATA, zie hierna). De Richtlijn National Research Council Washington (2001) stelt dat het kind vroegtijdig minstens 25 uur per week moet deelnemen aan een interventieprogramma, met voldoende aandacht van een volwassene via 1op1 situaties. Schwartz, Sandall, McBride & Boulware (2004) onderzochten een groepsaanbod op basis van deze richtlijn bij kinderen van 3 tot 6 jaar (DATA). De resultaten tonen vooruitgang op alle ontwikkelingsgebieden. In enkele studies wordt een positieve invloed van intensieve vroege interventies gevonden op IQ-scores en taalontwikkeling bij kinderen ouder dan 3 jaar (Smith & Dillenbeck, 2006; Douglas, 1999; Eysinga, 2007). Vrijwel alle Nederlandse en buitenlandse onderzoeken naar de effectiviteit van behandelstrategieën bij ASS zijn kleinschalig en zonder controlegroepen (Van Berckelaer-Onnes, 2008; Elderman & Van den Braak, 2007).

Naast deze op ASS-gerichte studies geven enkele andere studies ondersteuning voor de werkzaamheid van meer algemeen gebruikte methodieken. In opvoedprogramma's komt de theoretische fundering op de sociale leertheorie, de empowermentstheorie, de systeemtheorie als specifiek werkzaam naar voren (Elderman e.a., 2007). Psycho-educatie wordt in verschillende studies als een effectieve interventie beoordeeld (Buwalda, Van Hout & Bouman, 2008; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Het groepsgerichte karakter van het aanbod voor ouders steunt op de theorievorming over het belang van sociale steun (Bakker, Blokland & Wijnen, 2001).

8. Samenvatting van de onderbouwing

Een kind met ASS heeft vanuit de aard van zijn stoornis moeite met het begrijpen van samenhang (context), hetgeen bij de doelgroep tot grote nadelige gevolgen heeft geleid voor gedrag (sociale aanpassing) en ontwikkeling. Door aanpassingen van omgeving en communicatie, met name door deze te voorzien van externe concrete visuele cues en het kind te leren hiervan actief gebruik te maken, wordt het kernprobleem zo goed mogelijk gecompenseerd, waardoor de gezonde ontwikkeling van het kind gefaciliteerd wordt en gedragsproblemen voorkomen of verminderd. Ouders leren de aangepaste communicatie en (andere) specifieke opvoedingsvaardigheden en leren deze toe te passen in de thuissituatie.

9. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

Eisen ten aanzien van opleiding

Opleiding

De pedagogisch medewerker, gezinsbegeleider, logopediste en kinderfysiotherapeut (allen HBO) en de behandelcoördinator (gedragswetenschapper WO) zijn opgeleid in de methodiek van de concrete communicatie. Allen hebben gedegen kennis van de systeembenadering. Pedagogisch medewerkers kunnen gedragstherapeutische technieken toepassen alsmede logopedische taalstimuleringsprincipes, en zijn opgeleid in de methodiek PPG.

Begeleiding en intervisie

Pedagogisch medewerkers ontvangen teambegeleiding en cliënt- en methodiek gebonden werkbegeleiding. Behandelcoördinator kan zo nodig een (interne) systeemconsulent en een 'diversiteitsconsulent' raadplegen.

Protocol / handleiding

Er is een uitgebreide Trajectum handleiding beschikbaar: methodiekhandleiding dagbehandeling ASS 3-7 (2011) .

Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

- . Alle behandelcontacten worden geregistreerd.
- . De behandeling is gestructureerd in een vastgelegde cyclus. Na drie maanden en vervolgens elk half jaar zijn er doelevaluatiebesprekingen met ouders. De behandeling wordt afgesloten met een eidevaluatie.
- . Bij start en einde van de behandeling worden gedragsvragenlijsten (CBCL/TRF en VISK () en een vragenlijst over de opvoedingsbelasting (OBVL) afgenomen. Aan de hand hiervan wordt het behandelresultaat beoordeeld. Het resultaat wordt ook beoordeeld met behulp van Goal Attainment Scale (mate van doelrealisatie) en de Exit-vragenlijst voor beoordeling van de tevredenheid van ouders.
- . Al deze gegevens worden één keer per jaar in het kader van methode evaluatie geanalyseerd; zo nodig worden verbeteringen ingevoerd.
- . Minimaal één keer per twee jaar vindt bijscholing met betrekking tot ASS en de concrete communicatie plaats.

Organisatorische voorwaarden

De methodiek stelt specifieke eisen aan de ruimte en personele inzet. Personele bezetting in de groep moet zeer regelmatig één op één begeleiding mogelijk maken. De fysieke ruimte moet kunnen worden ingericht volgens de principes van de concrete communicatie.

Kosten

Voor deze interventie zijn geen exacte gegevens bekend over kosten.

10. Onderzoek naar de uitvoering van de interventies

Er is geen onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie.

11. Nederlandse effectstudies

Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

Er is geen Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van de interventie.

12. Buitenlandse effectstudies

Er zijn geen studies die de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie aantonen.

13. Uitvoering van de interventies

Niet bekend

14. Overeenkomsten met andere interventies

Niet bekend

15. Lijst met aangehaalde literatuur

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bakker, I.G., G. Blokland & H. Wijnen (2001). Samen delen. Methodiek voor opvoedingsondersteuning in groepen. Utrecht: NIZW.

Baron-Cohen, S. (2002). Theory of mind and autism: A fifteen year review. In: Understanding other minds: perspectives from developedagogisch medewerkerental cognitive neuroscience, S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D.J. Cohen (eds), p 3-20.

Oxford: Oxford University Press.

- Begeer S., Rieffe, C., Meerum-Terwogt, M. & Stockman, J. (2003). Theory of mind based action in children from the autistic spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, p 479-487.
- Berckelaer-Onnes, I. van (2008). Van beeldvorming naar evidence-based (be)handelen: Een proces in ontwikkeling. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme/Theorie en Praktijk*, 2, p 45-57.
- Berckelaer-Onnes, I. van (2011). Autismespectrumstoornissen. In: J. van der Ploeg & E. Scholte (red), *Orthopedagogische probleemvelden en voorzieningen in Nederland*. Antwerpen-Apeldoorn, Garant. p 115-135.
- Buwalda F.M., Van Hout, W.J.P.J. & Bouman, T.K. (2008). Psycho-educatie. Van cliënt en therapie naar student en cursus. In: *De Psycholoog*, 43 p 330-335.
- Choy, Y.W. (2002). Gezinsgericht werken vanuit vraaggericht perspectief. *Methodiek voor jeugdhulpverleners*. Santpoort Zuid: NISTO-opleidingen.
- Dawson, G. & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In: M.J. Guralnick (ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Brookes, p.307-327.
- Doorn, E.C. van (2007). Als je boos bent, ben je op de helft. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme/Theorie en Praktijk* 3 p 120-127
- Douglas, L. (1999). *An evaluation of the effectiveness of early intervention on autistic children*. Chicago, Chicago State University.
- Elderman, E. & Braak, J. van den (2007). Kinderen met autismespectrumstoornissen (ASS). In C. Konijn, M. van der Steege, E. Elderman, W. Bruinsma & J. van den Braak (2007). *Werkzame werkwijzen. Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. P. 57 - 74.
- Elderman, E., Van der Steege M., & Van den Braak, J. van den (2007). Ouders met opvoedingsproblemen. In C. Konijn, M. van der Steege, E. Elderman, W. Bruinsma & J. van den Braak (2007). *Werkzame werkwijzen. Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. P. 19-56.
- Eysinga, W. van (2007) *Autisme: de juiste leeftijd voor interventies en de effectiviteit van deze interventies*. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam.
- Foolen, F. (2011). *Wat werkt bij oudertrainingen?* Utrecht, Nederlands jeugdinstituut.
- Frith, U.(1989). *Autism: explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Gezondheidsraad (2009). *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/09.
- GGZNederland (2001). *CREMM Landelijke cijfers Medisch Kleuterdagverblijven 1997, 1998, 1999*.Utrecht, 2001.Publicatienr. 2000-121.
- Huskens, B.E.B.M. & Schipper, P.(2002). ABA-behandeling van gedragsproblemen. In: B.E.B.M.Huskens& R.Didden (red), *Behandelingsstrategieën bij kinderen en jongeren met autisme*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 36 (1) p.5-25.
- Ince, D. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Piramide'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kuyper, A & Tiberghien, S. (2006). *Kinderen met autisme en een normale begaafdheid. Een begeleidingsprogramma voor oudergroepen*.Leuven: LannooCampus.
- Lekkerkerker, L., Chênevert, C., Eijgenraam K., & Steege, M. van der (2011). *De doelgroepen van Trajectum en het Leger de Heils in beeld*. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Lord, C.& Schopler, E. (1994). TEACCH services for preschool children. In: S.L. Harris & J.S. Handleman (eds), *Preschool education programs for children with autism*. Austin: PrO-ED, p.87-106.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- National Research Council (2001). *Educating children with autism*. Washington DC: National Academy Press.
- Ozonoff, S., South, M. & Provencal, S. (2005). Executive Functions. In: D.J. Cohen & F.R. Volkmar (red.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorder* (p 606-627). New York: John Wiley&Sons.
- Pennings, T. (2006). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'KO-totaal'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rieffe, C., Potharst, E., Meerum-Terwogt, M., Begeer, S., Stockmann, L. & Cowan, R. (2005). Expressie van emoties bij hoogfunctionerende kinderen met autisme. *Kind & Adolescent*, jaargang 26, nr.2 p214-226.
- Rooijen, K. van & Rietveld, L. (2011). *Wat werkt bij autisme?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Schwartz, I.S., Sandall S.R., McBride B.J.& Boulware G.L.(2004). Project DATA (Developmentally Appropriate Treatment for Autism). An inclusive schoolbased approach to educating Young children with autism. *Topics in early childhood special education*, vol.24, nr.3, p 156-168.
- Smith, V.K. & Dillenbeck, A. (2006). Developing and implementing early intervention plans for children with autism spectrum disorders. *Seminars in speech and language*, vol.27, nr.1, p.10-20.
- Steeneman, P., Smits, K. & Schalken, L. (2008). *Protocollaire behandeling bij kinderen met autismespectrumstoornissen*. In: C. Braet & S. Bögels (red), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom. p 179- 199.

Trajectum (2011). Methodiekhandleiding ASS3-7. Zeist, Interne publicatie.

Verheij, F. (2005). Pervasieve ontwikkelingsstoornissen en behandelingsperspectief. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme/Theorie en Praktijk*, 1, 4-10

Vermeulen, P. (2007). Autisme als contextblindheid. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme/Theorie en Praktijk* 3 p. 92-104.

Warners, S. van & Hoofdakker, B. van den (2008). Protocol oudertraining bij kinderen met autisme. In: C. Braet & S. Bögels (red), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom. P 201- 225.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

