Een autisme-ondersteunende context

Samen op zoek naar een werkbare oikos.

Een toepassing van het oplossingsgerichte gedachtegoed op afdelingsniveau

Opname-eenheid 2 OPZ Geel

Een werk ter afronding van de therapie-opleiding Oplossingsgerichte Cognitieve Systeemtherapie aan het Korzybski instituut.

Yenthe Ceusters

Inhoud

1. Voorwoord 3
2. Inleiding 4
   2.1 Herstelgerichte visie binnen opname-eenheid 2 4
   2.2 Systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH) 5
   2.3 Oplossingsgericht werken (Isebaert & Lefevere, 2022) 5
      2.3.1. Basisprincipes oplossingsgericht werken 5
   2.4 Overlap tussen herstelvisie, SRH en oplossingsgericht werken 8
   2.5 Mijn eigen oplossingsgerichte axioma's uit de opleiding 8
3. Waar liggen de noden? 10
4. Wat is autisme? 11
   4.1 DSM-5 11
   4.2 Wat is autisme nog? 12
   4.3 neuro-anatomie en mini colums theorie 15
   4.4 Niet alleen beperkingen 16
5. Wat is stress voor mensen met autisme? (Boxhoorn, 2015 en Spek, 2010) 16
6. Een autisme-ondersteunend klimaat 18
   6.1 wat zijn onze good practices? 18
   6.2 Waar kunnen we onze oikos nog verbeteren? 19
      Nuttige functies van stress bij mensen met autisme: 23
7. Conclusie 25
8. Referenties 26
9. Bijlagen 27

Bijlage 1: vragenlijst naar eigenschappen en kwaliteiten 27
..... 28
Bijlage 2: signaleringsplan 30
Bijlage 3: rust thermometer 31
Bijlage 4: signalenlijst 32
Bijlage 5: stress signalen herkennen 34
Bijlage 6: tips denk- en doeblokkades 38
Bijlage 7: slides psycho-educatie 39

1. Voorwoord

In januari 2025 zat ik te luisteren naar de les van Sylvie Carette, waarin zij haar kennis over autisme met ons deelde. Wat begon als een poging om mijn lessenrooster op te vullen, zonder specifieke verwachtingen of interesse, groeide al snel uit tot een onverwacht boeiende dag. Voor het eerst werd ik echt geraakt en geboeid door het thema autisme, een doelgroep die ik persoonlijk altijd als uitdagend heb ervaren — zeker binnen de context van crisisopnames.

Sylvie wist mijn aandacht te vangen en vast te houden met haar inzichten. Haar benadering gaf mij een ander perspectief: ik hoorde niet alleen over moeilijkheden, maar vooral over mogelijkheden en kansen. In de dagen na haar lessen merkte ik dat haar woorden me bleven bezighouden. Tijdens mijn fietstochten van het werk naar huis begonnen de ideeën te stromen. Ik dacht: “hier moet ik iets mee op de afdeling” en zo ontstond het concept voor mijn eindwerk.

Ik wil Sylvie dan ook oprecht bedanken voor haar inspirerende bijdrage. Haar lessen hebben me niet alleen aangezet tot reflectie, maar ook gemotiveerd om mijn kennis over autisme te verdiepen en deze te vertalen naar bruikbare toepassingen binnen mijn afdeling. Haar inzichten vormde dan ook een waardevolle leidraad bij de uitwerking van mijn eindwerk.

Verder wil ik ook de andere docenten Geert, Erwin en Sebastien bedanken voor hun gepassioneerde en bevlogen stijl. Ze hebben me veel wijsheid mee gegeven en zonder hen zou ik nooit zo bevangen geraakt zijn door het Brugse model.

Ook aan Myriam: bedankt om met zoveel precisie en geduld de supervisie video’s na te kijken. Je uitgebreide feedback heeft me veel richting gegeven. Ook bedankt om mijn eindwerk na te lezen.

Zonder mijn klasgenoten zou mijn opleiding tot oplossingsgericht cognitief systeemtherapeut er niet hetzelfde uit gezien hebben. In het bijzonder bedankt aan Esther. Voor de vele uren in de auto, de vele rollenspelen die we samen deden en voor de steun en tussentijdse deadlines voor dit eindwerk. Samen hebben we de finish gehaald!

Tot slot ook nog een bedankje voor mijn lieve man, Gertjan. Mijn rots in de branding die er al vele jaren voor zorgt dat ik kan blijven bijleren en zo de beste versie van mijzelf kan worden.

Bedankt.

Noot: doorheen dit werk zal ik spreken over patiënten. Dit omdat ik binnen een ziekenhuiscontext werk en wij ziekenhuisbreed deze term hanteren.

2. Inleiding

Sinds de zomer van 2019 werk ik in het OPZ Geel op de Opname-eenheid 2 binnen divisie Volwassenen. Op de afdeling verblijven volwassenen (18-65) met acute psychische of psychiatrische moeilijkheden die nood hebben aan residentiële zorg en kunnen functioneren binnen een open afdelingsklimaat.

De werking van de afdeling is gericht op crisisinterventie, diagnosestelling, oriëntatie en herstel. Bij crisisinterventie ligt het accent op het voorkomen van verdere escalatie en het weer zelfstandig terugkeren naar eigen situatie. Afhankelijk van de thuissituatie en het toestandsbeeld keert de patiënt terug naar huis met ambulante nazorg of volgt hij/zij een oriëntatie naar een (semi-)residentieel behandeltraject.

In onze visie en werking baseren we ons op elementen uit de herstelvisie, alsook de principes van het systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH). Beide strekkingen baseren zich op de autonomie, krachten en mogelijkheden van een persoon om het herstelproces vorm te geven. Vanuit een herstelgerichte visie wordt bekeken welke doelstellingen de patiënt kan/wil bereiken en welke de mogelijkheden hiertoe zijn. Vanuit het systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH) krijgen mensen aan de hand van verschillende domeinen de mogelijkheid om na te denken over hun wensen voor het heden en de (gewenste) toekomst, rekening houdend met krachten en positieve ervaringen uit het verleden. Er zit gelukkig al heel wat oplossingsgericht gedachtegoed mee in de werking verweven.

2.1 Herstelgerichte visie binnen opname-eenheid 2

"Herstel is een uniek persoonlijk proces waarbij de persoon met een psychische of psychiatrische kwetsbaarheid zich ontworstelt aan de soms desastreuze gevolgen van zijn kwetsbaarheid en (opnieuw) een hoopvol, bevredigend en nuttig leven kan leiden op een zelf gekozen manier." (Anthony, 1993)

Herstelgericht werken is voor ons het introduceren van, en samen werken aan een persoonlijk begeleidingstraject waarbij de persoon kan ervaren dat hij/zij meer is dan enkel psychiatrische patiënt en dus ook iemand met verschillende rollen, kwaliteiten, interesses,...

We vinden het belangrijk om zo veel mogelijk in dialoog te gaan, waarin betrokkenen kunnen ervaren dat ze expert zijn, ieder op een ander terrein. We willen mensen uitnodigen hun ideeën te expliciteren en ze daarbij ook andere keuzemogelijkheden voorleggen.

We proberen zo veel mogelijk in te zetten op samenwerken met het oog op een evolutie van een probleem-gesatureerd naar een constructief verhaal. Dit zodat de moeilijke ervaringen minder domineren, maar het accent meer komt te liggen op helpende ervaringen. Het herstelproces geven we samen vorm door in eerste instantie uit te zoeken wat herstel kan betekenen voor mensen of hoe het herstelproces er kan uitzien. Mensen worden dus uitgenodigd om na te denken over hun eigen herstelproces. Het opstellen van een herstelplan in dialoog met het team behoort tot de basis van onze werking. We streven daarbij zo veel mogelijk naar behoud van autonomie en eigen verantwoordelijkheid. Patiënten zullen bijvoorbeeld ook betrokken worden bij de teamvergaderingen. Zo proberen we met de patiënt te spreken in plaats van over de patiënt te spreken.

We creëren een huiselijke en veilige sfeer om het herstelproces te bevorderen omdat we geloven dat het welzijn en de fysieke gezondheid van mensen mede afhankelijk is van de fysieke omgeving waarin zij verkeren. Het is voor ons ook belangrijk om oog te hebben voor

sociale relaties en het belang ervan binnen het herstelproces. In het kader daarvan is er aandacht voor maatschappelijke participatie (vrije tijd, werk, studie, sociale contacten,...) en het betrekken van de context.

Om continuïteit van zorg te verzekeren, zetten we vanaf de eerste dagen van opname al in op nazorgmogelijkheden.

2.2 Systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH)

Enkele concrete elementen uit het systematisch rehabilitatiegericht handelen geven onze herstelvisie een methodisch kader om herstel te vertalen naar het dagelijks leven. We ontwikkelden ons eigen herstelplan (zie bijlage X) dat patiënten richting geeft in het vinden en herontdekken van rollen en doelen op domeinen zoals wonen, werken, sociale relaties en vrije tijd. SRH focust op krachten, wensen, omgevingsbronnen en samenwerking, en we gebruiken een stappenplan om dit proces concreet te maken.

2.3 Oplossingsgericht werken (Isebaert & Lefevere, 2022)

Oplossingsgerichte therapie is een psychotherapeutische benadering waarbij de nadruk ligt op het benutten van de sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt (utilisatie). Samen met de hulpverlener en in een afgestemde therapeutische relatie kijkt de cliënt naar welke resources hij of zij al bezit om met problemen of moeilijkheden om te gaan.

Het is een manier van werken die vooral gericht is op het versterken van de autonomie van de cliënt waarbij de focus ligt op het vinden van oplossingen, eerder dan uitspitten van problemen. Er wordt vooral gewerkt richting een toekomst waarin het probleem zich oplost, oftewel de gewenste situatie.

Wat vooral belangrijk is, is het formuleren van werkbare oplossingen. Daarbij wordt de cliënt gezien als de expert over zijn of haar eigen leven, en is diens kijk op de situatie bepalend voor hoe de hulpverlener te werk gaat.

2.3.1. Basisprincipes oplossingsgericht werken

2.3.1.1 Vier premissen (Le Fevere de Ten Hove in Ysebaert & Lefevere, 2022)

1. Iedereen heeft zelfhelende, autopoëtische capaciteiten.
   Milton Erickson ging ervan uit dat iedereen over voldoende mogelijkheden beschikt om zijn problemen op te lossen. Bovendien zijn onze zelfhelende capaciteiten uniek, ieder heeft dus zijn unieke handleiding.

2. Problemen en oplossingen behoren tot een andere orde.

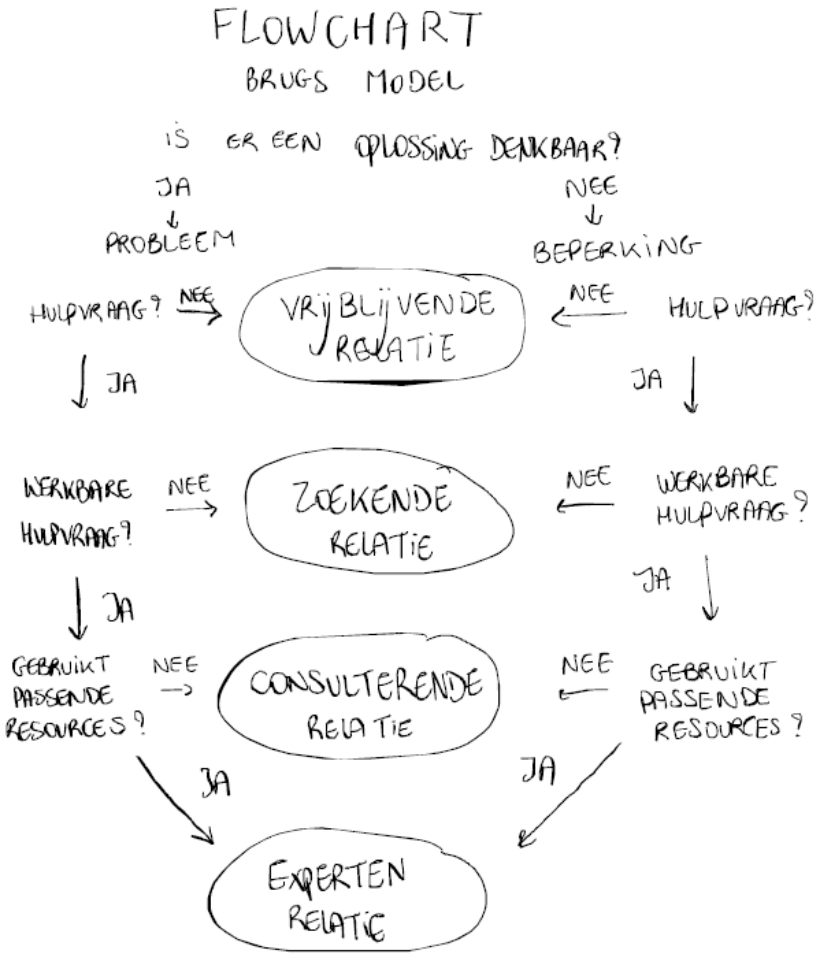
   “wat je aandacht geeft, groeit” – Aristoteles

   Aristoteles leerde ons honderden jaren geleden al dat wat we aandacht geven zal groeien. Aandacht voor oplossingen en mogelijkheden zal renderen. We mogen er vanuit gaan dat we de problemen niet moeten uitspitten om tot goede oplossingen te komen. Het is vooral zinvol om de oplossingen uitgebreid uit te spitten. Oplossingen hebben vaak niets te maken met problemen. Oplossingen en problemen horen dus tot een andere orde.

3. Het kunnen maken van keuzes is bevorderend voor het welzijn en is een maat voor gezond psychisch functioneren.
   Later in dit werk zal ik uitleggen hoe het maken van keuzes voor mensen met autisme moeilijk is, zeker in crisismomenten. We kunnen hier op inspelen door te peilen naar uitzonderingsvragen of door zelf verschillende keuzemogelijkheden te geven.

4. Het mandaat gegeven door de cliënt dient boven alles te worden gerespecteerd en is een gids voor onze interventies.
   Het opbouwen van je mandaat vraagt afstemming. Afstemming kan op verschillende manieren bereikt worden; joinen, complimenteren, breed positief connoteren, …

2.3.1.2 Vier belangrijke vragen - de flowchart (Isebaert & Lefevere, 2022)
Onderstaande vier belangrijke vragen geven zicht op de relatie tussen de therapeut en de cliënt, informeren ons over het mandaat dat de cliënt geeft en geven een idee van mogelijk nuttige interventies. In de flowchart wordt een onderscheid gemaakt tussen een probleem (oplossing is denkbaar) en een beperking (geen oplossing denkbaar).
De cliënt is altijd expert in zijn wensen en mogelijkheden, de therapeut de expert in kennis van symptomen en procedures.



1. Is een oplossing denkbaar?
   Als cliënten bij ons komen vertellen over hun moeilijkheden is dit een eerste vraag die we onszelf kunnen stellen. Voor welk van deze moeilijkheden kunnen we verlangen dat ze opgelost worden? Bij moeilijkheden waar een oplossing voor gevonden kan worden, spreken we over een **probleem**. Wanneer er geen haalbare oplossing is, spreken we over een **beperking**.

2. Is er een hulpvraag?
   Wanneer er nog geen hulpvraag is, spreken we over een **vrijblijvende relatie**. We tonen als therapeut respect en scheppen een klimaat van vertrouwen door oprechte interesse te tonen en we proberen een context te creëren waarin een hulpvraag kan ontstaan.

3. Is er een 'werkbare' hulpvraag?
   Als de cliënt zelf met een hulpvraag komt is de belangrijke vraag; is dit een werkbare hulpvraag? Zo niet, dan is er sprake van een **zoekende relatie**. De cliënt is in dit geval nog niet in staat om zichzelf in een actieve rol te zien en het is onze taak als therapeut om de gewenste situatie zo helder mogelijk te krijgen

4. Zijn er passende resources voor handen?
   Willen cliënten geholpen worden (stellen ze m.a.w. zelf een hulpvraag?) en beschikken ze over de resources om zichzelf en hun gewoontes te veranderen? Dan spreken we over een **consulterende relatie**. Deze mensen beschikken over de mogelijkheden om hun problemen op te lossen, alleen weten ze nog niet hoe ze deze best kunnen benutten. Ze slagen er niet in om hun mogelijkheden om te zetten naar competenties. In deze relatie kan de therapeut kennis en technieken als hulpmiddel leveren zodat onze cliënt kan voelen dat hij zelf in staat is zijn probleem op te lossen. In eerste instantie is het belangrijk om de cliënt zijn eigen resources te helpen ontdekken. Samen kunnen therapeut en cliënt hulpbronnen, uitzonderingen en resources identificeren.
   Indien deze onvoldoende zijn kan de therapeut vrijblijvend technieken/hulpbronnen aanleveren voor de cliënt om mee aan de slag te gaan.

Heeft de cliënt zelf een hulpvraag, ziet hij zichzelf als oplosser van zijn problemen en is hij in staat om zijn vaardigheden te benutten als competenties? Dan spreken we over een **expertenrelatie**. De therapeut beperkt zich in dit geval tot supporteren.

2.3.1.3 ethos, logos, pathos, oikos

Zoals u later in dit werk zal kunnen lezen, zal het gaan over autisme. In de flowchart werken we dan met een beperking en zullen onze doelen gaan over aanpassen en aanvaarden. Het autistisch denken zullen we niet kunnen veranderen.

Als mens zijn we wat we doen, denken en voelen in de contexten (oikos) waarin we leven (Isebaert in Isebaert & Lefevere, 2022). De triade van cognities (logos), gevoelens (pathos) en gedrag (ethos) toont de complexe wisselwerking tussen deze drie elementen van het psychisch functioneren. Dit werk zal vooral gaan over het aanpassen van de oikos in de hoop

tot spanningsreductie en leren te komen bij mensen met autisme. Dit werk is een denkoefening om tot een autismevriendelijke omgeving (of oikos) te komen.



2.4 Overlap tussen herstelvisie, SRH en oplossingsgericht werken

In hun kern zie ik heel wat overlap tussen de herstelvisie, SRH en oplossingsgericht werken. Voor mij delen ze een gemeenschappelijke basis: ze vertrekken allemaal vanuit de kracht, eigen regie en het groeipotentieel van de mens. Met de voornaamste focus op doelstellingen vertrekkende vanuit de gewenste situatie. In plaats van te focussen op ziekte of tekort, richten deze benaderingen zich op wat wél werkt, op zingeving, en op herstel in brede zin.

Ik ben dankbaar dat ik kan werken in een context die beleidsmatig al redelijk oplossingsgericht georganiseerd is. Door de overlap tussen de visies kreeg ik ook de kans om mijn opleiding te volgen.

2.5 Mijn eigen oplossingsgerichte axioma's uit de opleiding

Na vier jaar onderdompeling in het oplossingsgerichte bad van het Korzybski Instituut ben ik zelf ook heel wat wijzer geworden. Gebaseerd op mijn notities van de afgelopen vier jaar en het oplossingsgerichte gedachtegoed dat we mee kregen geef ik hieronder enkele belangrijke basisprincipes mee waarop ik dit werk, en alle suggesties die zullen volgen, baseer.

- "Laat oma thuis": om de therapeutische alliantie te laten groeien is het belangrijk om je oordeel, mening of advies (OMA) achterwege te laten. We hebben respect voor het symptoomgedrag en kijken hoe het nuttig is voor de persoon die bij ons zit. Respect voor het lijden geeft een basis voor een goede therapeutische alliantie.
- We doen wat werkt = we doen wat werkt voor de persoon die op dat moment bij ons is. Afstemming is cruciaal.
- Als iets werkt, doe er dan meer van. Doe iets anders als het niet werkt. Probeer ook niet te fixen wat niet kapot is (Steve de Shazer).
- Wat is mijn mandaat? → als je geen goed contact hebt met de mensen kan je doen en zeggen wat je wil maar zal je ze moeilijk mee krijgen. Focus op je mandaat en stem je keuzes/suggesties af op de toestemming die je krijgt van je cliënt.
- De basis ligt in het systeemdenken. We maken allemaal deel uit van een systeem en dus proberen we dit ook in zijn totaliteit te bekijken. Onze patiënten komen uit hun eigen systeem en maken bij ons deel uit van een nieuw systeem. Ieder systeem heeft zijn homeostase en iedere verandering zorgt voor een verandering in het bestaande

evenwicht. Door een symptoom te veranderen, verander je soms ook het bestaande evenwicht en daar kunnen we best zorgzaam mee omspringen.
- De geïdentificeerde cliënt blijft de baas. In dit geval zowel de patiënten als mijn collega's en ikzelf.
- We kijken naar de krachten en talenten van onze mensen en proberen deze zo veel mogelijk te benutten. De voornaamste suggesties zullen we uit onze patiënten halen in plaats van het hen op te leggen. Ze hebben altijd keuze en aanpassen blijft maatwerk.
- Hoe kunnen we een context maken zodat ze in hun krachten kunnen staan?
- We zorgen eerst voor stabiliteit om dan pas te gaan bewegen. De overgang maken naar een nieuwe balans is moeilijk. Daar hebben we respect voor. We gaan met andere woorden zorgzaam omspringen met verandering.
- Er is geen grote analyse van het probleem nodig om tot oplossingen te komen. In dit werk zullen we wel vertrekken van de bestaande situatie en van daaruit werken naar een gedeelde gewenste situatie.
- Het vertrekpunt is de gewenste situatie, rekening houdend met zaken die al goed gaan en dingen die we willen behouden.
- Iedereen heeft in zich de resources om tot oplossingen te komen en om beperkingen te aanvaarden.

2.6 waarom dit werk?

Al jaren hoor ik van collega's dat ze het moeilijk vinden om te werken met mensen met autisme. Het ontbreekt hen naar eigen zeggen aan kennis en begrip van de diagnose waardoor er een mismatch ontstaat in verwachtingen.

In de lessen van Sylvie kwam aan bod dat een autismevriendelijke ondersteuning veel *theory of mind* vraagt van de omgeving. Een aangepaste context kan voor stressreductie zorgen.

Damion Milton spreekt in zijn onderzoeken over dubbele empathie, waarbij hij verwijst naar het idee dat communicatie- en empathieproblemen tussen mensen met en zonder autisme niet eenzijdig zijn maar dat het 'probleem' wederzijds is (Williams et al., 2024).

Concreet betekent dit dat bij traditionele benaderingen vaak wordt aangenomen dat mensen met autisme moeite hebben met empathie of sociaal inzicht. Het concept van dubbele empathie stelt daarentegen dat:

- Mensen met autisme *anders* communiceren en waarnemen, niet per se minder goed.
- Zowel mensen met autisme als andere mensen moeite kunnen hebben om elkaars perspectief, emoties en bedoelingen goed te begrijpen.
- Misverstanden ontstaan doordat beide partijen moeite hebben om zich in de ander in te leven – het is dus een mismatch in communicatie, geen eenzijdig tekort.

Bij het begeleiden van mensen met autisme betekent dit dat de hulpverlening:

- Best niet alleen kijkt naar hoe de persoon met autisme zich moet aanpassen, maar ook bereid is om zelf aan te passen en actief te proberen de wereld vanuit het perspectief van de ander te begrijpen.
- Meer luistert, open vragen stelt en niet te snel oordeelt over gedrag dat "anders" is.
- Erkent dat wederzijds begrip tijd en inspanning kost van beide kanten.

Het uitbreiden van kennis over autisme kan volgens mij voor meer begrip zorgen.

Inmiddels werk ik zo'n zes jaar op de afdeling en merk ik een toename in de opnames van mensen met autisme met een opmerkelijke piek sinds de coronacrisis. We zijn er nog altijd

niet achter waarom precies maar voelen met zijn allen een nood naar een meer afgestemde aanpak, gebaseerd op kennis.

De uitdaging zal er verder in zitten om hun unieke resources te helpen ontdekken en mobiliseren zodat ze hun 'beperkingen' beter kunnen dragen.

3. Waar liggen de noden?

Om de noden in kaart te brengen heb ik een bevraging gedaan bij zowel mijn collega's als patiënten met autisme.
Van mijn **collega's** krijg ik voornamelijk te horen dat ze kennis missen over autisme.
Volgende vragen werden geformuleerd:

- Wat betekent de diagnose precies? Hoe kunnen we autisme beter herkennen?
- Hoe werken hun hersenen?
- Wat mogen we in opname van hen verwachten?
- Wat mogen we van onszelf verwachten?
- Hoe maken we de differentiaaldiagnose tussen autisme en persoonlijkheid?
- Zijn onze signaleringsplannen toereikend zoals ze zijn of zouden we deze beter aanpassen?
- Wat doen we met de keuzemogelijkheden?

Om tegemoet te komen aan deze inhoudelijke vragen heb ik besloten om een vorming te organiseren voor mijn collega's. Dit om wat kennis mee te geven en mijn eindwerk toe te lichten? Verder wil ik hen ook meenemen in het verhaal van het oplossingsgericht werken.

Ook bij de **patiënten** deed ik een rondvraag over hun bevindingen:

- We krijgen te weinig informatie. Het is nuttig om alles na enkele dagen nog eens te herhalen en duidelijk te polsen of ik nog vragen heb.
- Op de gesloten afdeling (HIC-afdeling) is de verpleging veel meer toegankelijk.
- Bezoekuren zijn onduidelijk en worden niet correct opgevolgd door alle collega's.
- Ook de afdelingsregels worden door iedereen anders geïnterpreteerd door verschillende collega's. Dit zorgt voor veel onduidelijkheid.
- Het is enorm overprikkelend om aan de maaltijden deel te nemen, zeker de eerste dagen van de opname.
- De regels over het weekend zijn streng. Ik kan thuis veel beter tot rust komen en ik slaap beter in mijn eigen bed. De eerste maand van de opname is dat niet mogelijk.
- De intercom is storend en geeft me een onveilig gevoel omdat ik op ieder moment van de dag gestoord kan worden.
- Als ik mijn nachtmedicatie neem wil ik meteen gaan slapen. Het is lastig dat ik niet in mijn nachtkledij op de afdeling kan komen.
- Jullie gebruiken veel afkortingen, zoals VP. Ik weet niet wat dit betekent.
- Wanneer werkt mijn persoonlijke begeleider? En bij wie kan ik terecht als mijn persoonlijke begeleider niet aanwezig is?
- Ik heb een hekel aan water en drink normaal gezien altijd hetzelfde drankje bij de maaltijd. Nu mag ik dit niet omdat het zo in de regels staat.
- Het therapieschema is overweldigend. Moet ik alle sessies volgen? Dat is wel heel druk en niet alles werkt voor mij.
- Op de kamer hangt een rode bel voor noodgevallen. Wat is een noodgeval? Enkel als ik in levensgevaar ben of ook als ik het moeilijk heb?
- Kan ik de regels ergens terugvinden buiten de brochure?

- Sommige instructies zijn moeilijk als je alles letterlijk neemt. Op de lift hangt bijvoorbeeld een mededeling: afdeling bereikbaar via de lift. Mag ik ook de trap nemen?
    - Op de deur naar de uitgang hangt een mededeling: gelieve aan het team te komen melden als je de afdeling verlaat. Moet ik dit altijd melden? Ook bij iedere therapiesessie of als ik even iets te drinken ga halen?

4. Wat is autisme?

Onderstaande psycho-educatie neem ik mee uit de boeken van Marja Boxhoorn (2015) en Annelies Spek (2010), de DSM-5 (2017) en de lessen van Sylvie Carette. Het vergroten van de kennis van zowel mezelf als mijn team lijkt me een helpende stap richting meer begrip, een betere samenwerking en een vlotte aanpassing van de context (oikos).

4.1 DSM-5

Omdat ik in een psychiatrisch ziekenhuis werk, wil ik toch ook even stilstaan bij de DSM diagnose (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). In onze diagnostische onderzoeken baseren we ons namelijk ook op de aanwezigheid van deze kenmerken om de diagnose al dan niet te stellen.

De DSM-5, de meest recente versie van het Amerikaanse handboek voor psychische stoornissen spreekt, in tegenstelling tot voorgaande edities, van één autisme-diagnose: de 'autismespectrumstoornis (ASS)'. In het verleden was er sprake van verschillende varianten zoals bijvoorbeeld het syndroom van Asperger.

De diagnose autisme wordt gesteld wanneer je voldoet aan alle kenmerken genoemd in domein A en 2 van de 4 kenmerken in domein B.

A. Blijvende tekorten in de sociale communicatie en interactie, zoals blijkt uit:

- Tekorten in sociaal-emotionele wederkerigheid: moeite met het inleven in een ander en hen aanvoelen. Mensen met autisme gaan vaker analyseren i.p.v. zaken ondernemen op het gevoel. Ze benaderen de wereld en mensen om hen heen als een wiskundig vraagstuk en dat kan erg vermoeiend zijn.
- Tekorten in het voor sociale omgang gebruikelijke non-verbale communicatieve gedrag: moeite met het herkennen van of gebruiken van oogcontact, intonatie of gebaren. Daardoor ontgaan hen veel subtiele signalen en missen ze heel wat informatie en cues in sociale interacties..
- Tekorten in aangaan, onderhouden en begrijpen van relaties: Initiatiefname, aanpassen van gedrag in verschillende sociale situaties, waardoor sociale contacten vermoeiend kunnen zijn en aanvoelen als hard werken.

B. Beperkte zich herhalende gedragspatronen, beperkte interesses en activiteiten, zoals blijkt uit:

- Stereotype of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of spraak: Herhalende gedragingen of bewegingen; pulken aan kledij, nood aan orde, nood aan perfectie, altijd in een vast rondje lopen, altijd op dezelfde plaats willen zitten,
- Hardnekkig vasthouden aan hetzelfde, star gehecht aan routines of geritualiseerde gedragspatronen: liefst van al zouden ze verandering mijden. Voorspelbaarheid geeft rust en overzicht. Overgangssituaties kunnen lastig zijn en ze hebben nood aan 100% duidelijkheid alvorens in actie te komen. Daarom zijn ze vaak inflexibel.

- Zeer beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn: Inhoudelijk bijzondere interesses of interesses die veel tijd of aandacht vragen.
- Over- of onder reageren op zintuiglijke prikkels of ongewone belangstelling voor zintuiglijke aspecten van de omgeving: prikkels kunnen ongefilterd of gefragmenteerd binnen komen. Moeite met het dempen van prikkels. Bij omgevingslawaai is het moeilijk om tegelijkertijd te luisteren en hun aandacht bij het gesprek te houden. Daardoor vaak snel overbelast. Kunnen ook last hebben van geuren, geluiden, licht, smaak, aanraking, … Andere mensen met autisme zijn juist ondergevoelig; vooral voor signalen van overprikkeling waardoor ze hun eigen grenzen moeilijk aanvoelen en dus ook niet voelen wanneer ze over de grens gaan.

C. De verschijnselen zijn aanwezig vanaf de vroegste kindertijd (maar worden soms pas later onderkend).

D. De verschijnselen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke levensgebieden.

E. De stoornissen kunnen niet beter verklaard worden door een verstandelijke beperking of globale ontwikkelingsachterstand en de sociale communicatie moet minder zijn dan past bij het cognitieve niveau.

De term autismespectrumstoornis (ASS) geeft ook mee dat autisme zeer uiteenlopende uitingsvormen heeft. De diagnose kan er dus bij iedereen anders uitzien.

Helaas is de diagnose in de DSM erg gericht op de aan- of afwezigheid van bepaalde beperkingen. In diagnostische trajecten op de afdeling merken we dan ook dat zo'n diagnostisch onderzoek veel stress teweegbrengt. Het is altijd ons voornemen om enkel herstelgerichte diagnostiek te doen. Dat wil zeggen, de diagnose nuttig moet zijn en dus een meerwaarde betekenen in functie van de patiënt of vervolgzorg (zoals voor het aanvragen van extra zorgbudgetten of het inschakelen van specifieke hulpverlening waar een officiële diagnose vereist is). Toch ben ik er na 4 jaar aan het Korzybski Instituut van overtuigd dat we beter kunnen door meer in te zetten op krachten en sterktes in plaats van enkel de beperkingen toe te lichten.

Uit de lessen van Sylvie Carette heb ik vooral onthouden dat er de laatste jaren heel wat weerstand komt tegen deze diagnose in de DSM-5 vanuit verenigingen van mensen met autisme. Daarom wil ik hier ook nog meegeven dat autisme zeer diverse uitingsvormen kent en ook niet altijd als beperking hoeft gezien te worden. Tijdens de les werd de vraag gesteld 'is het een stoornis' of is 'zit het vooral in de interactie met anderen?'. We zouden het vraagstuk ook kunnen benaderen als 'zijn mensen neurotypisch of neurodivergent?'. Mensen met autisme laten daarbij zelf vooral horen dat ze 'anders', oftewel neurodivergent, zijn en niet meer of minder dan andere mensen.

4.2 Wat is autisme nog?

Boxhoorn (2015) beschrijft autisme als volgt:
Autisme kan gezien worden als een ingewikkelde combinatie van genetische en omgevingsfactoren waardoor mensen met autisme informatie op een andere manier verwerken op de volgende 4 domeinen:

1. **Centrale coherentie:** Binnenkomende informatie globaal en in zijn context kunnen verwerken.

Mensen met autisme hebben doorgaans een sterk gedetailleerde waarneming met beperkte centrale coherentie waardoor men moeite kan ervaren om informatie te integreren tot een samenhangend geheel. Ze merken meer details op en hebben bij een veelheid aan informatie moeite om het overzicht te behouden. Het kost hen veel energie om uit de vele opgemerkte details een overzicht van het geheel op te bouwen. Het kan bij drukte langer duren om informatie te verwerken of om door te hebben hoe het plaatje compleet is. Ze kunnen moeite ervaren met het onderscheiden van hoofd- en bijzaken, prioriteiten stellen en hun aandacht richten op wat belangrijk is. Ook hun tijdsoriëntatie kan ook verstoord raken.

→ Een opname is een compleet nieuwe setting met een grote hoeveelheid aan onbekende prikkels om te verwerken. De eerste dagen komen onze patiënten in aanraking met zoveel nieuwe informatie, nieuwe mensen, nieuwe regels, nieuwe context, … We zetten maximaal in op 'de eerste 5 minuten' aangezien we uit onderzoek rond bijvoorbeeld HIC-richtlijnen weten dat deze periode cruciaal is om een patiënt gerust te stellen, een gevoel van veiligheid te scheppen en mensen welkom te laten voelen (allemaal zaken die de basis vormen voor een goede therapeutische alliantie). Rekening houdend met wat Boxhoorn (2015) beschrijft over centrale coherentie lijkt het me cruciaal om de patiënten tijd te geven om de omgeving te leren kennen en hen de tijd te geven op een rustig tempo te ontdekken hoe alles werkt. Zo kunnen ze zelf de puzzel bij elkaar leggen.

Anekdote van een patiënt met autisme: patiënten krijgen bij hun opname een persoonlijke begeleider toegewezen. Iemand van het verplegend personeel die hen mee opvolgt en op regelmatige basis gesprekken met hen voert. Tijdens mijn patiëntenbevraging vertelde iemand me dat ze bij haar opname van haar persoonlijke begeleider te horen kreeg: "ik ben jouw aanspreekpunt". Ze had dit zo letterlijk genomen dat ze aan geen enkel ander personeelslid extra uitleg durfde vragen. Haar persoonlijke begeleider kwam enkele dagen niet werken en de vrouw in kwestie liep dus dagen rond met twijfels en onduidelijkheden die ze bij niemand anders durfde aftoetsen aangezien ze een toegewezen aanspreekpunt had. Het lukte haar niet om zelf de puzzel bij elkaar te leggen en kon door onduidelijke communicatie ook niet aftoetsen bij andere mensen.

2. **Executieve functies:** de dirigent van onze cognitieve vaardigheden, essentieel voor het realiseren van doelgericht en adequaat gedrag. Een set van vaardigheden die ons helpen om adequaat te reageren op een steeds veranderende omgeving. Het gaat onder andere over: plannen, organiseren en uitvoeren van taken.
   Onze hele dag is een aaneenschakeling van taken. Maar wat met de tijd tussen verschillende taken? Hoe ga je die invullen? Door moeilijkheden met executieve functies kunnen mensen met autisme vast raken in bepaalde denk- of gedragspatronen. Niet-ingevulde tijd geeft daarbij last en spanning en kan leiden tot piekergedachten, wegdromen of bevriezen.
   Verandering is moeilijk voor mensen met autisme omdat hun aaneenschakeling van taken plotseling verandert. Ze hebben doorgaans eerst duidelijkheid nodig om dan weer rust te vinden.
   Mogelijke gevolgen van moeilijkheden in het executief functioneren:
   • Tijd moeilijk inschatten
   • Organisatieproblemen : te strikt of chaos
   • 'Logische' oplossingen niet altijd zien
   • Emoties niet altijd onder controle

De onrust die gepaard gaat met plotse verandering zoals een opname is ook iets waar we de eerste weken rekening mee kunnen houden. Door in ons achterhoofd te houden met het feit

dat alles voor patiënten verandert en ze daardoor mogelijk minder goed kunnen plannen, in sessies geraken, gesprekken voeren kunnen we mogelijk meer zorg op maat geven. Dit door kleine haalbare stappen af te spreken of te kijken naar zaken die kunnen helpen om tot rust te komen.

Anekdote van een patiënt: Tussen de sessies hebben patiënten vrije tijd. In onze brochure staat dat ze deze tijd kunnen benutten om te rusten. Een patiënte die er zelf niet toe kwam haar vrije tijd in te plannen heeft deze instructie wel erg letterlijk genomen: tussen iedere sessie door, en zowel voor als na de therapie-uren lag ze in bed. Ze vond deze instructie en greep hem vast om haar tijd in te vullen. Pas na een gesprek met een collega, waarin ze samen kon nadenken over andere mogelijke manieren om haar tijd in te vullen, slaagde ze er in uit haar bed te blijven.

3. **Theory of mind:** het vermogen om je te verplaatsen in anderen of om het gedrag van een ander te kunnen begrijpen.
   Door een gebrek aan theory of mind kunnen mensen met autisme moeilijker inschatten wat handig gedrag is in sociale situaties, zeker wanneer er dingen aan de verbeelding over gelaten worden. Ze zijn vaak minder goed in dingen invullen vanuit hun eigen fantasie. Met beperkte theory of mind is het moeilijker om je gevoelens te uiten, je mening te formuleren of zelfs je wensen of mogelijkheden te benoemen. Het is ook veel lastiger om rekening te houden met de gevoelens van anderen als je je beperkt kan verplaatsen in een ander. Dat kan leiden tot miscommunicatie en conflict.

Bij ToM maakt Sylvie Carette een interessant onderscheid:

Theory of the other mind
Begrijpen en voorspellen van het gedrag, de emoties, de gedachten en de verwachtingen van anderen.

Theory of the own mind:
Begrijpen en ordenen van eigen gedachten, wensen, verlangens, emoties, …

Volgens Sylvie zijn beiden moeilijk en vragen ze veel energie voor mensen met autisme. Hun gedachten lopen veelal via bewuste redeneerprocessen en kosten daarom veel energie en tijd.

Onze patiënten leven met 25 personen dag en nacht samen. Ze brengen heel wat tijd samen door, ieder met zijn eigen problematiek en elk in zijn eigen crisis. Sommigen onder hen stellen soms vreemd gedrag, zoals de psychotische verhalen of de mensen die zichzelf verwonden. Het verwerken van al die indrukken of het begrijpen van al die mensen is niet altijd eenvoudig. Mensen met autisme kunnen bepaald gedrag van medepatiënten of collega's soms minder goed kaderen en dat vergt wat extra uitleg.

Anekdote van een patiënt: een patiënt vertelde me dat ze de eerste week van haar opname geen water gedronken heeft tijdens de maaltijden. Ze zag iedereen rondom haar met glazen water maar niemand had haar uitgelegd waar ze de waterkraan kon vinden. Ze slaagde er niet in het gedrag van anderen te observeren en te volgen/begrijpen om zo zelf ook de waterkraan te vinden. Ze heeft gewacht tot iemand het haar vertelde.

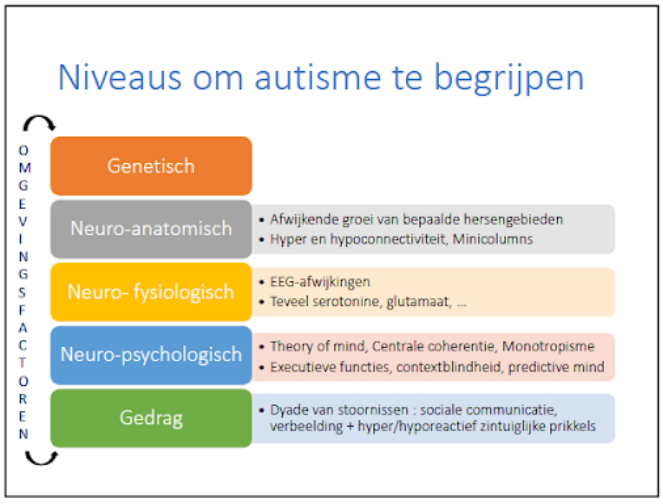
4. **Zintuiggevoeligheid en moeilijkheden in de prikkelverwerking:** mensen met autisme zijn vaak meer gevoelig voor prikkels en kunnen deze ook moeilijker verwerken. Hierin beschrijft Boxhoorn (2015) grote interpersoonlijke verschillen tussen

mensen met autisme. De ene is meer gevoelig en de ander minder. Lampen, eten, geluiden, kunnen allemaal een impact hebben op de concentratie. Informatie komt meer ongefilterd binnen waardoor hun ‘systeem’ sneller overbelast raakt en ze stress ervaren.

Samenwonen met 25 andere mensen brengt heel wat prikkels met zich mee. De ramen op onze patiëntenkamers kunnen niet open vanwege suïciderisico en dus werken we met een verplichte afzuiging die, als ik eerlijk ben, verschrikkelijk veel lawaai maakt. Het constante gezoem kan voor prikkelgevoelige mensen een grote bron van extra stress vormen. Het is onze taak als team om mee na te denken hoe mensen zo goed mogelijk met prikkels kunnen omgaan en wat hen kan helpen als ze daar zelf niet toe komen.

Anekdote: patiënte die zo gevoelig was voor prikkels dat ze ieder gesprek, maar ook iedere maaltijd verscheen met een zonnebril en koptelefoon om het geluid te dempen. Dit werd door collega’s en medepatiënten als vreemd ervaren.

4.3 neuro-anatomie en mini colums theorie



10

Voor de vorming van mijn collega’s zal ik me voornamelijk baseren op bovenstaande psycho-educatie in combinatie met deze allesomvattende slide van Sylvie.

Op neuro-anatomisch niveau is het duidelijk dat mensen met autisme informatie op een andere manier verwerken. Op lokaal niveau is er vaak sprake van hyperconnectiviteit in neuronale verbindingen waar op lange afstand eerder sprake is van hypoconnectiviteit. Dit kan een verklaring bieden voor waarom mensen met autisme het zo moeilijk hebben om aangeleerde vaardigheden in te zetten of te vertalen naar uiteenlopende situaties.

Ook de mini-columns theorie wil ik hier nog even aanstippen omdat ik het tijdens de les een treffende en zeer helpende toevoeging vond. Mini columns zijn verticale groepen (buisjes) van zenuwcellen in onze hersenen die een cruciale rol spelen bij het verwerken van (sensorische) informatie in de neocortex. Bij mensen met autisme werd aangetoond dat deze buisjes smaller zijn.

- **Verminderde minicolumn-breedte en verhoogde dichtheid:** Een onderzoek van Casanova, Buxhoeveden, & Roy (2002) rapporteert dat personen met autisme meer, maar kleinere en minder compacte minicolumns hebben in vergelijking met

controlepersonen. Deze minicolumns vertoonden een verminderde neuropilruimte aan de periferie, wat suggereert dat er minder ruimte is voor verbindende zenuwvezels.

- **Regio-specifieke verschillen:** Een studie van Buxhoeveden, Semendeferi, Schenker en Courchesne (2006) toonde aan dat de verschillen vooral prominent waren in de dorsale en orbitale gebieden van de frontale cortex, terwijl de mesiale regio minder veranderingen vertoonde. Dit suggereert dat bepaalde hersengebieden meer getroffen kunnen zijn dan andere. Dit kan helpen verklaren waarom mensen met autisme op bepaalde vlakken (zoals executief functioneren, flexibiliteit, sociale interactie of sensorische informatieverwerking) moeilijkheden of uitdagingen ervaren.

Deze bevindingen suggereren dat structurele afwijkingen in de minicolumns kunnen bijdragen aan de kenmerkende informatieverwerkings-patronen en sensorische ervaringen bij personen met autisme. De fijnere, kleinere buisjes kunnen sneller vastlopen, hetgeen een verklaring kan bieden voor het feit dat mensen met autisme bij een overaanbod aan prikkels kunnen vastlopen door een overstroming en overspoeling van het hele systeem.

Belangrijke informatie om hier aan toe te voegen is dat deze verschillen werden aangetoond op groepsniveau en niet op individueel niveau.

4.4 Niet alleen beperkingen

Mensen met autisme hebben uiteraard niet alleen beperkingen. Iedereen zal zijn manier vinden om met moeilijkheden om te gaan. Zoals Boxhoorn (2015) in haar boek mooi toelicht hebben mensen met autisme vaak unieke talenten; punctueel, vastberaden, goed in afspraken nakomen, nauwkeurig werken, doorgaan waar anderen stoppen of opgeven, eerlijk, betrouwbaar, detail-gericht, origineel, creatief, hebben veel doorzettingsvermogen. Het lijkt me dan ook zeer belangrijk om verderop in dit werk toe te lichten hoe we onze testbatterijen in ons diagnostisch onderzoek positiever en meer oplossings- en herstelgericht kunnen maken.

De mate van beperking zou volgens Carette vooral bepaald worden door de resources waar mensen over beschikken, in combinatie met een specifieke context. Bij vrouwen zouden zich pas beperkingen voordoen na problemen op vele andere vlakken. Vrouwen zouden goed zijn in het overcompenseren van zaken waar ze tegenaan lopen. Pas bij overmatige stress komen de beperkingen in hun functioneren aan het licht. Dat een opname stress met zich kan meebrengen of dat mensen die in opname verblijven te maken hebben met hoge niveaus van stress zien we op onze afdeling dagelijks.

5. Wat is stress voor mensen met autisme? (Boxhoorn, 2015 en Spek, 2010)

Stress = een vorm van spanning die in het lichaam van mensen optreedt als reactie op externe prikkels, die dan weer gevolgd wordt door bepaalde reacties. Het is als een soort alarmsysteem dat je helpt omgaan met situaties die je als spannend, moeilijk of bedreigend ervaren.

Een beperkte hoeveelheid stress is niet ongezond. Soms hebben we stress nodig. Het bevordert onze prestaties en houdt ons scherp. Bij beperkte tijd voor herstel kunnen mensen echter ziek worden van stress. Langdurige stress kan bijvoorbeeld zorgen voor verminderde weerstand, minder vermogen om te incasseren, boos worden om kleine irritaties, uitstelgedrag, afspraken afzeggen, …
Zoals blijkt uit de kenmerken van autisme weten mensen met autisme niet altijd waar hun spanning vandaan komt of wat ze eraan kunnen doen om ermee om te gaan. Daardoor staan ze vrijwel voortdurend onder stress.

In stress hebben ze, net als ieder ander mens, de verschillende mogelijkheden: vechten, vluchten of bevriezen.

- Vechten: we gaan de strijd aan, we willen winnen: ruzie maken
- Vluchten: instemmen met alles wat er gezegd wordt. Situaties vermijden in de hoop dat ze afnemen.
- Bevriezen: verstarren en niet meer weten wat te moeten doen. Uit contact geraken.

Mensen met autisme hebben volgens Boxhoorn (2015) meer stressbronnen dan andere mensen. Door de prikkels die vaak heftiger binnen komen en ook door moeilijker begrijpen van andere mensen en situaties of doordat ze moeite hebben in het omgaan met veranderingen of onvoorspelbaarheid. Ze zijn steeds in een verhoogde staat van alertheid doordat ze op een andere manier informatie verwerken. Daarbij kunnen ze overspoeld raken door een veelheid aan informatie. Zo horen we vaak dat het leven voor hen meer energie kost dan bij andere mensen.

In de huidige snelle maatschappij is het vaak een probleem dat je waarneming gefragmenteerd is. Door hun andere informatieverwerking zijn mensen met autisme volgens Boxhoorn (2015):
-Sneller overprikkeld en overspoeld door informatie
-Minder flexibel en moeite met veranderingen
-Nadenken verloopt anders, moeite met concentreren of niet op woorden kunnen komen.
-Ze kunnen andere betekenis verlenen aan gebeurtenissen waardoor je ook anders gaat handelen
-Ontstaat er een gebrek aan afstemming en is er vaak sprake van miscommunicatie.
-Raken mensen gefrustreerd of geïrriteerd.

Goed omgaan met andere mensen en nieuwe situaties, zoals dat bij een ziekenhuisopname het geval is, vraagt flexibiliteit in denken en handelen. Dat is net hetgene waar mensen met autisme het moeilijk mee hebben. Ze hebben net behoefte aan herkenbaarheid, voorspelbaarheid en ze houden niet van veranderingen. Te veel nieuwe indrukken kunnen bijkomende angst oproepen. Overprikkeling kan zorgen voor denk- en doe-blokkades

In de praktijk blijkt volgens Boxhoorn (2015) ook dat mensen met autisme meer moeite hebben om in het dagelijks leven stress te herkennen en vervolgens over te gaan tot handelen om weer te kunnen ontspannen.

De complexiteit is dat iedereen met autisme op een andere manier moeite heeft met stress. Signalen herkennen en daar tijdig en adequaat op reageren is dus voor iedereen anders. Ook voor de omgeving blijkt het lastig om signalen te herkennen. Extra kennis van autisme kan al veel helpen en een begripvolle houding van de anderen wordt als stressreducerend ervaren. Net om deze redenen vind ik het belangrijk om dit werk te schrijven en de inhoud te delen met mijn collega's. Wij maken deel uit van de context en zoals Sylvie in haar lessenreeks meegaf is het aanpassen en autisme-ondersteunend maken van de context cruciaal voor mensen met autisme om te kunnen floreren.

Het voornaamste advies dat ik mee neem uit het boek van Boxhoorn (2015) is dat het hebben van invloed van groot belang is. Dit zien we ook terugkomen in de 4 premissen van het oplossingsgericht werken (Le Fevere de Ten hove, 2018): het kunnen maken van keuzes is een maat van gezond psychisch functioneren
Boxhoorn (2015) geeft aan dat het in kaart brengen van stressfactoren en deze koppelen aan manieren om stress te verminderen erg helpend zou kunnen zijn. Dit is een belangrijk uitgangspunt dat ik wil meenemen omdat het ook uitgaat van de autopoëtische capaciteiten waar mensen over beschikken en nogmaals onderstreept dat het hebben van de mogelijkheid om keuzes te maken essentieel is om zich goed te voelen. Alle suggesties die in dit werk aan bod zullen komen, zullen zowel aan mijn teamleden als aan de patiënten voorgelegd worden

als een keuze of een mogelijkheid. Dit in de hoop dat ze door het maken van keuzes hun zelfhelende capaciteiten kunnen aanspreken en op die manier de spanning rond opname alweer kan zakken.

6. Een autisme-ondersteunend klimaat

6.1 wat zijn onze good practices?

"doe meer van wat werkt - don't fix it if it's not broken" (Steve de Shazer)

- Het voornaamste wat we al goed doen is de bereidheid tonen tot maatwerk. Ieder individu is uniek en kan best zelf aangeven waar de noden liggen. Onze herstelgerichte visie biedt hier een duidelijke houvast met de mogelijkheid om creatief te gaan invullen per persoon.

- Aanwezigheden: zorgen voor voorspelbaarheid en duidelijkheid doen we door de aanwezigen van de dag uit te hangen op een bord dat onze ergotherapeute zelf in elkaar knutselde. Op deze manier weten patiënten wie ze mogen verwachten. Rekening houdend met de visuele ondersteuning die mensen met autisme nodig hebben is dit iets waar we trots op mogen zijn.





- Wie is wie? Van patiënten hoorden we enkele maanden geleden al dat het door de hoeveelheid aan verschillende personeelsleden nog niet altijd duidelijk was wie er precies aanwezig zou zijn. Om het bord met aanwezigheden te ondersteunen werkte een van onze verpleegkundigen onlangs een mooie 'teamstamboom' uit. Het onderscheid tussen onze vaste medewerkers en de flexibele medewerkers (beter bekend als 'vlinders' die op iedere afdeling werken) is op deze manier goed te maken.

- Iedereen krijgt bij opname een therapieschema en een brochure met uitleg over iedere sessie.

- Mensen mogen iedere patiëntenvergadering suggesties doen voor de verbetering van onze werking.
- Patiënten worden uitgenodigd op de teamvergadering om samen te spreken over herstel.

6.2 Waar kunnen we onze oikos nog verbeteren?

- In februari hielden we een intervisie over de huidige afdelingsregels, gebaseerd op feedback van onze patiënten en rekening houdend met onze good practices. We keken hoe we onze regels zouden kunnen moderniseren en autismevriendelijker maken. We zullen onze nieuwe afspraken uitprinten en op zichtbare plaatsen hangen zodat iedereen ze kan terugvinden.
  Volgende afspraken zullen in de komende periode uitgetest en geëvalueerd worden:

  -als sessies voor patiënten niet werken kunnen we flexibel omgaan met bijvoorbeeld het verlaten van de afdeling om te gaan wandelen → individueel te bekijken.

  -Therapieschema kan erg overweldigend zijn en niet alle sessies zijn voor iedereen relevant of verplicht. Door uit te leggen welke informatie op het schema belangrijk is en deze visueel te ondersteunen wordt de meest relevante informatie al gefilterd. Dit kan het executief functioneren verbeteren. Het kan daarbij nog meer helpen om therapieschema's op maat te maken waarbij de niet-relevante sessies er uit gehaald worden. Keuzes maken is moeilijk. Samen een therapieschema opstellen zodat de keuze op voorhand al gemaakt word.

  -patiënten mogen naar de maaltijd een eigen drankje meebrengen. Ook over sauzen en andere extra's die ze zelf meebrengen zullen we soepeler zijn.

  -Op patiëntenvergadering bevragen hoe ze er tegenover staan om de keuze te krijgen om al dan niet aan de maaltijd te verschijnen? → er werd uiteindelijk besloten om de mogelijkheid te geven op de kamer te eten. Aan tafel komen eten is dus niet langer verplicht, wel optioneel. Wanneer mensen na de eerste week niet aan tafel verschijnen zullen we hen eens gaan uitnodigen en kijken wat ze er voor nodig hebben om wel aan tafel te geraken.

  -Maaltijden zelf komen halen, aanbod vrijblijvend houden, ontbijt laten staan tot 8u30, avondmaal van 17u-17u30

  - We kregen de feedback dat de drempel om vragen te stellen zeer hoog is wanneer collega's in de verpleegpost zitten. Verplegend personeel zal vanaf nu zo veel mogelijk tijd op de afdeling spenderen, binnen de mogelijkheden van de shift.

  -Meer toepassen van 'presentie': Rondje bij de shiftwissel V-L, moment om in te checken bij iedere pt (zoals avondronde). Eens langs gaan op alle kamers, mensen uitnodigen voor maaltijden, bevragen of alles ok is, polsen of alles duidelijk is en ze vragen hebben, …

  -Vaker binnenspringen en gaan voorstellen in de kamer (ook teamcoördinator net als therapeuten die zich gaan voorstellen bij nieuwe mensen)

-Verplichte tafeldienst afschaffen met een proefperiode, voorstel om te werken met vrijwilligers (was een idee van de patiënten).

-Bezoekuren uitbreiden om maximaal in te zetten op de context, in de hoop dat mensen ook terug sneller tot bij ons zullen komen met hun vragen →vanaf 16u30 i.p.v. 18u00. Op woensdag vanaf 13u00.

-Mensen mogen binnen de bezoekuren het domein verlaten om bijvoorbeeld naar de winkel te gaan. Ook even naar huis gaan is toegestaan.

-Meer ruimte maken voor 1-1 benadering: tegemoetkomen wanneer kan, niet altijd mogelijk binnen de bezetting, → individueel te bekijken maar wel flexibel als het nodig is.

-Meer gebruik maken van duo PB en ook melden aan patiënt bij wie ze terecht kunnen bij afwezigheid. Persoonlijke begeleiding kan ook, indien de patiënt dit wenst, een weekschema van zijn werkrooster meegeven.

-Weekendtoelatingen volgen niet meer de standaardformule (eerste weekend op domein, tweede weekend vrije namiddag, derde weekend vrije dag en pas vierde weekend overnachting). Toelatingen worden vanaf het begin individueel bekeken.

-verplichting van therapiesessies? → loslaten, eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Wel de mogelijkheid om gepersonaliseerd therapieschema te maken.

-Intercom (namen en therapiesessies afroepen zodat het te horen is op iedere kamer) strookt niet met idee van presentie. Is momenteel ook defect. Niet herstellen → meer langs gaan in de kamers.

-mensen mogen in pyjama hun medicatie komen halen als ze dat willen.

- Als mensen niet tijdig in therapie geraken: gebruiken van aan visuele of auditieve reminder : samen instellen van GSM alarm.

- seriële informatieverwerking: doe dingen 1 per 1: naar gespreksruimte lopen, gaan zitten, starten met praten. Bij het maken van een overzicht: benoem wat je gaat doen. Geef hen tijd om na te denken. Geef ook zeker mee hoe ze achteraf vragen kunnen stellen. → meegeven aan collega's

- Uit de feedback van onze patiënten bleek dat sommige instructies moeilijk zijn als je alles letterlijk neemt. Op de lift hangt bijvoorbeeld een mededeling: afdeling bereikbaar via de lift. We hebben deze instructies aangepast naar: afdeling bereikbaar via de lift of de trap.
- Ook de boodschap op de deur zorgde voor verwarring. Er hangt namelijk een mededeling: gelieve aan het team te komen melden als je de afdeling verlaat. Patiënten vroegen zich af: "Moet ik dit altijd melden? Ook bij iedere therapiesessie of als ik even iets te drinken ga halen?".

Op hun suggestie hebben we deze boodschap aangepast naar: Gelieve even aan het team te komen melden wanneer je:

-de was gaat doen

-naar de cafetaria gaat om iets te halen

-niet mee eet

-de afdeling of het ziekenhuis verlaat met bezoek

-je even naar huis of de winkel gaat tijdens de toelatingen

-je in weekend of vrije namiddag vertrekt

-je even gaat wandelen

- Wat me opvalt in het boek van Marja Boxhoorn is dat ze niet spreekt over 'ASS'ers' maar over 'mensen met autisme'. Ook door Sylvie Carette werd dit in onze lessen aangestipt, dat vanuit verenigingen van **mensen met autisme** aangegeven wordt dat de term 'ASSer' als onaangenaam ervaren wordt. Beter spreken we van 'mensen met autisme'. Zo koppelen we de mens los van het probleem.

- Diagnostiek wordt ervaren als labeling, kijken naar wat er beter kan?

In de praktijk merken we dat we als team kiezen voor een diagnostisch proces omdat we er van overtuigd zijn dat we dan de meest geschikte vervolgzorg kunnen organiseren. De laatste jaren zijn we al bijzonder kritisch geworden in het opstarten van een diagnostisch proces, aangezien we enkel diagnostiek op een herstelgerichte manier willen toepassen.

Uit bevragingen blijkt dat een probleemgerichte terugkoppeling van diagnostiek voor bijkomende problemen kan zorgen. Een terugkoppeling vanuit sterktes en mogelijkheden heeft volgens Carette een grotere impact. Het creëren van een hoopvol perspectief is belangrijk voor de zelfontwikkeling en positieve identiteit van mensen met autisme. In onze eigen diagnostische onderzoeken merken we dat onze patiënten bijzonder veel stress ervaren wanneer er een diagnose kan volgen. Ondanks onze herstelgerichte visie nemen we in het diagnostisch onderzoek weinig positieve elementen mee in onze bevraging of terugkoppeling waardoor de diagnose vaak hard binnen komt. Mensen horen vooral hun beperkingen. Samen met mijn collega psychologisch consulent heb ik bekeken hoe we het diagnostisch onderzoek positiever kunnen maken door ook krachten of talenten in kaart te brengen.

Huidig testmateriaal:
-WAIS-IV-NL: intelligentie
-DSM-5 interview: met patiënt en informanten aan de hand van een interview de aan- en afwezigheid van DSM-5 kenmerken voor autisme onderzoeken.
-Sensory profile: omgang met zintuiglijke prikkels
-FEEL-E: hoe ga ik om met emoties?
-EQ vragenlijst: empathie
-AQ vragenlijst: gedrag en persoonlijkheid bij mensen met autisme
-BADS: voorspellen van problemen in het dagelijks functioneren, voortkomend uit het executief functioneren.
-D-KEFS: Tower Test, Color Word Interference Test, Trail Making Test (executief functioneren)
-SRS-A: screeningsvragenlijst autismespectrumstoornis bij volwassenen + informaten
-Faux-Pas: begrip van sociale situaties, empathie en theory of mind**.**
-Strange stories test: theory of mind
-BRIEF-A: zelfrapportage vragenlijst executieve functies + versie informanten.
-AASP
-complexe figuren van rey: aandacht, concentratie, planning, centrale coherentie
-BDI: beck depression inventory, aanwezigheid van depressieve symptomen.
-UCL: copingstijl

-SCL-90: klachtenlijst

Mogelijk aanvullend testmateriaal:
Vragenlijst naar eigenschappen en kwaliteiten (van Impelen, Snouckaert, Spek, 2017) - zie bijlage.

In onze terugkoppelingsgesprekken ligt de focus momenteel nog sterk op de aanwezigheid van bepaalde kenmerken, vooral gekaderd als beperkingen. De taal die we spreken bepaalt sterk de realiteit en dus zullen we intern kijken hoe we, zowel met nieuw maar ook met ons huidig testmateriaal, onze terugkoppelingen meer krachtgericht kunnen maken. Nog enkele suggesties:

- Autistische ontwikkeling of 'neurodiversiteit' (ipv achterstand)
- Passie (ipv beperkte interesse)
- Verschillen (ipv moeilijkheden)
- Kenmerken(ipv symptomen)
- Autistische communicatiestijl (ipv beperkte communicatie)
- Voorzien van steun en aanpassingen (ipv behandeling)
- Bijkomende uitdagingen (ipv alles is autisme)
- Gebruiken sensorische informatie uit de omgeving om de omgeving te begrijpen en te leren over de wereld
- Voorkeur voor eerlijke en heldere communicatie
- Voorkeur voor voorspelbaarheid en controle
- Gepassioneerd opgaan in interesses en hobby's
- Vaardigheid om te hyperfocussen op bepaalde momenten
- Ervaren emoties intens en moeilijk te benoemen

- Eerste hulp bij spanning

Eerste hulp bij spanning is een reeks van vier sessies waarin we de patiënten op weg helpen bij het opstellen van een signaleringsplan. In onze infobrochure wordt de therapie-reeks als volgt samengevat:

Tijdens de sessies leer je spanningsklachten en moeilijke momenten herkennen en en zoeken we naar manieren om hier constructief mee om te gaan. We stellen aan de hand van verschillende sessies een signaleringsplan op dat jouw triggers, waarschuwingssignalen en helpende acties in kaart brengt. Dit plan biedt houvast in crisissituaties en helpt je duidelijk te communiceren naar naasten of hulpverleners over wat je op zo'n moment nodig hebt.

Vanuit de collega's kwam de vraag of onze signaleringsplannen voldoende toereikend zijn voor mensen met autisme. In de sessies merken we dat de inhoud niet concreet genoeg is en veel mensen met autisme er moeilijk toe komen signalen bij zichzelf te herkennen. We zullen starten met een proefproject met de input uit het boek van Boxhoorn. Ze spreekt over een stressthermometer. Om het oplossingsgerichter te maken lijkt het me een goed idee om te spreken over een rustthermometer, zodat we wegblijven van de visualisatie van het ongewenste. Aanvullend heeft Boxhoorn (2015) een mooie lijst met tips uitgewerkt om denk- en doeblokkades bij mensen met autisme te voorkomen. Aangezien dit een zeer specifieke toepassing is voor mensen met autisme lijkt het me nuttig deze mee te nemen in onze sessies eerste hulp bij spanning. Zo maken we er nog net iets meer maatwerk van.
Volgens Boxhoorn (2015) en Spek (2010) helpt om signalen van stress tijdig te herkennen om escalatie te voorkomen. Kleinere window of tolerance is belangrijk om te weten. Het vraagt

specifiek maatwerk om een signaleringsplan samen te stellen. We doen dit hier al maar kan nog beter.

De stressbronnen voor mensen met autisme zijn zeer uiteenlopend. Als we de vergelijking van de stressbronnen uit het boek van Boxhoorn (2015) maken dan zijn er vele potentiële bronnen van stress voor mensen met autisme die bij ons in opname komen:
-Verandering van omgeving waar ze niemand kennen en ook de bestaande regels niet weten.
-Niet gebruik kunnen maken van eerdere ervaringen
-Te veel of net te weinig prikkels binnen krijgen
-In een staat van overprikkeling toch iets moeten ondernemen

Signalen van stress worden volgens Boxhoorn (2015) door mensen met autisme dubbel zo sterk ervaren doordat hun waarneming zo anders is, en ze de contexten minder goed begrijpen. Door hun autisme zijn ze ook gevoeliger voor stress, is hun evenwicht sneller verstoord en duurt herstel vaak langer.

Doordat ze moeite hebben met informatieverwerking kan het lastiger zijn om stresssignalen te herkennen, hetgeen dan weer impact heeft bij het opstellen van een signaleringsplan. Informatie (zowel van interne bronnen als externe bronnen) komt ongefilterd en in puzzelstukjes binnen en deze informatie moet tot een geheel gepuzzeld worden. Vervolgens moet er een betekenis aan verleend worden en moet de informatie goed opgeslagen worden in het juiste mapje. Tot slot moet je per moment dat je stress ervaart weer het juiste mapje vinden en openen.

Door het autisme en verminderde herkenning van signalen, is het herkennen van stress lastiger. De gebruikelijke stressverminderingstechnieken werken onvoldoende. Vaak gaan mensen achteraf pas reactief worden.

Om mensen met autisme te helpen stress leren herkennen en als aanvulling op onze bestaande sessies van eerste hulp bij spanning heb ik wat toevoegingen gedaan. De invulblaadjes van Boxhoorn zijn een mooie aanvulling die herwerkt kunnen worden voor onze patiënten. We kunnen stressthermometer concreter toepassen, al wil ik zelf opteren voor een rustthermometer.

Snellere emotionele overspoeling kan ook betekenen dat mensen met autisme een kleinere ‘window of tolerance’ hebben. Ook belangrijk om mee te nemen in onze sessie eerste hulp bij spanning.

Stress kan ook nuttig zijn. Het ervaren van stress heeft in principe bij iedereen — ook mensen met autisme — een biologische functie: het is een alarmsignaal dat je waarschuwt voor mogelijke gevaren of uitdagingen, zodat je actie kunt ondernemen. Bij mensen met autisme werkt dit mechanisme ook, maar het wordt vaak sneller of heftiger geactiveerd, en het kan daardoor vaker als belemmerend worden ervaren dan als nuttig. Toch heeft stress ook bij hen wel degelijk een functie:

Nuttige functies van stress bij mensen met autisme:

1. **Waarschuwingssignaal**: Stress signaleert dat iets niet goed voelt of overweldigend is — bijvoorbeeld te veel prikkels, een onverwachte verandering, of sociale druk. Dit helpt mensen met autisme om hun grenzen te herkennen.
2. **Zelfinzicht bevorderen**: Door te analyseren wat stress veroorzaakt, kunnen mensen met autisme (en hun omgeving) leren welke situaties moeilijk zijn, en hoe ze beter ondersteund kunnen worden.

3. **Adaptatie en coping**: Op lange termijn kan het omgaan met stressvolle situaties — mits op een gezonde manier — bijdragen aan veerkracht. Bijvoorbeeld door strategieën te ontwikkelen om met overprikkeling of veranderingen om te gaan.
4. **Bescherming**: Stress kan ervoor zorgen dat iemand zich terugtrekt uit een situatie die mentaal of emotioneel schadelijk is, wat eigenlijk een vorm van zelfbescherming is.

7. Conclusie

Dit eindwerk is ontstaan vanuit de lessen over autisme van Sylvie Carette. Wat startte als een vrijblijvende leskeuze, groeide uit tot een motivatie om verandering te brengen binnen mijn eigen werkcontext op Opname-eenheid 2 van het OPZ Geel.

In de praktijk ervaren mijn collega's en ik dat het begeleiden van mensen met autisme in een acute en onvoorspelbare context complex kan zijn. Een opname in een psychiatrische setting vormt een stressvolle overgang met veel onduidelijkheden. Het vraagt de nodige flexibiliteit, hetgeen moeilijk is voor mensen met autisme. Ze hebben net behoefte aan herkenbaarheid, voorspelbaarheid en ze houden niet van veranderingen. Te veel nieuwe indrukken kunnen bijkomende angst oproepen. Overprikkeling kan zorgen voor denk- en doe-blokkades.

Het doel van dit eindwerk was om manieren te vinden om onze afdeling autismevriendelijker te maken. Dit door onze context zodanig aan te passen zodat mensen met autisme zich beter kunnen aanpassen en ook hun krachten kunnen inzetten naast hun beperkingen. De focus werd vooral gelegd op het uitbreiden van kennis over autisme door middel van psycho-educatie. Meer kennis kan namelijk voor meer begrip en dubbele empathie zorgen.

Door in ons achterhoofd te houden dat alles voor patiënten verandert en ze daardoor mogelijk minder goed kunnen plannen, in sessies geraken, gesprekken voeren, kunnen we meer zorg op maat geven. Dit door kleine haalbare stappen af te spreken of te kijken naar zaken die kunnen helpen om rust te vinden.

De gesuggereerde aanpassingen ontstonden uit een intervisie en zijn opgesteld in samenspraak met onze collega's. Ook de mening en inbreng van de patiënten werd meegenomen. We zullen van start gaan met een proefproject en systematische opvolging van onze plannen voorzien.

De vorming rond autisme die ik zal voorzien voor de collega's staat gepland op 19/06/2025. De voorbereidende powerpoint is te vinden in de bijlage.

8. Referenties

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing

Boxhoorn, M. (2015). *Meer rust en minder stress bij autisme*. Amsterdam: Hogrefe.

Buxhoeveden, D. P., Semendeferi, K., Schenker, N., & Courchesne, E. (2006). Reduced minicolumns in the frontal cortex of autistic patients. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology, 65*(6), 546–555. https://doi.org/10.1097/01.jnen.0000223353.84157.45

Casanova, M. F., Buxhoeveden, D. P., Switala, A. E., & Roy, E. (2002). Minicolumnar pathology in autism. *Neurology, 58*(3), 428–432. https://doi.org/10.1212/wnl.58.3.428

Isebaert, L., & Lefevere, G. (2022). *De therapeutische alliantie: Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie*. Academia Press.

Le Fevere de Ten Hove, M. (2017). *Korte therapie: Handleiding bij het Brugse modelvoor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Garant Uitgevers.

TRIMBOS-INSTITUUT, 2014. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Trendrapportage GGZ.

TRIMBOS-INSTITUUT, 2016. Ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen. Handreiking voor hulpverleners in de huisartsenzorg en generalistische basis GGZ. (D. Meije; A. Hendriksen; M. van Bakel; H. Sinnema)

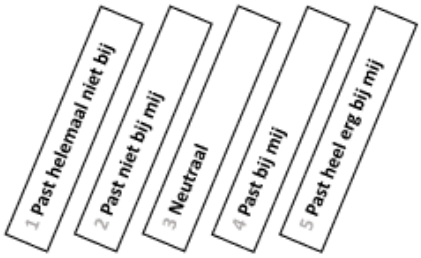
Williams, Z. J., Roberge, M. E., Crandall, A. A., Moore, J. K., Northrop, E. S., & Gotham, K. O. (2024). Do you feel me? Autism, empathic accuracy and the double empathy problem. *Autism*, *28*(2), 457–468. https://doi.org/10.1177/13623613241252320

9. Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst naar eigenschappen en kwaliteiten

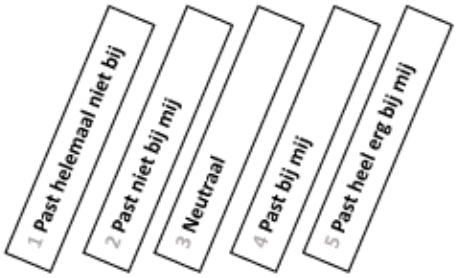
Vragenlijst naar eigenschappen en kwaliteiten

Algemene vragen:
Naam: .....
Geboortedatum: .....
M / V / Anders.....
Invul Datum: .....



1	Ik lees veel verschillende boeken.	1	2	3	4	5
2	Anderen vinden dat ik te eerlijk ben.	1	2	3	4	5
3	Ik wil graag precies weten hoe iets in elkaar zit.	1	2	3	4	5
4	Ik vind het prettig om naar muziek te luisteren.	1	2	3	4	5
5	Anderen vinden dat ik veel over de natuur weet.	1	2	3	4	5
6	Ik ben goed in het bedenken van nieuwe ideeën.	1	2	3	4	5
7	Als mensen die veel voor mij betekenen problemen hebben, sta ik altijd voor ze klaar.	1	2	3	4	5
8	Ik houd ervan om grapjes te maken.	1	2	3	4	5
9	Ik geef niet snel op.	1	2	3	4	5
10	Ik vind het fijn om dingen heel precies uit te zoeken.	1	2	3	4	5
11	Als ik ergens aan begin wil ik het altijd helemaal afmaken.	1	2	3	4	5
12	Ik vind het belangrijk mijn mening te laten horen zelfs als dit negatief uitpakt.	1	2	3	4	5
13	Ik ben graag buiten.	1	2	3	4	5
14	Ik ben goed in het spelen van strategische spelletjes (zoals schaken).	1	2	3	4	5
15	Als iemand mij één keer iets vertelt onthoud ik dit vaak precies.	1	2	3	4	5
16	Ik vind het belangrijk dat mensen mij trouw zijn.	1	2	3	4	5
17	Ik denk vaak op een andere manier dan andere mensen.	1	2	3	4	5
18	Ik vind een goed gevoel voor humor een belangrijke eigenschap.	1	2	3	4	5
19	Anderen zien vaak dingen over het hoofd die mij wel opvallen	1	2	3	4	5
20	Ik haal er plezier uit om nieuwe dingen te leren	1	2	3	4	5
21	Anderen vinden dat ik me lang kan concentreren	1	2	3	4	5
22	Valse muzieknoten vallen mij snel op.	1	2	3	4	5
23	Als ik mij ergens in verdiep wil ik zoveel mogelijk hierover weten.	1	2	3	4	5
24	Ik zie vaak patronen in informatie.	1	2	3	4	5
25	Ik vind dat iedereen gelijk behandeld moet worden.	1	2	3	4	5
26	Als iets niet lukt, verzin ik een nieuwe die misschien wel werkt.	1	2	3	4	5
27	Ik maak mensen vaak aan het lachen.	1	2	3	4	5
28	Als ik beloofd heb iemand te helpen, zal ik dit niet afzeggen.	1	2	3	4	5
29	Ik leer liever veel over één specifiek onderwerp, dan over meerdere onderwerpen een beetje.	1	2	3	4	5

Vragenlijst naar eigenschappen en kwaliteiten



30	Ik ga graag naar musea of theater.	1	2	3	4	5
31	Het onthouden van de geboortedatum van iemand kost mij geen moeite	1	2	3	4	5
32	Ik vind het leuk te lezen over dieren en/of planten.	1	2	3	4	5
33	Als ik iets moeilijk vind, geef ik niet snel op.	1	2	3	4	5
34	Ik vind het interessant om uit te zoeken hoe technische apparaten werken.	1	2	3	4	5
35	. Als ik een plaatje moet onthouden, kan ik dit later precies voor me zien.	1	2	3	4	5
36	Ik vertel (bijna) altijd de waarheid.	1	2	3	4	5
37	. Ik vind het prettig om in de tuin te werken	1	2	3	4	5
38	Ik ben meerdere keren door anderen een betrouwbaar persoon genoemd.	1	2	3	4	5
39	Ik vind het leuk om problemen vanuit verschillende hoeken te benaderen.	1	2	3	4	5
40	Ik ben goed in het maken van woordgrapjes.	1	2	3	4	5
41	Ik kan ervan genieten om te schilderen of tekenen of om naar andermans kunst te kijken.	1	2	3	4	5
42	Ik vind het leuk en/of interessant om nieuwe dingen te leren.	1	2	3	4	5
43	Ik ben gefascineerd door data en getallen.	1	2	3	4	5
44	Ik ben pas tevreden over mijn werk als ik het af heb.	1	2	3	4	5
45	Ik ben gefascineerd door de natuur.	1	2	3	4	5
46	Ik zou graag een muziekinstrument bespelen of doe dit al.	1	2	3	4	5
47	Anderen vinden dat ik weinig fouten maak in mijn werk.	1	2	3	4	5
48	Anderen vinden mij een doorzetter.	1	2	3	4	5
49	Er is altijd iets in mijn leven waar ik over wil leren	1	2	3	4	5
50	Ik ben goed in het leggen van verbanden tussen gegevens.	1	2	3	4	5
51	Andere mensen vinden dat ik een goed geheugen heb.	1	2	3	4	5
52	Ik kom voor anderen op, zelfs als ik in de minderheid ben.	1	2	3	4	5
53	Ik houd van cabaret en/of comedyseries.	1	2	3	4	5
54	Anderen vinden dat ik vaak originele ideeën heb.	1	2	3	4	5
55	Als mensen mij geheimen vertellen, vertel ik deze niet door.	1	2	3	4	5
56	Ik vind het fijn als er dieren om me heen zijn.	1	2	3	4	5
57	Kunst kan mij erg fascineren.	1	2	3	4	5
58	Ik weet veel van de natuur (dieren en/of planten).	1	2	3	4	5
59	Ik ben goed in het onthouden van getallen (zoals data en telefoonnummers).	1	2	3	4	5

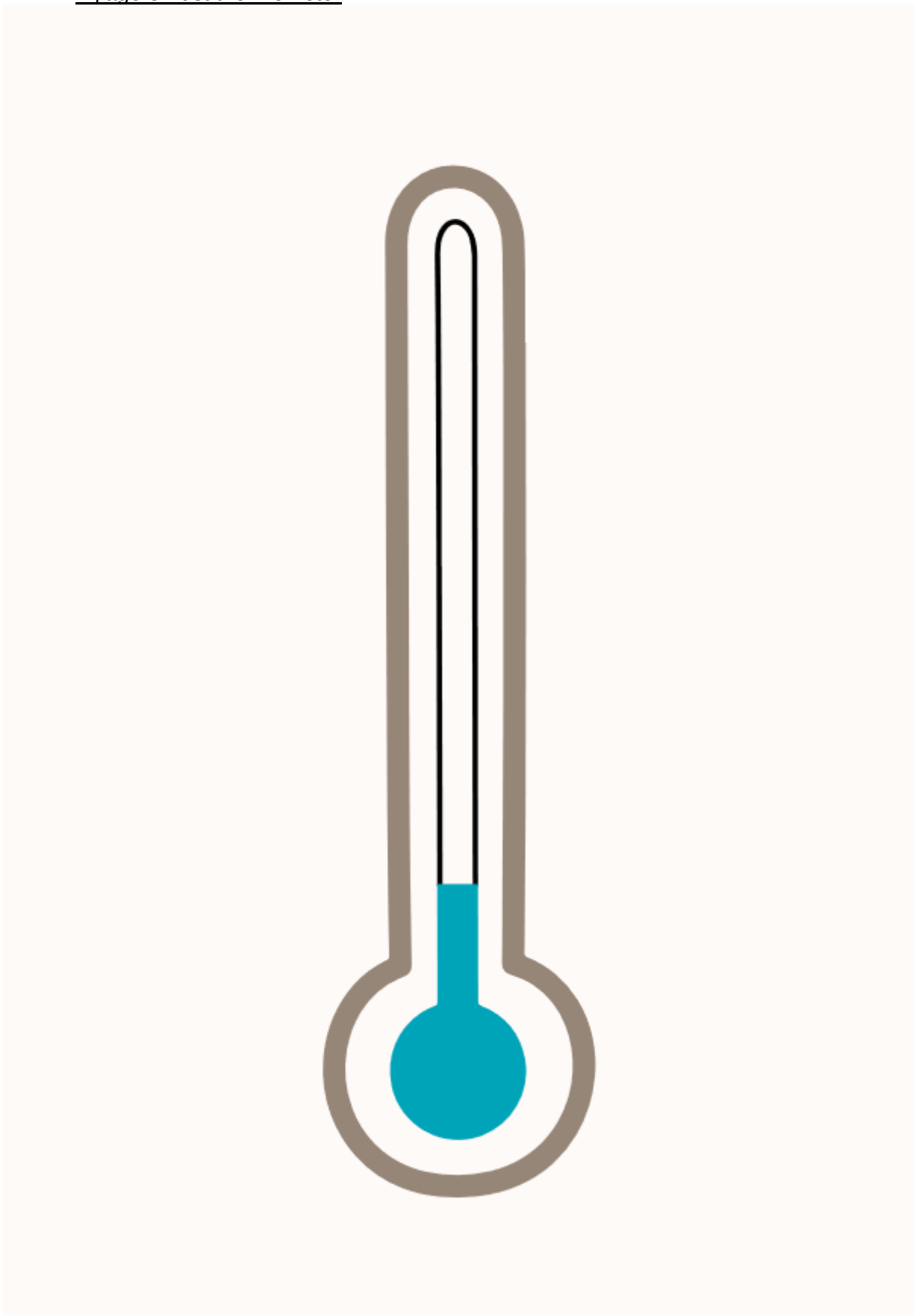
SIGNALERINGSPLAN

FASE	**SIGNALEN** (wat denk ik?, wat voel ik?, wat doe ik?)	**ACTIES** (wat kan ik doen? wat doen anderen?)
Groen	…… …… …… ……	…… …… …… ……
Oranje	…… …… …… ……	…… …… …… ……
Rood	…… …… …… ……	…… …… …… ……

Steunfiguren: op wie kan ik terugvallen?

- ……
- ……
- ……
- ……

Bijlage 3: rust thermometer



Bijlage 4: signalenlijst

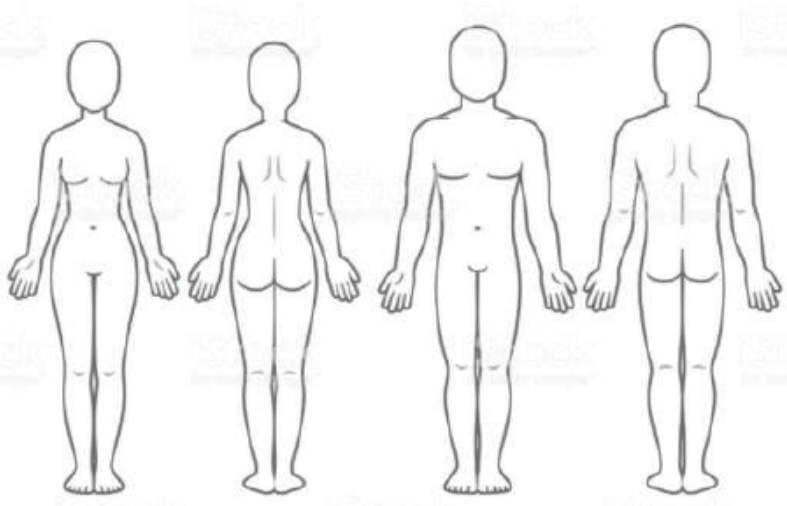
OPZ Geel
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum

SIGNALENLIJST

Voor iedereen betekent spanning iets anders en iedereen heeft andere manieren waarop hij/zij spanning merkt. Deze lijst kan je helpen om meer zicht te krijgen op uw spanning. Kruis aan wat je bij jezelf merkt en wanneer (in welke fase: groen – oranje – rood).

Signalen	✓	Fase	Signalen	✓	Fase
LICHAMELIJKE SIGNALEN - ALGEMEEN					
Het erg warm krijgen			Het heel koud krijgen		
Zweten			Koude ledematen		
Flauwvallen			Andere:		
LICHAMELIJKE SIGNALEN - HOOFD					
Staren			Wazig zien		
Oorsuizing, oorpijn			Slecht horen		
Hoofdpijn, migraine			Brok in de keel		
Blozen			Stotteren		
Versprekingen			Niet uit je woorden komen		
Droge mond krijgen			Andere:		
LICHAMELIJKE SIGNALEN - ADEMHALING					
Versnelde ademhaling			Hyperventileren		
Hoge ademhaling			Gevoel adem tekort te hebben		
Zuchten			Andere:		
LICHAMELIJKE SIGNALEN - BORST					
Hartkloppingen, bonzend hart			Steken in borst		
Onregelmatige hartslag			Andere:		
LICHAMELIJKE SIGNALEN – MAAG EN DARMEN					
Misselijkheid			Steken in maagstreek		
Overgeven			Het zuur hebben		
Oprispingen			Maagpijn		
Verstopping			Diarree		
Boeren			Andere:		
LICHAMELIJKE SIGNALEN - SPIEREN					
Spierpijn			Spierslapte		
Trillen, beven			Tintelingen		
Spierkrampen			Spiertrekking		
Rusteloze benen			Andere:		
LICHAMELIJKE SIGNALEN AANDUIDEN					

Duid aan **waar** je iets voelt en **wat** je voelt *(bv. tinteling, druk, pijn, koude, trekkend, trilling, gevoelloos,...)*



BIJLAGE RICHTLIJN SIGNALERINGSPLANNEN

OPZ Geel
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum

SIGNALENLIJST

Voor iedereen betekent spanning iets anders en iedereen heeft andere manieren waarop hij/zij spanning merkt. Deze lijst kan je helpen om meer zicht te krijgen op uw spanning. Kruis aan wat je bij jezelf merkt en wanneer (in welke fase: groen – oranje – rood).

Signalen	✓	Fase	Signalen	✓	Fase
EMOTIONELE SIGNALEN					
Zo klein mogelijk willen worden			Nachtmerries, enge dromen		
Willen vluchten, weglopen			Concentratieproblemen		
Prikkelbaar worden			Erge dingen verwachten		
Wegdromen			Onbereikbaar zijn		
Gevoel opgesloten te zitten			Geen contact maken met anderen		
Angstig zijn voor anderen			Snel afgeleid zijn		
Huilen			Andere:		
SIGNALEN IN JE DENKEN					
Alles negatief zien			Klein probleem wordt snel erg groot		
Lat te hoog leggen			Schuldgevoelens		
Zo klein mogelijk willen worden			Hyperalert zijn op je omgeving		
Hoofdpijn, migraine			Denken te weten wat anderen denken		
Dingen ruiken die er niet zijn			Dingen zien die er niet zijn		
Dingen voelen die er niet zijn			Dingen proeven die er niet zijn		
Dingen horen die er niet zijn			Doemdenken		
Vooral op details letten			Versneld denken		
Vreemde gedachten krijgen			Geen details meer kunnen zien		
Minder goed kunnen plannen			Dood willen		
Vertraagd denken			Verward raken		
Denken dat je erge ziekte hebt			Hopeloosheid		
Geen toekomst meer zien			Andere:		
GEDRAG SIGNALEN					
Erg druk worden			Veel spreken		
Jezelf afzonderen, alleen willen zijn			Meer medicatie gebruiken		
Jezelf beschadigen			Krabben of plukken		
Je manier van zitten of lopen			Nagelbijten		
Veel naar toilet moeten			Stem verheffen		
Ergens op bijten			Zwijgen		
Wegkijken			Medicatie niet meer nemen		
Aan je haren trekken			(Te) veel eten		
(Te) weinig eten			(Meer) alcohol drinken		
Drugs gebruiken			Agressie ten aanzien van materialen		
Agressie ten aanzien van anderen			IJsberen		
(Te) veel sporten			Niet bewegen, niet uit bed komen		
Jezelf niet of slecht verzorgen			Geen aandacht voor je uiterlijk		
Tics			Repetitieve handelingen		
Doelloos rondlopen			Mensen aanklampen		
Andere beschuldigen			Haren (uit)trekken		
Anderen schade willen toebrengen			Andere:		

Bijlage 5: stress signalen herkennen



Stap 1

STRESS-SIGNALEN HERKENNEN

De eerste stap om beter om te gaan met stress is dat je stress goed leert herkennen. Bij stress treden allerlei reacties op: dit zijn stress-signalen. Iedereen heeft zo zijn eigen set signalen waaraan je kunt herkennen of je ontspannen of gespannen bent. Er zijn zowel lichamelijke als psychische tekenen van stress.

Houd de komende week bij welke stress-signalen jij herkent.

Vragen die je daarbij helpen: Waaraan merk je dat bij jou de stress oploopt? Aan welke specifieke signalen herken je dat? Wat zien of merken anderen aan jou? Gebruik hier het onderstaande schema voor met de meest voorkomende lichamelijke en psychische signalen. Geef vervolgens aan welke mate van stress dit aangeeft en hoe vaak je deze signalen ervaart.

	Mate van stress (van 0- 10 of weinig, matig, veel)	Hoe vaak je deze signalen ervaart (dagelijks, wekelijks, maandelijks)
Lichamelijke signalen		
Hart sneller kloppen		
Zweethanden		
Snel ademen		
Warm gezicht		
Droge mond		

Copyright - Marja Boxhoorn - www.autismecoach.nl

Hoofdpijn		
Slaapproblemen		
Vermoeidheid		
Gespannen spieren		
Pijn in de buik		
Pijn in de rug		
Pijn in de nek		
Pijn in de schouders		
Anders:		
Psychische signalen		
Snel geïrriteerd zijn		
Controle verliezen		
Overzicht verliezen		
Angstig		
Onzeker		
Somber		

Copyright - Marja Boxhoorn - www.autismecoach.nl

Anders:		
Gedachten		
Negatieve gedachten		
Pessimistisch		
Geen concentratie		
Piekeren		
Anders:		
Gedrag		
Mopperen		
Rusteloos		
Terugtrekken		
Over beweeglijk		
Vuisten ballen		
Ogen dichtknijpen		
Zachte geluiden		
Hard praten		

Copyright - Marja Boxhoorn - www.autismecoach.nl

Gejaagd		
Staren		
Tikken		
Frunniken		
In elkaar gedoken		
Handen wringen		
Schelden		
Anders:		

Maak op basis van de stress-signalen een persoonlijke stressthermometer.

Bijlage 6: tips denk- en doeblokkades

In het boek 'Meer rust en minder stress bij autisme' staat dat je op verschillende manieren met stress om kunt gaan. Toch kun je regelmatig in een denk- of doe blokkade komen.

TIPS
Onderstaande tips kunnen je helpen om denk- en doeblokkades te voorkomen of op te lossen.

Kruis aan welke tip(s) je het meest aanspreekt en ga deze de komende week heel bewust toepassen. Evalueer na een week wat het je heeft gebracht.

- Maak zoveel mogelijk gebruik van structuur. Als je het niet meer weet, kun je daar op terugvallen.
- Neem iemand mee naar een rustige plek om te praten.
- Check zelf of je de boodschap hebt begrepen door het samen te vatten en te vragen of dit klopt. Vraag eventueel om het op schrift te zetten.
- Vraag door bij onduidelijkheden, of het nut. Je puzzel moet eerst compleet of op zijn minst voor het grootste deel compleet zijn voordat je over kunt gaan tot de uitvoering.
- Vraag om tijd om een voorstel of verzoek op je in te laten werken voordat je een beslissing hoeft te nemen.
- Vraag om duidelijke en overzichtelijke taken en opdrachten en de beschikbare tijd.
- Vraag om aanduiding wat het meest urgent en belangrijk is als dat voor jou moeilijk is om te bepalen.
- Zorg tijdens taken/activiteiten voor een rustige omgeving waar anderen je met rust laten.
- Rond een taak helemaal af te ronden voordat je overgaat tot de volgende.
- Vraag door als iemand vaag is in zijn uitingen, zoals: misschien, straks, we zien wel.
- Doe geen aannames, invullingen over hoe iemand iets zou kunnen bedoelen of over verwachtingen, maar vraag er naar. Dit voorkomt een hoop misverstanden en miscommunicaties.

Bijlage 7: slides psycho-educatie

Het belang van een autisme-ondersteunende context

Een toepassing van het oplossingsgerichte gedachtegoed op afdelingsniveau

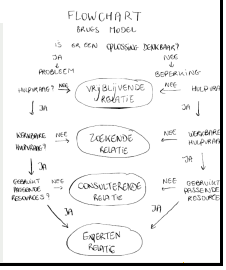
Opname-eenheid 2 OPZ Geel

Wat staat er op de agenda?

- Oplossingsgericht werken?
- Waarom een eindwerk over autisme-ondersteunende context
- Bevraging bij patiënten en collega's
- Wat is autisme?
- Wat doen we goed?
- Waar kunnen we verbeteren?

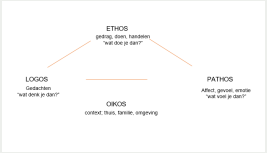
Oplossingsgericht werken?

- De therapeutische alliantie



Waarom een eindwerk over autisme-ondersteunende context?

OPZ Geel



- Theory of mind
- Dubbele empathie zorgt voor meer begrip

Bevraging bij collega's

OPZ Geel

- Van mijn **collega's** krijg ik voornamelijk te horen dat ze kennis missen over autisme.
- Volgende vragen werden geformuleerd:
- Wat betekent de diagnose precies? Hoe kunnen we autisme beter herkennen?
- Hoe werken hun hersenen?
- Wat mogen we in opname van hen verwachten?
- Wat mogen we van onszelf verwachten?
- Hoe maken we de differentiaaldiagnose tussen autisme en persoonlijkheid?
- Zijn onze signaleringsplannen toereikend zoals ze zijn of zouden we deze beter aanpassen?
- Wat doen we met de keuzemogelijkheden?

Bevraging bij patiënten

OPZ Geel

- Ook bij de **patiënten** deed ik een rondvraag over hun bevindingen:
- We krijgen te weinig informatie. Het is nuttig om alles na enkele dagen nog eens te herhalen en duidelijk te polsen of ik nog vragen heb.
- Op de gesloten afdeling (HIC-afdeling) is de verpleging veel meer toegankelijk.
- Bezoekuren zijn onduidelijk en worden niet correct opgevolgd door alle collega's.
- Ook de afdelingsregels worden door iedereen anders geïnterpreteerd door verschillende collega's. Dit zorgt voor veel onduidelijkheid.
- Het is enorm overprikkelend om aan de maaltijden deel te nemen, zeker de eerste dagen van de opname.
- De regels over het weekend zijn streng. Ik kan thuis veel beter tot rust komen en ik slaap beter in mijn eigen bed. De eerste maand van de opname is dat niet mogelijk.
- De intercom is storend en geeft me een onveilig gevoel omdat ik op ieder moment van de dag gestoord kan worden.

Slide 6

OPZ Geel

- Als ik mijn nachtmedicatie neem wil ik meteen gaan slapen. Het is lastig dat ik niet in mijn nachtkledij op de afdeling kan komen.
- Jullie gebruiken veel afkortingen, zoals VP. Ik weet niet wat dit betekent.
- Wanneer werkt mijn persoonlijke begeleider? En bij wie kan ik terecht als mijn persoonlijke begeleider niet aanwezig is?
- Ik heb een hekel aan water en drink normaal gezien altijd hetzelfde drankje bij de maaltijd. Nu mag ik dit niet omdat het zo in de regels staat.
- Het therapieschema is overweldigend. Moet ik alle sessies volgen? Dat is wel heel druk en niet alles werkt voor mij.
- Op de kamer hangt een rode bel voor noodgevallen. Wat is een noodgeval? Enkel als ik in levensgevaar ben of ook als ik het moeilijk heb?
- Kan ik de regels ergens terugvinden buiten de brochure?
- Sommige instructies zijn moeilijk als je alles letterlijk neemt. Op de lift hangt bijvoorbeeld een mededeling: afdeling bereikbaar via de lift. Mag ik ook de trap nemen?

Slide 7

Wat is autisme?

OPZ Geel

- DSM
- Verschillende niveau's om te begrijpen

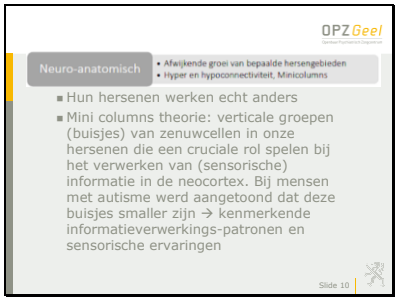
Slide 8

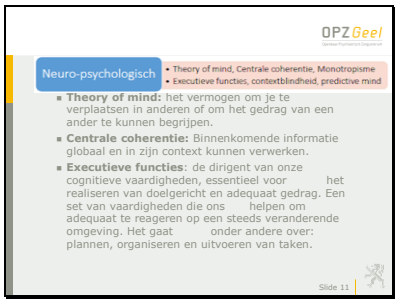
OPZ Geel

Niveaus om autisme te begrijpen



10


OPZ Geel
Neuro-anatomisch
• Afwijkende groei van bepaalde hersengebieden
• Hyper en hypoconnectiviteit, Minicolumns
Hun hersenen werken echt anders
Mini columns theorie: verticale groepen (buisjes) van zenuwcellen in onze hersenen die een cruciale rol spelen bij het verwerken van (sensorische) informatie in de neocortex. Bij mensen met autisme werd aangetoond dat deze buisjes smaller zijn → kenmerkende informatieverwerkings-patronen en sensorische ervaringen
Slide 10


OPZ Geel
Neuro-psychologisch
• Theory of mind, Centrale coherentie, Monotropisme
• Executieve functies, contextblindheid, predictive mind
Theory of mind: het vermogen om je te verplaatsen in anderen of om het gedrag van een ander te kunnen begrijpen.
Centrale coherentie: Binnenkomende informatie globaal en in zijn context kunnen verwerken.
Executieve functies: de dirigent van onze cognitieve vaardigheden, essentieel voor het realiseren van doelgericht en adequaat gedrag. Een set van vaardigheden die ons helpen om adequaat te reageren op een steeds veranderende omgeving. Het gaat onder andere over: plannen, organiseren en uitvoeren van taken.
Slide 11


OPZ Geel
Gedrag
• Dyade van stoornissen : sociale communicatie, verbeelding + hyper/hyporeactief zintuiglijke prikkels
Vastlopen (link met mini columns)
Prikkelgevoeligheid: mensen met autisme zijn vaak meer gevoelig voor prikkels en kunnen deze ook moeilijker verwerken.
Filmpje sensory overload:
https://www.youtube.com/watch?v=K2P4Ed6G3gw&list=PLksMrhFxkw6kh9W8XrtwC7fRGLBQBd2VZ&index=1
Slide 12

Niet enkel beperkingen

OPZ Geel

- Punctueel
- vastberaden
- goed in afspraken nakomen
- nauwkeurig werken
- doorgaan waar anderen stoppen of opgeven
- Eerlijk
- Betrouwbaar
- detail-gericht
- Origineel
- Creatief
- hebben veel doorzettingsvermogen

Slide 13

Wat is stress?

OPZ Geel

- Stress = een vorm van spanning die in het lichaam van mensen optreedt als reactie op externe prikkels, die dan weer gevolgd wordt door bepaalde reacties. Het is als een soort alarmsysteem dat je helpt omgaan met situaties die je als spannend, moeilijk of bedreigend ervaren.

- Vechten
- Vluchten
- Bevriezen

Slide 14

Wat is stress bij autisme?

OPZ Geel

- Mensen met autisme hebben volgens Boxhoorn (2015) meer stressbronnen dan andere mensen.
- Door de prikkels die vaak heftiger binnen komen en ook door moeilijker begrijpen van andere mensen en situaties of doordat ze moeite hebben in het omgaan met veranderingen of onvoorspelbaarheid.
- Ze zijn steeds in een verhoogde staat van alertheid doordat ze op een andere manier informatie verwerken. Daarbij kunnen ze overspoeld raken door een veelheid aan informatie. Zo horen we vaak dat het leven voor hen meer energie kost dan bij andere mensen.

OPZ Geel

- Door hun andere informatieverwerking zijn mensen met autisme:

-Sneller overprikkeld en overspoeld door informatie
-Minder flexibel en moeite met veranderingen
-Nadenken verloopt anders, moeite met concentreren of niet op woorden kunnen komen.
-Ze kunnen andere betekenis verlenen aan gebeurtenissen waardoor je ook anders gaat handelen
-Ontstaat er een gebrek aan afstemming en is er vaak sprake van miscommunicatie.
-Raken mensen gefrustreerd of geïrriteerd.

OPZ Geel

- Goed omgaan met andere mensen en nieuwe situaties vraagt flexibiliteit in denken en handelen. Dat is net hetgene waar mensen met autisme het moeilijk mee hebben.
- Behoefte aan herkenbaarheid, voorspelbaarheid en ze houden niet van veranderingen. Te veel nieuwe indrukken kunnen bijkomende angst oproepen.
- denk- en doe-blokkades

OPZ Geel

- Begrip en een luisterend oor wordt als stressreducerend ervaren
- Het hebben van invloed is van groot belang bij stress

Wat doen we goed?

OPZ Geel

- Maatwerk (herstelgericht werken)
- Dagelijkse aanwezigheden met visuele ondersteuning van onze boom
- Patiënten betrekken bij teamvergadering
- Zo veel mogelijk informatie geven op een afgestemde manier
- Inspraak op patiëntenvergadering

Suggesties om te verbeteren

OPZ Geel

- Mensen met autisme
- Intervisie huisregels overlopen (herevaluatie?)
- Als mensen niet in therapie geraken: helpen GSM alarm
- seriële informatieverwerking: doe dingen 1 per 1
- Aanpassen boodschappen deur en lift
- Aanpassing diagnostiek en terugkoppelingen
- Eerste hulp bij spanning en psycho-educatie stress bij autisme

OPZ Geel

- Samen kwaliteitenvragenlijst invullen

Slide 21


OPZ Geel
Bedankt om te luisteren!
Slide 22