



Handreiking Aan de slag met wachttijden autisme

Een uitgave van het NIPA
(Netwerk Innovatie & Productontwikkeling Autisme)

Handreiking bij het Advies Wachttijden Autisme, NIPA, 2021. Deze handreiking is een uitwerking van de aanbevelingen:

- organiseren support en ondersteuning tijdens wachttijd
- inzet van interne en externe kennisoverdracht, consultatie en scholing

April 2021

Door NIPA-projectgroep wachttijden autisme

In opdracht van de Landelijke Stuurgroep Wachttijden

www.nipa-autisme.nl

nipa@kcphrenos.nl



Het NIPA is een lerend netwerk van Kenniscentrum Phrenos

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Organiseren ondersteuning en support tijdens wachttijd	4
1.1 Vormen van wachttijdondersteuning	4
1.2 Zelfmanagement in plaats van wachttijdondersteuning	5
1.3 Good practice	6
1.4 Uitdagingen	7
1.5 Stappenplan	7
2. Inzet van interne en externe consultatie, kennisoverdracht en scholing	8
2.1 Vormen van wachttijdondersteuning	8
2.2 Zelfmanagement in plaats van wachttijdondersteuning	9
2.3 Good practice	9
2.4 Uitdagingen	10
2.5 Stappenplan	11



Inleiding

In het adviesrapport¹ is door de projectgroep een zestal aanbevelingen gedaan die ggz-organisaties op de korte en middellange termijn kunnen uitwerken en implementeren. In de feedbackronde is vervolgens aan de focusgroep (onder andere) gevraagd wat zij als volgende concrete en haalbare stappen zien binnen de aanbevelingen. Op basis hiervan is ervoor gekozen om een tweetal aanbevelingen uit het adviesrapport verder uit te werken in haalbare initiatieven voor ggz-organisaties. Deze twee aanbevelingen kwamen het meest naar voren in de feedbackronde. Het betreft 'het organiseren van ondersteuning en support tijdens wachttijd' en 'scholing en samenwerking'. Deze laatste hebben we meer specifiek verwoord als 'inzet van interne en externe consultatie, kennisoverdracht en scholing'.

¹ Advies wachttijden autisme. Door Projectgroep wachttijden autisme (NIPA) (Utrecht, 2021).



1. Organiseren ondersteuning en support tijdens wachttijd

Zoals in het adviesrapport ook wordt aangegeven, zijn mensen op de wachtlijst letterlijk op hun beurt aan het wachten. Meestal wordt er vanaf de aanmelding tot aan de intake en/of diagnose geen contact opgenomen met de cliënt. Niet over hoe het met hem/haar gaat, noch over de prognose met betrekking tot de wachttijd. Dit wachten ontnemt mensen het gevoel van controle en eigen regie en het risico bestaat dat klachten verergeren tijdens het wachten en dat bijkomende klachten ontstaan.

Uit de inventarisatie van SiRM² blijkt dat cliënten, familie en naasten en verwijzers – naast de behoefte aan kortere wachttijden – behoefte hebben aan ondersteuning tijdens de wachttijd op een ggz-behandeling. Daarnaast is, wanneer er geen contact is met iemand op de wachtlijst, niet bekend wat de verwijfsreden is. Wat is de specifieke vraag van de patiënt? Pas dan kan goed ingeschat worden of zorg van ggz, Wmo, sggz of bggz op zijn plek is. Het opnemen van contact met de patiënt is dus ook voor de triage van belang.

1.1 Vormen van wachttijdondersteuning

Met wachttijden die de Treeknormen ruimschoots overstijgen is de behoefte aan begeleiding bij mensen op de wachtlijst groot. Veel mensen zoeken pas hulp als de nood echt aan de man is. Dat je vervolgens dan nog maanden moet wachten op een behandeling is funest.³ Op allerlei leefgebieden ontstaan problemen, hetgeen weer kan leiden tot een verheviging van de symptomen.

In het SiRM rapport zijn verschillende succesvolle vormen van wachttijdondersteuning geïnterviewd. Het plan van aanpak bevat drie adviezen, die verder zijn uitgewerkt in concrete tips voor lokale, regionale en landelijke partijen: (1) voorzie cliënten, naasten, verwijzers en ggz-professionals van informatie, (2) bied cliënten hulp en ondersteunende gesprekken, eventueel van buiten de ggz en (3) monitor klachten en wees bereikbaar voor vragen. Met name bij het punt 'bied cliënten hulp en ondersteunende gesprekken', wordt aangegeven dat cliënten tijdens de wachttijd behoefte hebben aan *'overbruggende gesprekken, waarbij er een luisterend oor is en ruimte voor contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen'*. Door wachtenden te helpen tijdens het wachten, kan de schade die tijdens wachttijden kan ontstaan verminderd worden. Bijvoorbeeld door ondersteuning bij praktische zaken, het herpakken van zelfregie en het bieden van een luisterend oor. Met wachttijdondersteuning kan verdere escalatie worden voorkomen.

² SiRM Rapportage 9 mei 2019. Gebruik verschillende vormen van ondersteuning tijdens ggz-wachttijd.

³ Wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg: schadelijk of productief? Door J. Flipsen, Stichting Kompas



In het NIPA adviesrapport wordt in paragraaf 6.3 gesproken van wachttijdondersteuning door bijvoorbeeld het hebben van een vaste contactpersoon tijdens de wachttijdperiode, en/of bij het eerste contact passende opties voor wachttijdvulling aan de cliënt voorleggen en bespreken waar deze behoefte aan heeft. Laat na enkele weken de contactpersoon opnieuw informeren bij de cliënt waar deze behoefte aan heeft.

Enkele voorbeelden van opties tijdens de wachttijd zijn:

- Overwegen (tijdelijke) Wmo-zorg
- Informatie klaarzetten (over verschillende onderwerpen) die patiënt desgewenst alvast kan lezen.
- Aanbieden van eHealth training om algemene mentale gezondheid te helpen bevorderen (zoals gericht op slaap, gezond leven, somberheid).

Tip: wanneer deze vormen van ondersteuning en support zijn opgestart, spreek dan niet langer van 'wachttijd', maar neem als uitgangspunt dat de zorg al is gestart.

1.2 Zelfmanagement in plaats van wachttijdondersteuning

De noodzakelijke implementatie van wachttijdondersteuning biedt ook kansen. Zelfmanagement wordt in alle zorgrichtlijnen gezien als een essentieel onderdeel van goede zorg. In de beleving van veel ervaringsdeskundigen is hier binnen de ggz nog te weinig aandacht voor.⁴ Autisme kent immers een levenslang beloop. Tijdelijke behandelvormen zijn daarom zelden afdoende. Het ontwikkelen van zelfmanagementvaardigheden voor het gezond en zinvol leven met autisme zijn daarom essentieel om latere (her)aanmeldingen bij de ggz te voorkomen.

Binnen de kaders van 'wachttijdondersteuning' kan zelfmanagementondersteuning ontwikkeld worden: het aanreiken van zelfhulpmiddelen, lotgenotencontact en gesprekken met ervaringsdeskundigen. Een dergelijke ondersteuningsvorm kan ook in de toekomst, wanneer wachtlijsten zijn teruggebracht, van grote waarde blijken te zijn.

Aan zelfmanagementvaardigheden kan ook binnen een behandel- of begeleidingsetting gewerkt worden. Er is echter een aantal redenen waarom zelfmanagementondersteuning juist in het voortraject, zoals tijdens een wachttijd, effectief kan zijn:

- Cliënten op een wachtlijst zijn al gekoppeld aan een specialistisch centrum. De specialistische kennis over autisme en herstel bij autisme kan relatief eenvoudig beschikbaar worden gemaakt voor de wachtenden.
- Voor het ontwikkelen van zelfmanagement is het belangrijk dat regie niet wordt overgenomen. Doordat er voor wachtenden geen behandeltime beschikbaar is blijft de regie, noodzakelijkerwijs, in grote mate bij de cliënt.

⁴ Beenackers, M. en Van der Rol, T (2020). Zoektocht naar jezelf. Ervaringsdeskundige professionals over zelfmanagement en autisme. Beleidsaanbevelingen voor de ggz.



- Voor het ondersteunen van zelfmanagement is de aanwezigheid van ervaringskennis essentieel. Door de afwezigheid van beschikbare behandelaren tijdens de wachttijd (psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker, enz.) is de inzet van ervaringsdeskundige vrijwilligers en ervaringsdeskundige professionals vanzelfsprekend.

Zelfmanagementondersteuning die nu ontwikkeld wordt in het kader van wachttijdondersteuning kan in de toekomst ook gebruikt worden als mogelijk alternatief voor specialistische zorg. Ook kan een variant hierop worden aangeboden aan cliënten na afloop van een behandel-/begeleidingstraject. Dergelijk structureel aanbod kan de vraag naar behandeling, en daarmee de duur van de wachttijden mogelijk blijvend doen afnemen.

Om dit te bereiken is het nodig dat de ggz haar expertise, ervaringsdeskundigen én financiële middelen inzet ten behoeve van wachtenden. Uit gesprekken met ggz-aanbieders blijkt dat zorgorganisaties hier binnen de kaders die zorgverzekeraars bieden beperkt of geen voor ruimte ervaren.⁵ Het is daarom belangrijk dat in toekomstige onderhandelingen financiële ruimte voor zelfmanagementondersteuning, dan wel wachttijdondersteuning, wordt vastgelegd in afspraken met verzekeraars.

De recentelijk verschenen NIPA-publicatie 'Zoektocht naar jezelf. Ervaringsdeskundige professionals over zelfmanagement en autisme. Beleidsaanbevelingen voor de ggz' en de bijbehorende handreiking bieden ggz-professionals veel praktische aanknopingspunten om zelfmanagement vorm te geven en te implementeren. De publicatie en handreiking zijn gratis te downloaden op de [website van het NIPA](#).

1.3 Good practice

Stichting Kompasie,⁶ een onafhankelijk informatie- en steunpunt voor mentale gezondheid in Den Haag, is in januari begonnen met de pilot 'wachttijdondersteuning'. Deze pilot is ontstaan vanuit een samenwerking tussen de Gemeente Den Haag, de afdeling persoonlijkheidsproblematiek van PsyQ en Stichting Kompasie.

Alle nieuwe cliënten van de afdeling persoonlijkheidsproblematiek worden uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek bij Kompasie. Tijdens dit gesprek wordt in kaart gebracht op welke leefgebieden er problemen zijn of dreigen te ontstaan.

Bij minimale problematiek wordt de cliënt in contact gebracht met het steunpunt. Dit is een plek waar de cliënt zonder afspraak langs kan komen voor emotionele en praktische ondersteuning door onze vrijwillige ervaringsdeskundigen.

⁵ SiRM Rapportage 9 mei 2019. Gebruik verschillende vormen van ondersteuning tijdens ggz-wachttijd.

⁶ Stichting Kompasie is een onafhankelijke stichting, die in Den Haag informatie, voorlichting, steun en advies biedt aan mensen met ggz-gerelateerde klachten. Dit gebeurt door ongeveer zeventig vrijwilligers met eigen (familie) ervaring. Zij worden daarin ondersteund door tien beroepskrachten.



Is er sprake van ernstige problematiek of potentiële escalatie, dan wordt de cliënt gekoppeld aan een speciaal getrainde 'wachttijdondersteuner'. Deze kan de cliënt gedurende de gehele wachttijd voorzien van een-op-eenondersteuning. Tijdens dit traject worden er vaste ondersteuningsafspraken ingepland. Samen met de cliënt werkt de wachttijdondersteuner aan het voorkomen en verminderen van randproblematiek én aan het vergroten van de zelfredzaamheid. Niet alleen de deelnemers aan dit traject worden ondersteund, maar ook de kandidaten waarbij niet een directe noodzaak voor wachttijdondersteuning wordt vastgesteld. Zij kunnen kennismaken met het steunpunt en de activiteiten.

Er zijn inmiddels meerdere vrijwilligers getraind voor dit traject. Zij voegen vanuit eigen ervaring iets extra's toe aan de begeleiding. Vrijwilligers vervangen de professionele hulp of ondersteuning niet maar ze kunnen mensen wel op weg helpen, of dit nu intern gebeurt of bijvoorbeeld door te begeleiden naar een schuldhulpverlener of een sociaal raadsman.

Andere initiatieven, die ook al in het *Adviesrapport wachttijden autisme* van het NIPA genoemd staan, zijn: de 'Fit op weg poli' van GGZ Delfland, herstelwerkplaatsen bij GGZ-Noord-Holland-Noord, de wachttijden-app van GGZ Rivierduinen en de startgroep bevorderen eigen regie van de Parnassia Groep.

1.4 Uitdagingen

De pilot met Stichting Kompassie wordt gedurende twee jaar gesubsidieerd vanuit de middelen die de gemeente Den Haag heeft ontvangen van het Ministerie van VWS, in het kader van het 'Koploperproject Cliëntondersteuning'. Er bestaat echter geen structurele bekostiging voor dit soort initiatieven.

1.5 Stappenplan

Om te komen tot een samenwerking op het vlak van wachttijdondersteuning, is het goed om een gesprek te plannen met een gemeente (i.v.m. sociaal domein), de ggz-aanbieder en een vrijwilligersorganisatie of een onafhankelijk informatie- en steunpunt voor mentale gezondheid.



Figuur 1. Stappenplan wachttijdondersteuning

Wanneer zij komen tot een plan voor ondersteuning van cliënten op de wachtlijst, kan in gezamenlijkheid worden opgetrokken richting financiers of verkend worden of er mogelijk subsidiegelden zijn voor een dergelijk initiatief. Het is belangrijk om hierbij de focus te hebben op een bepaalde diagnosegroep waar vervolgens vrijwilligers en ervaringsdeskundigen in kunnen worden getraind. Zie figuur 1.



2. Inzet van interne en externe consultatie, kennisoverdracht en scholing

Er zijn nog veel cliënten bij wie het autisme niet herkend wordt. Regelmatig zijn dit de cliënten die hierdoor pas op een later moment met veel heftiger problematiek bij de specialistische autisteteams terechtkomen. Gebrek aan kennis over autisme en het onjuiste beeld dat autisme 'moeilijker' is dan andere aandoeningen, leidt tot handelingsverlegenheid en doorverwijzen bij zorgverleners. Dit speelt zowel in de zorgketen als binnen ggz-organisaties zelf. Bij ervaren complexiteit vanuit het perspectief van de hulpverlener, wordt (te) snel doorverwezen. In de praktijk betekent dit dat er wordt doorverwezen bij:

1. Ontbreken van kennis over autisme, geen aanbod voor mensen met autisme (dit geldt voor zowel diagnostiek als behandeling)
2. Enige kennis om autisme te herkennen, maar onvoldoende om te behandelen
3. Wel kennis, ervaring en wel autismspecifieke behandeling, maar stagnatie in die behandeling waardoor ontregeling, toename van klachten en bijkomende problemen op levensgebieden, enzovoort (zie Adviesrapport wachttijden NIPA onder paragraaf 6.1).

Een manier om de ervaren complexiteit en ervaren handelingsverlegenheid te verminderen en de hulpverlener zich meer handelingsbekwaam te laten voelen, is het inzetten van consultatie, kennisoverdracht, scholing of een combinatie hiervan.

NB Het aansluiten bij de mens is het belangrijkste. Een autismed classificatie helpt om de juiste behandelingen in te zetten, maar ook zonder zicht op die classificatie kan goede hulp geboden worden. Als er onbevangen geluisterd wordt en er ook aangesloten wordt bij de manier van informatieverwerking, kunnen ook hulpverleners zonder (veel) autismerkennis mensen met autisme wel vooruit helpen.

2.1 Interne en externe consultatie

Binnen een sggz-instelling is vaak voldoende autismerkennis en -ervaring in huis zodat consultatie in de eigen respectievelijk aan andere ggz-instellingen en aan partners in de keten (zoals POH-ggz) geboden kan worden. Vanuit TOPGGz autisme-afdelingen is de consultatiefunctie één van de kerntaken.

Na consultatie is de huidige behandelaar weer in staat om het behandel-of diagnostiekproces zelf te vervolgen. De behandelaar heeft zowel behandel-/diagnostiekadviezen gekregen, als ook bejegeningadviezen (do's-and-don'ts). Vaak volgt uit consultatie tevens een advies om autismspecifieke ondersteuning in het sociale domein in te schakelen, aangezien bij autisnehulpverlening behandeling en begeleiding vaak hand in hand gaan. Het vroegtijdig inschakelen van begeleiding kan de uitstroom na ggz-behandeling bevorderen.



Consultatie kan eenmalig zijn, maar ook bestaan uit een afgebakend traject van enkele consulten, al dan niet op locatie, al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, maar altijd in aanwezigheid van de huidige/eigen behandelaar.

Een uitwisseling van expertise via consultatie bevordert tegelijkertijd meer stoornisoverstijgend samenwerken binnen de ggz, zowel binnen de eigen organisatie als daarbuiten. Wanneer iemand eenmaal gevraagd is om mee te denken, weet men deze persoon vaker te vinden waardoor de samenwerking groeit. Je leert elkaar en elkaars expertise beter kennen, waardoor échte zorg op maat mogelijk is.

2.2 Kennisoverdracht en scholing

Scholing begint al op het niveau van aankomend ggz-medewerkers: psychologen en de specialismen, psychiaters, verpleegkundigen en de specialismen enzovoort. Bij scholing en kennisoverdracht moet ook worden gedacht aan informatie-/scholingsmomenten over autisme aan partners in de keten, zoals huisartsen, POH en eerstelijnspsychologen in de regio. Ook binnen de eigen ggz-instelling zou over de verschillende afdelingen heen minimaal enige basiskennis moeten zijn over autismediagnostiek, -behandeling en -bejegening. Het organiseren van een intern proces voor consultatie en advies door autismedeskundigen is aan te bevelen.

De opgedane kennis kan op peil worden gehouden door middel van periodieke bij- en nascholing in diverse vormen (webinars, symposia, verdiepingscursussen op thema of specifiek behandelaanbod).

Scholing moet zich ook richten op het delen van kennis over de sociale kaart. Uit de praktijk blijkt dat veel verwijzers onvoldoende zicht hebben op welke organisaties welk aanbod hebben voor welke cliënt. Dit zorgt er in de regel voor dat de verwijzer aanmeldt bij de instelling die hij/zij kent en niet bij de instelling die passend is.

2.3 Good practices

Onder meer het Autisme Team Noord-Nederland van Jonx (Lentis), GGZ Oost Brabant, INTER-PSY en Dr. Leo Kannerhuis zetten flink in op consultatie. Zij zetten de expertise van specialistische en TOPGGZ in om ketenpartners in staat te stellen passende zorg aan cliënten te bieden en daarmee onnodige instroom (lees: plaatsing op wachtlijst) te voorkomen. Het snel kunnen inspringen op de consultatievragen zorgt ervoor dat praktische oplossingen sneller worden ingezet, waarmee potentiële escalatie van problemen kan worden voorkomen.

GGZ Noord-Holland-Noord en Dr. Leo Kannerhuis zijn beide deelnemer aan expertnetwerken in de specialistische ggz van waaruit kennis wordt gedeeld in de keten. Bij GGZ-NHN werken de ambulante teams vanuit het model van de Nieuwe ggz en worden teams met kennis en expertise ondersteund vanuit het expertnetwerk.



Onder andere Jonx merkt dat alleen al de mogelijkheid voor eenieder om op consultatieve basis vragen te stellen zeer gewaardeerd wordt en er dagelijks gebruik van wordt gemaakt door onder anderen collega-hulpverleners, cliënten, hun familieleden, en ook vanuit onderwijs en gemeenten. Een dergelijke consultatiedienst wordt van harte aanbevolen voor collega-organisaties.

Binnen INTER-PSY krijgen alle medewerkers de mogelijkheid zich te scholen in autisme (basiscursus). Daarnaast worden er per behandelteam diverse hulpverleners opgeleid tot autismedeskundige. Zij krijgen geregeld verdiepende autismedecursussen aangeboden, evenals intervisiemogelijkheden. Deze autismedeskundigen fungeren als vraagbaak voor hun teamcollega's. Zij kunnen meedenken over diagnostiek en behandeling en ook kort invliegen bij gesprekken. Autismediagnostiek en -behandeling zijn daardoor niet voorbehouden aan een beperkt aantal behandelaren, maar worden breed gedragen. Opgemerkt moet worden dat niet alle behandelaren 'wat' hebben met autisme en dat is niet erg.

2.4 Uitdagingen

Voorlichting en autismescholing aan verwijzers is van essentieel belang om ervoor te zorgen dat men een goed beeld heeft van het type hulpvragen waarvoor ze bij sggz-organisaties terecht kunnen of beter kunnen aanmelden bij POH-ggz, basis-ggz of bij de Wmo voor ondersteuning/begeleiding. Een passende inschatting van de hulpvraag en daarbij behorende organisatie kan de wachttijsten bij de specialistische ggz verminderen.

Een goede samenwerking tussen de verschillende domeinen, partijen en professionals is essentieel.

Er bestaat echter een aantal uitdagingen rondom de inzet van interne en externe consultatie, kennisoverdracht en scholing die ook bij goede samenwerking nog van invloed zijn:

- De huidige financieringssystematiek maakt korte laagdrempelige externe consultatie lastig. Cliënten moeten ook bij consultatie worden ingeschreven, wat allerlei administratielast met zich meebrengt. Bij het snel inzetten van consultatie zonder een dbc te openen, krijgt de ggz-organisatie geen inkomsten daarvoor (zie Advies wachttijden autisme, 6.1, Aandachtspunten 1).
- Daarbij komt dat een cliënt niet bij twee organisaties met dezelfde hoofdindicatie ingeschreven mag staan en de consultgevende autisme-afdeling soms alleen maar mag behandelen in geval van een hoofdindicatie autisme. Het blijkt lastig te zijn om hier meer ruimte voor te creëren bij financierende instanties.
- Het vraagt voldoende (financiële) vrijheid en ruimte/flexibiliteit in de agenda van de consultgever om de consultatie op zeer korte termijn te kunnen bieden.
- Het organiseren van een in- en extern proces voor consultatie en advies door autismedeskundigen zou aan duidelijke (financiële) randvoorwaarden moeten voldoen.



- Tot slot zouden ook opleidingen meer moeten investeren in de aanbevelingen die in het rapport worden gedaan. Er is meer aandacht nodig voor autisme in het curriculum van de basisopleidingen ggz, voor alle beroepsgroepen.

2.5 Stappenplan

In onderstaande tekst zijn de stappenplannen voor in- en externe consultatie en kennisoverdracht en scholing uiteengezet.

Interne en externe consultatie

Om te komen tot interne en externe consultatie, is een aantal stappen/aspecten van belang (zie figuur 2).

1. In de eerste plaats dient de instelling voldoende mensen in huis te hebben die de consultatie en scholing kunnen bieden. Deze mensen moeten goed te vinden zijn voor zowel de medewerkers in de instelling zelf als daarbuiten (website, naam, telefoonnummer, eventuele specifieke expertise). Maak hierbij tevens gebruik van het bestaande TOPGGz-netwerk, waar veel autisme-expertise zit. Met betrekking tot scholing kan men ook denken aan online trainen, zeker nu met alle beeldbelmogelijkheden.
2. Zorg dat er afspraken gemaakt worden over de bekostiging van de inzet van een dergelijk consultatieteam.
3. Vorm het consultatieteam en zorg dat bekend is binnen en buiten de instelling dat dit team er is.
4. Neem bij iedere aanmelding contact op met de verwijzer om via een telefonische screening/triage te beoordelen of de verwijzer met consultatie en/of scholing de behandeling ook zelf kan uitvoeren dan wel voortzetten. Ook kan tijdens deze triage worden beoordeeld of de verwijzing op de juiste plek is aangemeld, of dat er – met advies – beter kan worden verwezen naar POH, basis-ggz, of zelfs Wmo-zorg. Hierbij is het ook goed om zicht te hebben op de vraag van de patiënt zelf (en niet alleen zoals die verwoord is door de verwijzer).



Figuur 2. Stappenplan interne en externe consultatie



Kennisoverdracht en scholing

Het aanpakken van wachtlijsten vereist onder meer dat er voldoende goed geschoold personeel beschikbaar is: zowel (1) voldoende capaciteit van personeel als (2) meer aandacht besteden in opleidingen, bij- en nascholing en intervisie voor het (h)erkennen van autisme, kennis van autisme en behandelmogelijkheden. Het verspreiden van goede voorbeelden en kennis en expertise (bv. vanuit een landelijk expertisecentrum) kan daaraan een bijdrage leveren. Hieronder wordt een aantal suggesties gedaan om dit te bereiken.

1. Zorg dat er meer aandacht komt voor autisme in het curriculum van de basisopleidingen ggz.
2. Om voldoende behandelaren te hebben en houden, zou autisme verplicht en ruim gedoceerd moeten worden binnen universiteiten en hbo, psychologie-, verpleegkunde- en arts-opleidingen en generalistische en specialistische opleidingen (GZ, PT, KP, KNP en psa).
3. Leg contacten I met de opleidingsinstituten, zoals RINO, om in gezamenlijkheid (eventueel in samenwerking met de TOPGGz) een geaccrediteerde cursus te ontwikkelen.
4. Bevorder samenwerking tussen, dan wel het integreren van a-en p-opleiding op het gebied van autismescholing.
5. Ken binnen GZ-opleidingsconsortia meer routes toe binnen de autismedecentra.
6. Zorg voor landelijke voorlichting aan verwijzers (per regio te organiseren) bijvoorbeeld via bij- en nascholing van huisartsen, POH-ggz en andere verwijzers. Een duidelijke, actuele en interactieve sociale kaart voor autismediagnostiek en -behandeling kan hierbij helpen.
7. Investeer in intervisiemogelijkheden.
8. Organiseer per regio netwerkbijeenkomsten voor kleine aanbieders en zzp'ers in de zorg.
9. Laat basispsychologen een 'autisme-aantekening' halen door gedurende een jaar bij een expertisecentrum te werken en dan te worden opgeleid in diagnostiek en het geven van psycho-educatie. En dan het tweede jaar bijvoorbeeld in een kliniek of FACT-team gaan werken. Dan hebben ze kennis over autisme en kunnen dat dan bij volgende werkplek weer verder verspreiden. Als er op een dergelijke manier wat meer kruisbestuiving van kennis kan gaan plaatsvinden, raken ook meer mensen vertrouwd met autisme en de manier van communicatie en bejegening. Dat vergroot ook het plezier om met mensen met autisme te werken en wordt de neiging om mensen meteen aan te melden bij de sggz wellicht minder sterk.
10. Intern organiseren van uitwisselingsprojecten; collega's van autismeteam draaien voor een afgebakende periode elders mee en collega's van andere teams bij autismeteam gedurende 1 of 2 dagen per week. De kennis, maar ook affiniteit met de doelgroep neemt daardoor toe.
11. Samenwerking vergroten met de basis-ggz, door bij aanmelding samen met de basis-ggz te kijken of de hulpverlening misschien ook in de basis-ggz georganiseerd kan worden. Daarbij kan de specialistische ggz zo nodig kan consulteren. Belangrijk is dat zij ook goed in autisme geschoold worden.

