



**Vlaamse
Regering**

**Kabinet van Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen**

Koning Albert II-laan 35 bus 90, 1030 BRUSSEL
Tel. 02/552.64.00
e-mail: kabinet.vandeurzen@vlaanderen.be

NAAR EEN AUTISMEVRIENDELIJK VLAANDEREN

AANBEVELINGEN VAN DE TASKFORCE AUTISME IN OPDRACHT VAN MINISTER JO VANDEURZEN

TASKFORCE AUTISME

Voorzitter: Ilse Noens (KU Leuven)

Leden: Herbert Roeyers (Universiteit Gent)

Cis Schiltmans (Vlaamse Vereniging Autisme)

Hanna Steenwegen (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap)

Jean Steyaert (KU Leuven)

Peter Vermeulen (Autisme Centraal)

2016

INHOUD

INLEIDING	3
Opdracht	3
Context	3
Samenstelling en werkwijze	4
UITGANGSPUNTEN	5
Autismespectrumstoornis	5
Participatieproblemen van mensen met autisme	7
Nieuwe beleidsinitiatieven	7
AANBEVELINGEN	9
Sensibilisering	9
Autismevriendelijkheid	9
Beschikbaarheid van een coach	10
Inclusiepas	10
Vroegtijdige onderkenning en diagnostiek	11
Ondersteuning en behandeling in levensloopperspectief	12
Vorming en opleiding	15
Kennis- en expertisenetwerk	16
Innovatie via wetenschappelijk onderzoek	16
VOORWAARDEN	17
Vlaams Actieplan Autisme	17
Vereenvoudiging en flexibilisering van regelgeving	17
Intersectorale samenwerking rond specifieke thema's	18
Vermaatschappelijking van zorg met behoud van expertise	19
Netwerkvorming en zorgcircuits	19
Enkele budgettaire overwegingen	20
REFERENTIES	22

INLEIDING

Opdracht

Personen met autisme¹ worden geconfronteerd met heel wat barrières die hen verhinderen om volwaardig te participeren aan de samenleving. Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, heeft een Taskforce Autisme in het leven geroepen. De Taskforce Autisme kreeg als opdracht om de participatieproblemen van kinderen, jongeren en volwassenen met autisme in kaart te brengen, oplossingen te inventariseren en te analyseren, en beleidsaanbevelingen te formuleren ter voorbereiding van een Vlaams Actieplan Autisme.

Context

In aansluiting met het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (2006; geratificeerd door België in 2009) en zoals uitgetekend in de Conceptnota Perspectief 2020 en de Beleidsnota 14-19, staat in het beleid van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de volwaardige **participatie van personen met een handicap** in onze samenleving centraal. De persoon met een handicap dient eigen keuzes te kunnen maken en de regie te hebben over de eigen kwaliteit van bestaan. Daarbij dient zoveel als mogelijk te worden ingezet op inclusieve ondersteuning, wat met zich meebrengt dat het ondersteuningsbeleid de verantwoordelijkheid moet zijn van **alle beleidsdomeinen**. Het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wenst echter een coördinerende rol te vervullen. Minister Vandeurzen heeft in dat kader het initiatief genomen om een Taskforce Autisme op te richten.

De laatste decennia zien we in de gezondheidszorg een pleidooi voor evidence-based interventies. In de hele westerse wereld zijn de laatste jaren initiatieven genomen om de beschikbare evidentie kritisch onder loep te nemen en bij gebrek aan wetenschappelijke zekerheid **consensusrichtlijnen** te formuleren. Ook in ons land werden specifiek rond autisme twee belangrijke initiatieven genomen. In 2013 publiceerde de Hoge Gezondheidsraad advies 8747: Levenskwaliteit van jonge kinderen met autisme en hun gezin. In 2014 volgde het Belgisch Federaal Kenniscentrum met rapport 223A: Behandeling van autisme bij kinderen en jongeren: klinische praktijkrichtlijn. Deze publicaties vormden het startpunt van de werkzaamheden van de Taskforce Autisme. Recent (december 2015) publiceerde de Hoge Gezondheidsraad advies 9203: Behoeften betreffende dubbele diagnose: verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid (probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen) in België, dat potentieel voor mensen met autisme en een verstandelijke beperking zeer relevant is. Ook de autismspecifieke richtlijnen ontwikkeld in enkele omringende landen hebben als inspiratiebron gediend. In concreto betreft het vooral de klinische richtlijn 170 'The management and support of children and young people on the autism spectrum' van het Britse National Institute for Health and Care Excellence (de zogenaamde NICE-guidelines), gepubliceerd in 2013.

Zoals reeds aangegeven, moeten onderhavige aanbevelingen leiden tot een **Vlaams Actieplan Autisme**. In het verleden werd – met name door Waalse actoren – gepleit voor een Nationaal Plan Autisme. Met de zesde staatshervorming zijn echter heel wat bevoegdheden en middelen overgedragen naar de deelstaten. Het kabinet van Maggie De Block, federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft dan ook expliciet aan dat er geen intenties zijn om een Nationaal Plan Autisme te ontwikkelen. Het initiatief voor beleidsmaatregelen rond autisme ligt

¹ In deze aanbevelingen gebruiken we de termen autisme en autismspectrumstoornis als synoniemen.

volgens haar kabinet dus bij de gemeenschappen, al is er zeker een sterke wil tot afstemming en samenwerking.

Samenstelling en werkwijze

De Taskforce Autisme bestaat uit een beperkte groep van deskundigen: Prof. Ilse Noens (KU Leuven – voorzitter), prof. Herbert Roeyers (Universiteit Gent), prof. Jean Steyaert (KU Leuven), dr. Peter Vermeulen (Autisme Centraal), Cis Schiltmans (Vlaamse Vereniging Autisme) en Hanna Steenwegen (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap; VAPH). Het VAPH faciliteert de werkzaamheden van de taskforce.

Na de startvergadering in januari 2015 vonden in de eerste helft van 2015 zes bijeenkomsten plaats rond de volgende **thema's**: onderwijs, tewerkstelling, wonen, gezondheid, justitie, mobiliteit, cultuur, vrije tijd en maatschappij. Per thema werden in samenspraak met spilfiguren uit praktijk en beleid uitdagingen en concrete oplossingen geïnventariseerd en geanalyseerd, beleidsmatige inbedding en plannen besproken en conclusies en beleidsaanbevelingen geformuleerd. Aangezien de uitdagingen en concrete oplossingen voor elk van de verschillende domeinen sterk bleken te convergeren, heeft de Taskforce beslist de **aanbevelingen op generiek, participatiedomein-overstijgend niveau** te formuleren. De voorlopige aanbevelingen werden in het najaar van 2015 en januari 2016 voorgelegd aan diverse beleidsactoren en stakeholders. Dit leidde tot verfijning van de aanbevelingen, die in onderhavig document worden voorgesteld en toegelicht.

Hoewel de naam ‘Taskforce Autisme’ doet vermoeden dat het om autismespecifieke beleidsaanbevelingen gaat, was het expliciet de intentie van de Taskforce Autisme om **autismevriendelijkheid** ook te beschouwen als **hefboom voor andere groepen met participatieproblemen**, bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking, psychiatrische patiënten en niet Nederlandstalige nieuwkomers.² Door de participatieproblemen van mensen met autisme als uitgangspunt te nemen, kwam de Taskforce oplossingen op het spoor die de samenleving ook voor vele andere mensen toegankelijker kan maken. Waar mogelijk, heeft de Taskforce Autisme steeds gekozen voor aanbevelingen met brede relevantie, zonder uit het oog te verliezen dat mensen met autisme ook specifieke noden hebben.

² Dit principe sluit aan bij Artikel 2 van het eerder genoemde VN-verdrag, waarbij sprake is van ‘universal design’: het ontwerpen van producten, omgevingen, programma’s en diensten die door iedereen in de ruimst mogelijke zin kunnen worden gebruikt, zonder dat een aanpassing of speciaal ontwerp nodig is.

UITGANGSPUNTEN

Autismespectrumstoornis

Definitie en criteria

Na de eerste wetenschappelijke omschrijvingen van Leo Kanner in 1943 en Hans Asperger in 1944 hebben de definitie van en de criteria voor autisme een hele evolutie doorgemaakt. Volgens de meest recente internationale definitie en criteria (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) hebben mensen met 'autismespectrumstoornis' (kortweg ASS) twee basiskenmerken gemeen. Ten eerste is er sprake van aanhoudende beperkingen op het vlak van sociale communicatie en sociale interacties in meerdere contexten; ten tweede zijn er beperkte en repetitieve gedragingen, interesses en activiteiten. De kenmerken zijn met wisselende ernst en in diverse uitingsvormen aanwezig vanaf de vroege ontwikkeling (maar kunnen soms pas volledig duidelijk worden wanneer de sociale eisen toenemen, of worden gemaskeerd door op latere leeftijd aangeleerde strategieën) en persisteren doorheen de levensloop. Ze veroorzaken een klinisch significante lijdensdruk of verstoren het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen (American Psychiatric Association, 2014, pp. 109-110).

Waar in het verleden onderscheid werd gemaakt tussen verschillende subclassificaties onder wat toen 'pervasive ontwikkelingsstoornissen' werd genoemd, is in DSM-5 gekozen voor de overkoepelende diagnose 'autismespectrumstoornis'. Hiermee wordt nadruk gelegd op de verscheidenheid in uitingsvormen. Ook het ontwikkelingsverloop is zeer divers.

Autisme is een ontwikkelingsstoornis waarbij specifieke ontwikkelingsdomeinen aangetast zijn. Op andere ontwikkelingsdomeinen is sprake van normale ontwikkeling en soms zelfs bijzondere talenten. Autisme komt voor bij alle niveaus van intelligentie en heeft een levenslange impact op diverse domeinen van ontwikkeling. Er is echter nog weinig bekend over de ontwikkelingstrajecten over de verschillende levensfasen heen.

Prevalentie

Voor het gehele spectrum bedraagt de mediaan van de wereldwijde en Europese schattingen 62/10.000 (of 1 op de 161 geboorten) (Elsabbagh e.a., 2012), maar er zijn ook schattingen die hoger liggen. Recente publicaties van onder meer het Amerikaanse Centre for Disease Control and Prevention (CDC, 2014) geven bijvoorbeeld aanzienlijk hogere cijfers (1 op 68), maar deze cijfers zijn onvoldoende gerepliceerd. Het is echter heel moeilijk om studies met elkaar te vergelijken. Feit is wel dat de prevalentiecijfers over de jaren heen sterk naar boven zijn bijgesteld. Dit doet de vraag rijzen of de prevalentie werkelijk toeneemt. Een recente Zweedse studie (Lundström e.a., 2015) toont echter aan dat de prevalentie van autismesymptomen stabiel is gebleven, terwijl de prevalentie van geregistreerde, klinische diagnoses substantieel is toegenomen. De stijging lijkt dus vooral het gevolg te zijn van een toegenomen kennis en bewustzijn van autisme, een betere en snellere onderkenning, ook bij personen zonder verstandelijke beperking, een verbreding van de definities en criteria en het grotere belang dat wordt gehecht aan een diagnostische classificatie als toegang tot hulpverlening (Wazana e.a., 2007; Williams e.a., 2014; Yoo, 2013). Een aannemelijke, andere factor is de verander(en)de maatschappij. In onze huidige maatschappij wordt een veel groter belang gehecht aan flexibiliteit en sociaal-communicatieve vaardigheden dan pakweg dertig jaar geleden, waardoor personen met autisme nu sneller opvallen.

In België is nooit een grootschalig onderzoek op basis van screening gedaan. Een studie bij 7.000 kinderen in kinderdagverblijven, die echter niet als prevalentiestudie werd opgezet, kwam ook net boven 0.6% uit (Dereu e.a., 2010). Met een behoudsgezinde schatting komen we dus op ca. 40.000 personen met autisme in Vlaanderen. In bepaalde sectoren leeft de indruk dat er in Vlaanderen in sommige regio's meer diagnoses worden gesteld. Hard cijfermateriaal is evenwel niet voorhanden. Een degelijk prevalentieonderzoek zou duidelijkheid kunnen verschaffen.

De verhouding jongens-meisjes is over de jaren heen wel vrij stabiel gebleven. Autisme komt opvallend vaker voor bij jongens dan bij meisjes. De geslachtsverschillen zijn meer uitgesproken bij normaal begaafde personen. Bij mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking is de verhouding jongens-meisjes ongeveer 2 op 1, terwijl die verhouding bij de gemiddeld tot hoog begaafden kan oplopen tot ongeveer 6 op 1. Overigens zijn er aanwijzingen dat autisme bij meisjes nog is ondergediagnosticeerd of pas later wordt onderkend dan bij jongens (Begeer e.a., 2013).

Het is van belang om op te merken dat bovengenoemde studies allemaal gebaseerd zijn op inmiddels verouderde criteria (vooral DSM-IV(-TR) en ICD-10). Het valt nog af te wachten wat de impact zal zijn van de invoering van de DSM-5-criteria. De eerste systematische reviews en meta-analyses van onder andere Kulage e.a. (2014) en Smith e.a. (2015) laten vermoeden dat de prevalentiecijfers alvast niet verder zullen stijgen. Het zal echter nog enkele jaren duren vooraleer de werkelijke impact duidelijk zal zijn.

Comorbiditeit

Comorbiditeiten zijn heel frequent aanwezig bij zowel kinderen als volwassenen met autisme (Matson & Nebel-Schwalm, 2007; Vannucchi e.a., 2014).

Er werd tot een tiental jaar geleden aangenomen dat de meerderheid van de mensen met autisme, ongeveer driekwart, een verstandelijke beperking heeft. Recente studies tonen aan dat de groep zonder verstandelijke beperking groter is dan oorspronkelijk gedacht. De cijfers schuiven op in de richting van 50%. Volgens sommige onderzoeken is er zelfs een meerderheid van personen met een (rand)normale begaafdheid (Bhaumik e.a., 2010; Elsabbagh e.a., 2012). Omgekeerd komt autisme voor bij ongeveer 30 à 40% van de personen met een verstandelijke beperking (La Malfa e.a., 2004). Bovendien neemt de prevalentie toe naarmate de verstandelijke beperking ernstiger is (Thys & Roeyers, 2003).

Volgens studies bij zowel kinderen als volwassenen voldoet ongeveer 60-70% aan de criteria voor één of meerdere psychiatrische comorbiditeiten en/of andere ontwikkelingsstoornissen (Simonoff e.a., 2008; Buck e.a., 2014). Bij kinderen gaat het bijv. vaak om taalstoornissen, coördinatieontwikkelingsstoornis (DCD), aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) of oppositioneel-opstandige gedragsstoornis. Bij volwassenen worden vooral ADHD, angst- en stemmingsstoornissen en verslavingen gerapporteerd.

Tenslotte gaat autisme ook vaak samen met slaap- en voedingsstoornissen. Voor wat de medische aandoeningen betreft is vooral de comorbiditeit met epilepsie goed gedocumenteerd (Kohane e.a., 2012; Mulligan & Trauner, 2014).

Etiologie

In de nog relatief korte geschiedenis van autisme is veel gezegd en geschreven over de oorzaken. Vandaag is duidelijk dat autisme meerdere oorzaken kan hebben. Genetische factoren spelen een belangrijke maar complexe rol. Een universeel gen voor autisme bestaat niet, autisme kan

via verschillende genetische mechanismen tot stand komen. De genetische aanleg wordt in wisselende mate beïnvloed door epigenetische en omgevingsinvloeden. Autisme is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, wat betekent dat er bijzonderheden zijn in de ontwikkeling en het functioneren van de hersenen. Deze bijzonderheden hebben een weerslag op de manier waarop informatie wordt verwerkt.

Participatieproblemen van mensen met autisme

Een groeiende hoeveelheid onderzoek schetst de **grote impact van autisme** op het functioneren in het dagelijks leven. Moeilijkheden van mensen met autisme worden systematisch gerapporteerd op gebied van onderwijs, tewerkstelling, sociale relaties, zelfstandig wonen, psychische gezondheid en kwaliteit van bestaan (Howlin & Moss, 2012; Lai e.a., 2014).

Twee zeer recente studies (de Schipper e.a. 2015, 2016) trachtten het functioneren van personen met autisme te situeren binnen de nomenclatuur van het **International Classification of Functioning, Disability and Health** (ICF; Children and Youth version, ICF-CY) kader, ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit kader laat toe om het functioneren van mensen en de eventuele problemen ze in het dagelijks functioneren ondervinden, te beschrijven. Daarnaast wordt gekeken naar persoonlijke factoren en factoren van buitenaf die hierop van invloed kunnen zijn. Iemands gezondheid is volgens ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen (het menselijke organisme), activiteiten (het menselijke handelen) en participatie (de mens als deelnemer aan het maatschappelijke leven). Zowel een systematische literatuurreview (de Schipper e.a., 2015) als een wereldwijde bevraging van experts (de Schipper e.a., 2016) laten zien dat de impact van autisme op het functioneren zeer variabel is en aanzienlijk verder gaat dan de twee kerndomeinen van autisme die we hebben besproken.

Ervaringsverhalen die via de Vlaamse Vereniging Autisme, Autisme Centraal en rechtstreeks door mensen met autisme aan de Taskforce Autisme ter beschikking werden gesteld, weerspiegelen – ook in Vlaanderen – het brede scala van participatieproblemen uit de internationale literatuur. De gerapporteerde ervaringsverhalen betreffen de domeinen van onderwijs, tewerkstelling, wonen, gezondheid, justitie, mobiliteit, cultuur, vrije tijd en maatschappij. In het bijzonder zijn mensen met autisme bijzonder kwetsbaar bij **transities** in het leven. Voorbeelden hiervan zijn: voor het eerst naar school gaan, de overgang van de basisschool naar het secundair onderwijs, de overgang naar het hoger onderwijs, de overgang naar werk, de overgang naar zelfstandig(er) wonen, het wegvallen van personen uit iemands persoonlijk netwerk (overlijden van ouders of partner, scheiding), de geboorte van kinderen, ontslag of pensionering. In het bijzonder een gebrek aan (aangepaste) **dagbesteding** (onderwijs en werk) leidt tot secundaire participatieproblemen (bijvoorbeeld op vlak van gezondheid, justitie).

Nieuwe beleidsinitiatieven

Zoals reeds aangegeven, vereist volwaardige participatie van personen met een handicap in onze samenleving (cf. de implementatie van het VN-verdrag) zo veel als mogelijk inclusieve ondersteuning, wat met zich meebrengt dat het ondersteuningsbeleid de verantwoordelijkheid is van alle beleidsdomeinen: handicap, welzijn, geestelijke en somatische gezondheid, onderwijs, jeugdhulp, justitie, mobiliteit, cultuur, etc. In diverse sectoren werden reeds **initiatieven** genomen **om de participatiekansen van mensen met een handicap in het algemeen of van mensen met autisme in het bijzonder te vergroten**. Diverse recente en geplande initiatieven

zijn in de besprekingen van de Taskforce Autisme aan bod gekomen. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- vermaatschappelijking van zorg, verbreding van rechtstreeks toegankelijke hulp, invoering van het basisondersteuningsbudget en persoonsvolgende financiering;
- invoering van het M-decreet in het onderwijs in combinatie met de oprichting van Type 9 in het buitengewoon onderwijs;
- oprichting van het centrum voor Gedragsstoornissen bij AUtisme met Zware Zorgbehoevendheid (GAUZZ);
- proef-wonen met het oog op een betere begeleide toegang tot sociale huisvesting voor kwetsbare doelgroepen;
- omschakeling van sociale en beschutte werkplaatsen naar maatwerkbedrijven, arbeidszorg en lokale diensteneconomie;
- extra zorg voor mensen met een dubbele diagnose (verstandelijke beperking en psychische problemen);
- langdurige zorg voor forensische opvang van geïnterneerden.

Voor mensen met autisme betekenen dergelijke nieuwe beleidsinitiatieven opportuniteiten om tot betere participatie te kunnen komen. Het is nog vroeg om de precieze impact van deze nieuwe beleidstendenzen goed te kunnen inschatten. ***Opvolging en evaluatie*** van de beleidskeuzes dienen uit te wijzen of ze effectief tot meer participatie van mensen met autisme in onze samenleving leiden.

Hieronder worden op kernachtige wijze ***generieke, participatiedomein-overstijgende aanbevelingen*** geformuleerd, in combinatie met ***voorwaarden op beleidsniveau*** om de aanbevelingen te kunnen realiseren. Deze aanbevelingen blijven ook voor nieuwe beleidsinitiatieven onverminderd van kracht.

AANBEVELINGEN

Sensibilisering

Sensibilisering rond autisme dient gericht te zijn op gedrags- én attitudeverandering van mensen in de directe omgeving van personen met autisme en van de maatschappij in ruime zin. Uit onderzoek naar het tegengaan van stigmatisering bij psychische problemen (bijv. Corrigan e.a., 2005) blijkt dat men meer bereikt door daadwerkelijk contact tussen mensen met autisme en de gemeenschap dan door klassieke informatieverstrekking. Dit kan men bijvoorbeeld realiseren via **ontmoetings- en belevingsactiviteiten**. Er bestaan in Vlaanderen verschillende goede praktijken:

- autisme ervaren via inleefsessies autisme, waar nodig aangepast aan een specifieke omgeving zoals klas of werkvloer (Vlaamse Vereniging Autisme), AutismeBelevingsCircuit (Autisme Centraal) en gelijkaardige initiatieven in het Vlaamse hulpverleningslandschap;
- een gesprek tussen mensen met en zonder autisme (bijv. 'Authentisme? Wasda? Meet, greet ... & talk, op Wereld Autisme Dag georganiseerd door de Vlaamse Vereniging Autisme in alle Vlaamse provincies);
- de tweejaarlijkse 'Bruggendag' van Autisme Centraal, waarbij een 'brug' wordt geslagen door mensen met en zonder autisme samen en met elkaar te laten deelnemen aan een socio-cultureel en recreatief event;
- medewerkers van een bedrijf een dag laten doorbrengen met een persoon met autisme.

Het is van belang dergelijke initiatieven goed te verankeren en op grotere schaal te faciliteren, bijvoorbeeld door middelen ter beschikking te stellen om dergelijk aanbod in onderwijs en bedrijfswereld te realiseren, uitleenbaar didactisch materiaal te voorzien, dergelijke activiteiten in de socio-culturele sector op lokaal niveau te ondersteunen (culturele centra, bibliotheken, jeugdbewegingen, etc.)

Dit betekent niet dat de rol van **mediacampagnes** uitgespeeld is. Via korte reportages is het mogelijk om een totaalbeeld (beperkingen en talenten) te schetsen en het onzichtbare van de handicap zichtbaar te maken. De huidige Authentisme (Authentiek + Autisme) campagne van de Vlaamse Vereniging Autisme, waarmee wordt ingezet op authenticiteit, diversiteit en talenten van mensen met autisme, kan daarbij als voorbeeld dienen.

Autismevriendelijkheid

Autismevriendelijkheid houdt in dat verbale en non-verbale communicatie voldoende expliciet en ondubbelzinnig zijn, zodat personen met autisme de communicatie te allen tijde en in de juiste betekenis begrijpen. Belangrijke deelaspecten betreffen de **toegankelijkheid van informatie en communicatie** met **autismevriendelijke aanspreekpunten** op belangrijke punten in onze samenleving. Voorbeelden van autismevriendelijkheid zijn:

- visuele communicatie in bibliotheek, trein of vliegtuig;
- aangepast onthaal in ziekenhuis, ziekenfonds, gemeentehuis, politiebureau;
- concrete communicatie en een stille ruimte op een studiedag;
- een aangepaste speelplaats met afgebakende zones voor verschillende soorten spel;
- autismevriendelijke selectieprocedures bij tewerkstelling;
- visualisering van ongeschreven regels op de werkplek of op school;
- een stille refter of werkruimte;
- concrete ondersteuning bij groepswork;
- buddyprojecten;

- autismevriendelijke ruimtelijke ordening en architectuur.

Als mensen concreter communiceren ('wie', 'wat', 'waar', 'wanneer', etc.), worden misverstanden vermeden en groeit wederzijds begrip. Via kleine aanpassingen kan de samenleving veel toegankelijker en duidelijker worden, niet alleen voor mensen met autisme, maar ook voor mensen met andere participatieproblemen. Deze aanbeveling is van toepassing op alle participatiedomeinen en dus ook alle plaatsen van de samenleving waar mensen met autisme zich bewegen: scholen, vrijetijdsorganisaties, tewerkstellingsdiensten, bibliotheken en cultuurcentra, politie, justitie, openbaar vervoer, gezondheidscentra, stedelijke en gemeentelijke diensten, etc.

Kernaspecten van autismevriendelijkheid zijn bijvoorbeeld uitgewerkt in het zakboekje 'Autismevriendelijkheid' van Autisme Centraal, dat ook een sticker met het logo 'autismevriendelijkheid' uitreikt aan aanvragers die een intentieverklaring ondertekenen en aangeven welke aanpassingen ze zullen uitvoeren.

Autismevriendelijke communicatie krijgt best vorm **in samenspraak met de autismegemeenschap**. Mensen met autisme weten immers best waar zij tegenaan lopen. Op het niveau van steden en gemeenten werkt de Vlaamse Vereniging Autisme bijvoorbeeld met werkgroepen van mensen met en zonder autisme uit de lokale gemeenschap. Mensen met autisme geven zelf aan waar ze nood aan hebben én wat ze te bieden hebben, en werken actief mee aan het autismevriendelijk maken van hun onmiddellijke leefomgeving.

Beschikbaarheid van een coach

Zelfs in een autismevriendelijke samenleving weten mensen niet altijd hoe ze best met een persoon met autisme omgaan; mensen met autisme slagen er ook niet altijd in om hun ondersteuningsbehoeften kenbaar te maken. Refererend naar bijvoorbeeld de doventolk, die ook twee culturen met elkaar in contact moet brengen, kan een **coach of tolk** een belangrijke schakel zijn tussen de persoon met autisme en bijvoorbeeld de tandarts, de jeugdrechter, de medewerker van de VDAB. Deze coach of tolk moet beschikbaar zijn voor iedere persoon met autisme die dat wenst. Deze rol kan veelal door iemand in het informele circuit worden opgenomen, maar indien nodig moet dit formeel worden voorzien. In het justitiële circuit zou een dergelijke coach of tolk in ieder geval formeel beschikbaar moeten zijn om de rechten van de beklaagde (cf. recht op eigen taal) te vrijwaren.

Inclusiepas

Iemand met autisme kan vastlopen in situaties waarbij de spanning oploopt, bijvoorbeeld een eerste contact met een hulpverlener of instantie, een politie- of douanecontrole, een groot evenement. De spanning kan zich uiten in bijzonder gedrag dat vaak niet wordt begrepen. Met een **Inclusiepas** (cf. de Europees voorgestelde InclEUive Card) kan de persoon met autisme op eenvoudige en discrete wijze informatie geven over de aanwezige handicap. Dit zorgt voor begrip in de omgeving en geeft zelfvertrouwen aan de gebruiker. De Taskforce pleit voor een doelgroepoverstijgende Inclusiepas en niet voor een specifieke Autipas, omdat een dergelijke pas relevant is voor vele gebruikersgroepen en het de herkenbaarheid niet ten goede komt als er voor elke groep een aparte pas moet komen. De Inclusiepas wordt best op basis van transparante criteria toegekend, maar de gebruiker dient zelf te kunnen beslissen hoeveel informatie op de Inclusiepas wordt vermeld. Bij het ontwikkelen van een Inclusiepas kan worden bekeken in hoeverre het mogelijk en wenselijk is om op een dergelijke pas een

koppeling toe te voegen naar toegankelijke digitale informatie over de persoon in kwestie. Er bestaan reeds platformen om informatie over een persoon met autisme te bundelen en deze aan derden door te geven, bijvoorbeeld via de website van de vzw Participate!.

Vroegtijdige opsporing en diagnostiek

Uitgangspunten

Opsporing van autisme vindt gewoonlijk trapsgewijs plaats. De eerste trede is vroegtijdige opsporing of signalering, de tweede is diagnostiek. Er is **goede communicatie en afstemming** vereist tussen de diverse partners in eerste, tweede en derde lijn, waarbij vroegtijdige opsporing vooral in de eerste lijn en diagnostiek in de tweede en derde lijn plaatsvindt. In geval van complexe vraagstellingen dient men vanuit de tweede lijn door te verwijzen naar een gespecialiseerd diagnostisch centrum.

Vroegtijdige opsporing

Op basis van de beschikbare evidentie wordt op dit moment niet aanbevolen om op systematische wijze te screenen bij de algemene populatie. Het is wel van belang om **signalen van autisme vroegtijdig te detecteren**. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de eerste lijn in het algemeen (huisartsen, pediaters, huizen van het kind, etc.), waar werk moet worden gemaakt van autismebewustzijn, zodat bij zorgen over de ontwikkeling of het functioneren van een persoon autisme als hypothese standaard wordt overwogen en men snel genoeg voor verdere diagnostiek doorverwijst naar de tweede of derde lijn. Kind en Gezin dient in het bijzonder een sleutelpositie in te nemen. Vroegdetectie van autisme vergt extra aandacht en tijd voor sociaal-communicatieve problemen in de huidige procedures (bijvoorbeeld door toevoeging van 'rode vlaggen' aan het Van Wiechenschema, zoals momenteel in Nederland wordt geïmplementeerd).

Bij vroegtijdige opsporing dient bijzondere aandacht uit te gaan naar **hoogrisicogroepen**, zoals broers en zussen van een kind met autisme, kinderen van een ouder met autisme, prematuur geboren kinderen en kinderen met taalontwikkelingsproblemen.

Er zal echter steeds een groep zijn waarbij op jonge leeftijd nog niets te merken was. De symptomen manifesteren zich soms pas ten volle als de sociale eisen de beperkte mogelijkheden overstijgen, of worden later in het leven gemaskeerd door aangeleerde strategieën of comorbide problemen. Dit betekent dat de **alertheid voor autisme van (zeer) jong tot oud** aanwezig moet zijn. Volwassenen met autisme presenteren zich over het algemeen niet direct met een (eigen) vermoeden van autisme, maar met problemen op het werk, burn-out, depressie, angstklachten, relatieproblemen, verslavingsproblemen. Bij volwassenen duurt het nog vaak (te) lang vooraleer generalistische professionals zoals bedrijfsartsen en controleartsen, maar zelfs in de geestelijke gezondheidszorg, aan autisme denken en gericht doorverwijzen, al komt er langzaam maar zeker verandering in.

Diagnostiek

Een goede interventie staat of valt met een goede diagnose. Er dient **voldoende capaciteit binnen redelijke termijnen** beschikbaar te zijn en de diagnostiek moet **kwaliteitsvol en betaalbaar** zijn. Een diagnose autisme vereist een uitgebreid en gespecialiseerd diagnostisch onderzoek en dient **op multidisciplinaire wijze** te worden gesteld. Er verschijnen internationaal verschillende richtlijnen of protocollen die als leidraad kunnen dienen. De richtlijnen richten zich voornamelijk op diagnostiek van autisme bij kinderen en adolescenten, al zijn er ook voor

volwassenen richtlijnen beschikbaar. In Vlaanderen verschenen onder meer het 'Classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornissen bij minderjarigen' en het 'Classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornis bij meerderjarigen' (VAPH, s.d.). Zoals de titels al doen vermoeden, zijn dit louter classificerende protocollen. Diagnostiek van autisme dient echter verder te gaan dan de classificatie en daarnaast ook aandacht te hebben voor **handelingsgerichte diagnostiek**. Handelingsgerichte diagnostiek is erop gericht om een individueel functioneringsprofiel op te stellen, met daarin zowel kwaliteiten als kwetsbaarheden van de persoon met autisme en zijn of haar omgeving, verklaringen te bieden voor problemen die zich in het dagelijks leven voordoen, en daarop aansluitend indicaties voor geïndividualiseerde ondersteuning en behandeling te stellen. Een voorbeeld van een handelingsgericht protocol is het 'Protocol diagnostiek bij gedrags- en/of emotionele problemen en het vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis' dat voor de onderwijscontext werd ontwikkeld door de onderwijskoepels en de CLB-centrumnetten en waarin o.m. autisme aan bod komt (www.prodiagnostiek.be/gedrag-emotie).

Classificerende diagnostiek en handelingsgerichte diagnostiek kunnen beide in het model van de **diagnostische cyclus** (de Bruyn e.a., 2003) worden gesitueerd. In dit model worden klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse op cyclische wijze weergegeven. Classificerende diagnostiek situeert zich in de fase van de probleemanalyse en vereist onderkende diagnostiek, terwijl handelingsgerichte diagnostiek het doorlopen van de hele cyclus, inclusief verklarende en indicerende diagnostiek vereist. Toepassing van de hele diagnostische cyclus vertaalt zich in individueel-descriptieve diagnostiek – inclusief sterktes – naast classificerende diagnostiek in de fase van de probleemanalyse, integratieve beeldvorming in de fase van de verklaringsanalyse, en geïndividualiseerde handelingsadviezen in de fase van de indicatieanalyse. In de classificerende diagnostiek is bijzondere aandacht vereist voor **comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek**, terwijl voor handelingsgerichte diagnostiek bijzondere aandacht voor **adaptief functioneren, participatieproblemen, ondersteunings- en leerbehoeften** nodig is.

De bestaande **richtlijnen** dienen te worden geactualiseerd en te worden aangevuld vanuit een handelingsgericht perspectief. Er moeten intercultureel toepasbare richtlijnen met **wetenschappelijk onderbouwde instrumenten** beschikbaar zijn voor **verschillende leeftijden en functioneringsniveaus**. Diagnostiek bij normaal begaafde volwassenen is niet eenvoudiger of minder tijdrovend dan bij kinderen en mensen met een verstandelijke beperking, of omgekeerd, maar dient een leeftijdsspecifieke invulling te krijgen.

Een op basis van grondige diagnostiek gestelde classificatie hoeft bij indicatiestelling voor ondersteuning of behandeling niet herhaald te worden; **handelingsgerichte diagnostiek** dient wel **periodiek en op indicatie herhaald** te worden om de ontwikkelende mogelijkheden en beperkingen, bijbehorende participatieproblemen, ondersteunings- en leerbehoeften te kunnen actualiseren. Dit vereist lang niet altijd dat er méér zorg nodig is, maar wel de juiste zorg op het juiste moment.

Ondersteuning en behandeling in levenslopperspectief

Uitgangspunten

Omdat het van het grootste belang is dat het volledige tijdsverloop tussen de aanmelding voor diagnose en de aanvang van de behandeling en ondersteuning tot het minimum wordt beperkt, dient er ook op dit vlak **voldoende capaciteit binnen redelijke termijnen** beschikbaar te zijn. Tevens moet dit ondersteunings- en handelingsaanbod **geïntegreerd, kwaliteitsvol en**

betaalbaar zijn. Zoals in de inleiding van deze aanbevelingen reeds aangegeven, zijn er recent verschillende consensusrichtlijnen voor kwaliteitsvolle ondersteuning en behandeling gepubliceerd. De voor België gepubliceerde adviezen richten zich uitsluitend op kinderen en jongeren. Het is van belang dat er **ook voor volwassenen consensusrichtlijnen** komen.

Een integrale aanpak met levensloopbegeleiding

Gezien autisme levenslang aanwezig is en het klinisch beeld voortdurend kan veranderen, is duidelijk dat ondersteuning van mensen met autisme en hun omgeving nooit mag ophouden. Dit betekent overigens niet dat altijd hulp vereist is. Het is van belang dat er voldoende continuïteit is over de tijd en over sectoren heen, dus over de levensloop en in de breedte. Samenwerking, afstemming en coördinatie worden bij voorkeur ondersteund door een **casemanager**. Het is van belang om mensen met autisme zo goed mogelijk door overgangen in het leven heen te helpen om (verergering van) problemen te voorkomen. Deze casemanager dient met de persoon met autisme en zijn gezin gedurende lange tijd een vertrouwensband te onderhouden, in het bijzonder bij levensfaseovergangen en overgangen naar andere hulpverlening. Hij of zij moet waakzaam zijn door welbevinden en kwaliteit van bestaan te monitoren, tijdig adviseren en het netwerk stimuleren tot effectieve samenwerking. De casemanager dient er bijvoorbeeld ook voor te waken dat mensen met autisme (of hun ouders, partners, kinderen, enz.) niet botsen op verschillende referentiekaders en visies van dienstverleners, waardoor effectieve ondersteuning wordt bemoeilijkt en er veel tijd verloren gaat; het complexe samenspel met en tussen dienstverleners dreigt anders nieuwe drempels te veroorzaken. Juist bij vermaatschappelijking van zorg neemt de diversiteit aan achtergronden van de verschillende actoren immers toe.

Deze integrale aanpak dient vorm te krijgen in een **geïndividualiseerd handelingsplan met regelmatige evaluatie**, gebaseerd op handelingsgerichte diagnostiek en in samenspraak met de persoon met autisme en zijn of haar omgeving. In dit handelingsplan worden ondersteuning en behandeling concreet vormgegeven. Ondersteuning betreft het bevorderen, behouden of compenseren van adaptief gedrag, de ondersteuning van de redzaamheid in het dagelijks leven. Behandeling betreft interventies gericht op het bestrijden van (verergering van) symptomen van autisme (bijvoorbeeld sociaal-communicatieve problemen, beperkte flexibiliteit) en het leren omgaan met (de gevolgen van) autisme (bijvoorbeeld stressklachten), bijvoorbeeld via psychotherapie. Aangezien autisme levenslang aanwezig is, kan behandeling niet opgevat worden als het 'genezen' van autisme, bij sommige comorbiditeiten (een angststoornis of depressie bijvoorbeeld) kan dat wel het geval zijn.

In het handelingsplan dient een **tweesporenbeleid** te worden bewandeld. Enerzijds dient er aandacht te zijn voor interventies gericht op de persoon met autisme zelf, anderzijds voor interventies gericht op de omgeving van de persoon met autisme. In navolging van de bestaande richtlijnen, dient men voor de **persoon met autisme** in eerste instantie te kiezen voor ondersteuning geïntegreerd in of gericht op het dagelijks leven. Psychosociale interventies krijgen altijd voorkeur boven farmacologische interventies. Deze hebben immers geen invloed op de kerndomeinen van autisme, slechts op een enkel symptoom en vooral op comorbide problemen en ernstige gedragsproblemen, die ook 'moeilijk verstaanbaar gedrag' of 'uitdagend gedrag' worden genoemd. Wat interventies gericht op de **omgeving** betreft, is bij kinderen en jongeren per definitie aandacht vereist voor het gezin als primaire omgeving. Het creëren van een autismevriendelijke omgeving dient daarbij centraal te staan. Dit betekent dat autismespecifieke gezins- en opvoedingsondersteuning aansluitend op de diverse ondersteuningsvragen van kind en gezin beschikbaar moet zijn, bij voorkeur via begeleiding aan huis. Ook bij volwassenen is ondersteuning en coaching in het dagelijks leven aangewezen, zo

mogelijk/waar nodig in de eigen leefwereld, en met aandacht voor de ondersteuningsnoden van de andere gezinsleden (partner, kinderen).

Secundaire preventie

Primaire preventie in de zin van het voorkomen van autisme is tot op heden niet mogelijk. Secundaire preventie kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Enerzijds richt het zich op het zo vroeg mogelijk opsporen van autisme, om de kans op succesvolle interventies groter te maken. Zie daarvoor de aanbevelingen onder vroegtijdige opsporing. Anderzijds richt secundaire preventie zich op het voorkomen van (verergering van) problemen. Er is in toenemende mate evidentie beschikbaar dat **vroegtijdige interventie** loont. Een vroege aanvangsleeftijd is immers een belangrijke voorspeller van de grootte van het effect van een interventie. Dit leidt op termijn tot een grotere kwaliteit van bestaan bij kinderen met autisme en hun omgeving. Bovendien beperkt het de langetermijnkosten voor de zorgsector en de samenleving. Autismen is een onzichtbare handicap die voor veel misverstanden met de omgeving (familie, vrienden, leerkrachten, collega's en werkgevers, etc.) zorgt. Indien ondersteuning te laat komt of ontoereikend is, brokkelt het sociaal netwerk van mensen met autisme en hun gezin langzaam maar zeker af. Het isolement wordt dan – misschien meer nog dan het autisme zelf – dé handicap.

Het realiseren van een zinvolle dagbesteding is van groot belang voor secundaire preventie in de zin van het voorkomen van (verergering van) participatieproblemen. Daarom moet primair werk worden gemaakt van **aangepast onderwijs en werk**. Aansluitend op de reeds genoemde 'universal design' gedachte, moet voor onderwijs en werk in de eerste plaats worden ingezet op een inclusieve omgeving aansluitend op de talenten en competenties van mensen met autisme, in combinatie met redelijke aanpassingen waar nodig. Het ondersteuningsaanbod voor mensen met autisme wordt best gedifferentieerd bekeken: zo zal interne ondersteuning van een leerkracht of docent afhankelijk van het onderwijsniveau soms efficiënter zijn dan externe ondersteuning, en moeten gemotiveerde afwijkingen van de standaard leertrajecten en attesteringen mogelijk zijn.

Zoals eerder in het kader van het levensloopperspectief al aangegeven, is een **proactief beleid bij transitie momenten** van cruciaal belang. Voor het onderwijs betekent dit in ieder geval een goede voorbereiding van de transities van basisonderwijs naar middelbaar onderwijs en van middelbaar onderwijs naar hoger onderwijs of de arbeidsmarkt. Arbeidstoeleiding dient integraal deel uit te maken van inclusief en buitengewoon onderwijs aan leerlingen met autisme. Het is wenselijk dat jobcoaches hun werkzaamheden beginnen op het moment dat de leerlingen nog op school worden begeleid, om breuken in de ondersteuning te voorkomen. Ook andere belangrijke transities, bijvoorbeeld de overgang van de jeugd-GGZ naar de volwassenen-GGZ, moeten zorgvuldig worden voorbereid.

Een specifiek thema dat in het kader van secundaire preventie aandacht behoeft, is de ondersteuning van mensen met autisme bij **relatievorming, seksualiteit en ouderschap**. De impact van autisme op relatievorming en seksualiteit is onmiskenbaar; mensen met autisme worstelen vaak met het aangaan en onderhouden van relaties en het op een gezonde wijze beleven van hun seksualiteit. Relationele en seksuele vorming dient (nog) meer aandacht te krijgen binnen alle onderwijscurricula, daarnaast is een aan de noden van volwassenen met autisme aangepast educatief en therapeutisch aanbod nodig. Verder is proactieve ondersteuning bij de overgang naar een leven met kinderen gewenst, enerzijds omdat dit voor de ouder(s) met autisme vaak een lastige transitie betekent, anderzijds om de ontwikkeling en het welbevinden van de kinderen op te volgen en indien nodig ondersteuning te bieden.

Interventie bij complexe ondersteuningsnoden

Personen met autisme met complexe ondersteuningsnoden (bijvoorbeeld wegens combinatie van autisme met een verstandelijke beperking, ernstige psychiatrische problemen en/of moeilijk verstaanbaar gedrag) dienen **bijzondere aandacht** te krijgen. Zij krijgen vaak niet de juiste, aangepaste zorg, terwijl het net om zeer kwetsbare mensen gaat. Te vaak wordt er vanuit gegaan dat deze personen zich aan diensten aanpassen, in plaats van omgekeerd, en wordt er geen rekening gehouden met hun specifieke moeilijkheden, in het bijzonder op het vlak van communicatie, wat zich vaak vertaalt in moeilijk verstaanbaar gedrag zoals automutilatie of agressie. Samenwerking tussen voorzieningen voor personen met een handicap en de geestelijke gezondheidszorg is voor deze personen van cruciaal belang. Conform het HGR-advies rond dubbele diagnose is het van belang om (1) de toegang tot de diensten te verbeteren door een netwerk uit te bouwen dat garantie biedt op een volledig zorgcircuit dat inclusief is en de persoon met complexe ondersteuningsnoden centraal stelt, (2) de bestaande richtlijnen voor een goede praktijkvoering na te leven, en (3) gespecialiseerde plaatsen te voorzien voor de meest complexe ondersteuningsnoden, echter zonder het werk van de algemene diensten over te nemen. Dit betekent dat er maximaal moet worden ingezet op outreach door gespecialiseerde diensten, al moet crisisplaatsing zeker mogelijk blijven.

Vorming en opleiding

Om tot een autismevriendelijke samenleving te kunnen komen, zijn vorming en opleiding in diverse sectoren en op diverse niveaus vereist. Het betreft hier zowel **vorming in basiskennis en basisvaardigheden** met betrekking tot autisme, als meer **verdiepende opleidingen** in de aspecten van onderkenning, diagnostiek, ondersteuning en behandeling van mensen met autisme. In het onderwijs dienen bijvoorbeeld alle leerkrachten over basiskennis en basisvaardigheden te beschikken, terwijl ambulante begeleiders die leerkrachten en leerlingen met autisme begeleiden, meer gespecialiseerde deskundigheid nodig hebben. Basiskennis en basisvaardigheden worden best geïntegreerd in de bestaande basisopleidingen, terwijl verdere opleiding en permanente vorming in functie van specifieke noden van professionals kunnen worden georganiseerd. Om gedrags- en attitudeverandering te bereiken, wordt – aansluitend bij de aanbevelingen rond sensibilisering – het aanleren van basiskennis en basisvaardigheden best voorafgegaan door of gecombineerd met **belevings- en/of ontmoetingsactiviteiten**, bijvoorbeeld door mensen met autisme te laten getuigen in de opleiding of hen als (co-)trainer in te schakelen, of door diversiteitsstages (bijvoorbeeld in het kader van buddy- of assistentenprojecten, of als begeleider bij socio-culturele projecten) te includeren in het curriculum. Er is in Vlaanderen een uitgebreid educatief aanbod op het gebied van autisme (bijvoorbeeld website Participate!, video's van Autisme Centraal, een gevarieerd aanbod aan educatieve publicaties (ervaringsverhalen, werkboeken, handboeken, boeken met concrete tips) bij diverse uitgeverijen), al zijn inspanningen en incentives om het aanbod breder toegankelijk te maken zeker nodig. Daarnaast is het nodig om coaching op de werkvloer te voorzien, aangezien informatiebrochures, DVDs en websites en zelfs studiedagen of workshops soms te vrijblijvend en/of onvoldoende effectief zijn. Vorming en opleiding zijn relevant in alle sectoren waarin mensen met autisme zich bevinden, met name in **onderwijs, tewerkstelling, welzijn en gezondheidszorg**.

Op basis van de analyse van de participatieproblemen van mensen met autisme, vraagt de Taskforce Autisme **in het bijzonder aandacht** voor de vorming van professionals in de eerste lijn, de basisgezondheidszorg, de jeugdzorg, de controleartsen, politie en justitie (algemeen, maar familie- en jeugdrechtbanken in het bijzonder). In de volwassenenpsychiatrie, de

verslavingszorg en de forensische psychiatrie is in vergelijking met de jeugdvoorzieningen een inhaalslag vereist.

Kennis- en expertisenetwerk

Eigenlijk beschikken we in Vlaanderen over een rijk palet aan goede praktijken, kennis en expertise op het gebied van autisme, maar die zijn nog onvoldoende bekend en publiek beschikbaar. Te vaak wordt hetzelfde wiel op verschillende plekken uitgevonden. Het is daarom van groot belang om de bestaande **kennis en expertise te bundelen en beter te ontsluiten**. Het betreft hier zeker niet alleen kennis en expertise van professionelen, maar ook de ervaringskennis van mensen met autisme en hun naasten. Het lijkt zinvol om hiertoe incentives te installeren, bijvoorbeeld door kennisdeling als voorwaarde te stellen voor subsidie van nieuwe initiatieven.

Innovatie via wetenschappelijk onderzoek

Naast fundamenteel onderzoek is in functie van verder inzicht in en aanpak van participatieproblemen van mensen met autisme enerzijds **beleidsgericht** en anderzijds **klinisch relevant, toegepast onderzoek** met concrete valorisatiedoelstellingen vereist. Dit onderzoek dient te gebeuren in nauwe samenwerking tussen de onderzoekscentra en het praktijkveld en in dialoog met de mensen met autisme en hun direct betrokkenen. Het model van de academische werkplaatsen autisme in Nederland kan hier als voorbeeld dienen. De **onderzoeksprioriteiten** wordt best in samenspraak met de autismegemeenschap bepaald, maar op basis van bovenstaande aanbevelingen lijkt het in ieder geval wenselijk om volgende thema's op de onderzoeksagenda te plaatsen:

- prevalentie van autisme in functie van beleid;
- evaluatie van beleidsinitiatieven in termen van participatiekansen en kwaliteit van bestaan;
- interventieonderzoek met een dubbele focus: enerzijds ontwikkeling, verfijning en implementatie van evidence-based interventies, anderzijds de huidige practice-based interventies naar een hoger niveau op de effectiviteitsladder tillen;
- vroegtijdige onderkenning en interventie;
- transitiezorg;
- e-Health, online hulpverlening, het inschakelen van digitale technologie (tablets, smartphones, domotica, etc.) in de ondersteuning op diverse participatiedomeinen (wonen, tewerkstelling, verplaatsingen, vrije tijd, ...);
- ondersteuning van personen met complexe ondersteuningsnoden.

VOORWAARDEN OP BELEIDSNIVEAU

Vlaams Actieplan Autisme

De aanbevelingen die in dit rapport worden voorgesteld, moeten vertaald worden naar een Vlaams Actieplan Autisme. Dit actieplan wordt best opgevolgd, geëvalueerd en bijgesteld door een begeleidingscommissie, met vertegenwoordiging van de autismegemeenschap. Bij het uitwerken en opvolgen van het Vlaams Actieplan Autisme is het van belang om aandacht te schenken aan de voorwaarden die op beleidsniveau vereist zijn om de aanbevelingen van de Taskforce Autisme te concretiseren. Bovendien is tijdige, eenduidige communicatie over beleidsinitiatieven naar de doelgroep toe noodzakelijk.

Vereenvoudiging en flexibilisering van regelgeving

De huidige regelgeving, bijvoorbeeld met betrekking tot tegemoetkomingen en ondersteuningsvormen op gebied van tewerkstelling en wonen, is zeer complex en weinig flexibel; soms zijn er oplossingen, maar die zijn onvoldoende gekend. Er gaat zeer veel tijd en energie van mensen met autisme en hun directe omgeving (cf. mantelzorgers) naar het uitzoeken, aanvragen, opvolgen en in beroep gaan om de tegemoetkomingen en ondersteuning te verwerven waarop men recht heeft. Zelfs professionelen worden onzeker omdat er geen globaal overzicht is, regelingen niet op elkaar afgestemd zijn, en accurate informatie (inclusief handvatten voor interpretatie) niet of onvoldoende wordt aangereikt. Enkele voorbeelden:

- De buitenschoolse kinderopvang van de gemeente is akkoord om een kind met autisme en een verstandelijke beperking op te vangen na schooltijd; de school voor buitengewoon onderwijs is akkoord om het kind met de bus naar de opvang te brengen in plaats van naar huis. Ouders botsen op het 'vijf meter probleem': de begeleider van de kinderopvang mag de groep niet verlaten om het kind van de bus te halen; de begeleider van de bus mag de bus niet verlaten om het kind naar binnen te brengen.
- De Federale Overheidsdienst Sociale Zaken werkt tegenwoordig met een puntensysteem afhankelijk van de graad van zelfstandigheid en niet meer met een percentage invaliditeit. Bij afgeleide rechten in andere sectoren (bijvoorbeeld energie: sociale maximumprijs gas en elektriciteit) blijft men echter verwijzen naar de oude percentage-benadering. Als een persoon met autisme contact opneemt om te vragen wat 65% invaliditeit of 66% geestelijke ongeschiktheid betekent in termen van punten, geeft men de garantie dat de persoon in kwestie in aanmerking komt. Een jaar later blijkt dat het recht onterecht werd toegekend. Er wordt een herberekening gedaan en de bijbehorende rekening wordt gepresenteerd.
- De hierboven genoemde punten-inschaling zorgt ook voor veel bezorgdheden en frustraties. Als men geen ervaring heeft met de bijzondere communicatie van mensen met autisme (bijv. "Kun je zelf eten maken?" wordt letterlijk met "ja" beantwoord, maar de persoon in kwestie is in het dagelijks leven afhankelijk van de aansturing van anderen) en men de onzichtbaarheid van autisme niet naar waarde weet te schatten, leidt dat tot forse onderschatting van de participatieproblemen. De inschaling blijkt van controlearts tot controlearts dan ook aanzienlijk te verschillen.
- Een kind met een IQ van 68 wordt toegelaten in een school type 9 (IQ-ondergrens 60), maar niet in het bijbehorende door het VAPH gesubsidieerde multifunctioneel centrum, waar men een IQ-ondergrens van 80 hanteert.
- Soms is men in scholen wel degelijk bereid om redelijke aanpassingen voor leerlingen met autisme te doen, maar weet men onvoldoende wat binnen de bestaande regelgeving

mogelijk is. Met name op het niveau van het secundair onderwijs zijn er (zeker in vergelijking met het hoger onderwijs) nog weinig goede praktijken wat betreft flexibele leertrajecten en deelattestering.

- De huidige arbeidsreglementering is weinig flexibel. Sommige personen met autisme hebben daarom een inkomensvervangende uitkering. Eigenlijk willen ze heel graag (deeltijds) werken, maar de arbeidswetgeving maakt dat momenteel onmogelijk. Bovendien overziet men de vele administratieve regelingen niet om de nodige tegemoetkomingen bij tewerkstelling te verwerven.
- De strikte koppeling van bepaalde vormen van woonondersteuning aan de bekwaamheid tot werken levert ook problemen op. Een volwassene met autisme die zeer intensieve ondersteuning nodig heeft bij het wonen maar die wel in staat is tot arbeid in het normaal economisch circuit, kan niet terecht in een tehuis voor niet-werkenden of moet dan zijn arbeidsdagbesteding opzeggen.

Administratieve vereenvoudiging, flexibilisering van regelgeving en transparante informatieverstrekking met betrekking tot de regelgeving zijn van essentieel belang om de participatieproblemen van mensen met autisme en hun mantelzorgers het hoofd te bieden.

Intersectorale samenwerking rond specifieke thema's

Zowel op het niveau van de praktijk als op het niveau van het beleid is intersectorale samenwerking rond specifieke thema's van belang. Op het niveau van de praktijk valt vooral op dat de verschillende sectoren elkaar niet of onvoldoende kennen, of langs elkaar heen werken. Enkele voorbeelden:

- Een thuisbegeleidster geeft aan: "Als de mama zegt dat ze haar werk zo mist, dan weet ik niet wat ik daarmee moet. Ik durf er niet op in te gaan of zelf naar te vragen, want ik ben bang dat ik een doos van Pandora open trek." Thuisbegeleidster weet o.a. niet dat er loopbaancheques bestaan (recht van elke Vlaming) en dat vragen over combinatie werk met privé ook een loopbaanvraag is waarmee men bij een loopbaancoach terecht kan.
- Een volwassene met autisme en licht verstandelijke beperking dreigt zijn baan te verliezen omdat hij steeds te laat op de beschutte werkplaats komt (een gevolg van zijn gebrekkig tijdsbesef en het niet goed kunnen plannen en volgen van de ochtendactiviteiten en -routines). In de sociale werkplaats weet men niet dat praktische pedagogische thuishulp de volwassene zou kunnen ondersteunen bij de ochtendactiviteiten.

Ook op het niveau van het beleid is intersectorale samenwerking van belang. Er bestaan wel diverse pilootprojecten, maar er is nog te weinig kruisbestuiving, waardoor middelen verloren gaan. Rekening houdend met ieders eigenheid is het belangrijk om gestructureerde samenwerkingen op te zetten rond specifieke thema's, bijvoorbeeld:

- onderwijs op maat voor kinderen met autisme en complexe ondersteuningsnoden;
- jobcoaching en woonbegeleiding startend op de schoolbanken;
- mobiele begeleiding van innovatieve woonprojecten (bijvoorbeeld cohousing);
- samenwerking tussen huishoudhulp en thuisbegeleiding autisme;
- richtlijnen voor classificerende en handelingsgerichte diagnostiek, ondersteuning en behandeling;
- ondersteuning voor zorg-werk-leven-balans bij mantelzorgers van personen met autisme;
- samenwerking tussen opvoedingsondersteuning in de jeugdzorg en thuisbegeleiding autisme.

Vermaatschappelijking van zorg

Vermaatschappelijking van de zorg houdt een verschuiving in binnen de zorg waarbij ernaar wordt gestreefd om mensen met beperkingen met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te geven. Doel is hen hierbij waar nodig te ondersteunen. Dit principe houdt in dat ook personen met autisme zo veel als mogelijk een leven opbouwen middenin onze maatschappij. Daarbij verhuist niet de zorgvrager naar een plek waar zorg wordt verleend, maar gaat de zorgaanbieder zoveel als mogelijk de persoon met autisme opzoeken. Het is in dit kader voor de hand liggend om hulp waar mogelijk te verschuiven naar algemene diensten, dicht bij de mensen zelf. Het is echter van belang om te beseffen dat vraaggestuurde hulp en zelfregie managementvaardigheid vergen van de persoon met autisme en/of de mantelzorger. Cruciaal is dat het recht op zorg te allen tijde gegarandeerd moet zijn, ook wanneer de persoon in kwestie niet mondig is, een sterk informeel netwerk ontbreekt, en/of het netwerk ervoor kiest om de zorg niet op zich te nemen.

In de vermaatschappelijking van zorg liggen zeker belangrijke opportuniteiten, maar tegelijk dient er wel voor worden gewaakt dat dit op een kwaliteitsvolle wijze gebeurt, met **behoud van autismspecifieke expertise**. Belangrijke voorwaarden zijn onder andere dat de algemene diensten kennis en vaardigheden aangereikt krijgen om mensen met autisme op een goede manier te kunnen ondersteunen (zie **vorming en opleiding**), én dat **autismspecifieke expertise** onmiddellijk beschikbaar is als kennis en vaardigheden bij de basis tekort schieten.

Netwerkvorming en zorgcircuits

Aangezien mensen met autisme in alle levensfasen een beroep moeten kunnen doen op hulpverlening, en ze door de eigenheid van autisme extra moeite hebben met een ondoorzichtige opbouw van de hulpverlening, is helder gestructureerde en overall goed toegankelijke hulpverlening vereist, die best **regionaal** (per provincie of een andere entiteit) in **zorgcircuits** wordt georganiseerd. Deze zorgcircuits dienen in te staan voor vroegtijdige opsporing, diagnostiek, ondersteuning en behandeling, wat aansluit bij de huidige ontwikkelingen en aanbevelingen dienaangaande, onder meer de **Consensusnota van de Vlaamse Referentiecentra Autisme en de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen**. Deze consensusnota pleit voor regionale netwerken met andere partners in het veld van de geestelijke gezondheid en handicap, zoals de Centra voor Ambulante Revalidatie, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, ambulante en residentiële voorzieningen (zowel voor kinderen en jeugdigen als voor volwassenen), huisartsen, kinderartsen, Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, Centra voor Leerlingenbegeleiding, voorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, etc. Binnen een zorgcircuit dienen de verschillende niveaus (eerste, tweede, derde lijn) bindende afspraken te maken om functioneel samen te werken, zowel op consultatieve basis als voor doorverwijzingen. Tenslotte heeft elk zorgcircuit afspraken met een universitair centrum, waar derdelijns diagnostiek en behandeling voorzien kan worden, en waar het referentiecentrum autisme de schakel vormt naar het zorgcircuit.

Het is niet mogelijk en niet zinvol om afzonderlijke zorgcircuits voor personen met autisme te ontwikkelen. De generieke zorgcircuits dienen wel **autismspecifieke klemtonen** te krijgen. Ten eerste dienen op elk niveau van het zorgcircuit voldoende en aan het niveau aangepaste **kennis en vaardigheden** aanwezig te zijn. In de eerste lijn betreft dit bijvoorbeeld alertheid voor autisme en vaardigheden met betrekking tot vroegtijdige opsporing. In de derde lijn kan dit hooggespecialiseerde zorg voor specifieke doelgroepen zijn, bijvoorbeeld mensen met autisme met zeer moeilijk verstaanbaar gedrag. Ten tweede moeten er binnen een zorgcircuit naast

algemene voorzieningen ook diensten of eenheden zijn die **meer gespecialiseerde** autismezorg kunnen bieden. Het gaat onder meer om gespecialiseerde thuishulp, het oormerken van Centra voor Ambulante Revalidatie om zeer gespecialiseerde behandelingen te bieden aan kleine doelgroepen, zoals zeer jonge kinderen met autisme, het oormerken van Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg om autismevriendelijke psychotherapie aan te bieden. Ten derde dient het zorgcircuit te voorzien in **levensfase-overschrijdende en zo nodige levenslange ondersteuning en behandeling**, met de mogelijkheid tot hernieuwde handelingsgerichte diagnostiek. Omdat personen met autisme bijzonder kwetsbaar zijn bij levensfaseovergangen moet het zorgcircuit bindende afspraken maken voor samenwerking en verwijzing. Zoals reeds eerder aangegeven, dient een casemanager de samenwerking, afstemming en coördinatie te ondersteunen.

Het is van belang om het al dan niet nemen van initiatieven met betrekking tot autisme niet exclusief bij de netwerken zelf te leggen, want dan bestaat het risico dat regionale verschillen in diagnostische, ondersteunings- en behandelingspraktijken die vandaag de dag al bestaan, verder toenemen. Een **Vlaams Actieplan Autisme** dient sturend te zijn wat betreft de **minimumvoorwaarden** voor de netwerken, die daar desgewenst bijkomende regionale initiatieven aan toe kunnen voegen.

Enkele budgettaire overwegingen

De context van de grote druk op de publieke gelden is een uitdaging voor het verder uitbouwen van adequate zorg voor mensen met autisme. Het is nodig om niet alleen méér te doen, maar ook anders te doen. Aangezien **intersectorale samenwerking** in de praktijk vaak drastisch tekort schiet, is het zinvol om incentives voor samenwerking en afstemming te voorzien, bijvoorbeeld door intersectoraal overleg te financieren (voor zover het niet in het reguliere takenpakket is voorzien). Verder is het bij intersectorale samenwerking en inzet van extra middelen (bijvoorbeeld crisisopname bij complexe ondersteuningsbehoeften) van belang om samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten, zodat vooraf helder is welke langetermijnengagementen met de extra inzet van middelen gepaard gaan. Wanneer intersectorale samenwerking (in plaats van de diverse sectoren apart) wordt gefinancierd, kunnen budgetten op termijn wellicht efficiënter worden ingezet.

Zoals reeds aangegeven, is er in toenemende mate evidentie beschikbaar dat **vroegtijdige interventie en secundaire preventie** lonen. Autisme heeft niet alleen impact op de kwaliteit van bestaan van alle betrokkenen (persoon met autisme, ouders, brussen, partner, etc.), er is ook een hoge financiële kostprijs (ondersteuning en behandeling, productiviteitsverlies, etc.). De **lifetime** kostprijs van een persoon met autisme wordt tussen €1.1 miljoen en €1.8 miljoen per persoon geschat, met de hoogste kostprijs voor personen met autisme en een verstandelijke beperking (Buescher e.a., 2014). Bij vroegtijdige interventie is op lange termijn een reductie van de kostprijs te verwachten. Vermindering van de draaglast en een betere prognose weerspiegelen zich in een kleiner aandeel van personen met autisme die intensieve ondersteuning nodig hebben, wat op termijn financiële middelen en extra capaciteit oplevert en dus de lange wachtlijsten kan beperken. Elk kind met een diagnose op jonge leeftijd zou automatisch recht moeten hebben op een intensieve vroegtijdige interventie. Vermits er in Vlaanderen naar schatting jaarlijks tussen de 400 en de 450 kinderen met autisme worden geboren, is dit geen onoverkomelijke kost en logistiek haalbaar. Volgens dezelfde logica is het van belang het welbevinden en de kwaliteit van bestaan van mensen met autisme goed te bewaken en proactief te investeren in ondersteuning om hogere kosten bij escalatie van problemen op latere leeftijd te vermijden.

Tenslotte is het aangewezen om van overheidswege **kwaliteitscriteria** op te leggen, zeker gezien de huidige ontwikkelingen in de richting van persoonsvolgende financiering. Als de persoon met autisme (of zijn of haar vertegenwoordiger) zorg inkoopt, moet de kwaliteit gegarandeerd zijn.

Er bestaan in Vlaanderen en in het buitenland goede praktijken, die ter inspiratie kunnen dienen. Zo ontwikkelden de Vlaamse Centra voor Ambulante Revalidatie in 2015 bijvoorbeeld een kwaliteitsstandaard voor de zorg voor kinderen en jongeren met autisme; een ander voorbeeld is het instrument voor autismespecifieke kwaliteitsevaluatie (ASKe) (beschikbaar via www.autismevlaanderen.be), dat voorzieningen en scholen toelaat om na te denken over de kwaliteit van hun aanbod voor personen met ASS. Het is van belang om dergelijke kwaliteitscriteria beleidsmatig te verankeren en er consequenties aan te koppelen.

REFERENTIES

American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Asperger, H. (1944). Die 'autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.

Begeer, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F., & Koot, H. M. (2013). Sex differences in the timing of identification among children and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1151-1156.

Bhaumik, S., Tyrer, F., Barrett, M., Tin, N., McGrother, C. W., & Kiani, R. (2010). The relationship between carers' report of autistic traits in clinical diagnoses of autism spectrum disorders in adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 705-712.

Buck, T. R., Viskochil, J., Farley, M., Coon, H., McMahon, W. M., Morgan, J., & Bilder, D. A. (2014). Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3063-3071.

Buescher, A. V. S., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D. S. (2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *Pediatrics*, 168, 721-728.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002)*, 63, 1.

Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). On the stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179-190.

de Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven: Acco.

Dereu, M., Warreyn, P., Raymaekers, R., Meirsschaut, M., Pattyn, G., Schietecatte, I., ... Roeyers, H. (2010). Screening for autism spectrum disorders in Flemish day-care centres with the checklist for early signs of developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1247-1258.

de Schipper, E., Lundquist, A., Coghill, D., de Vries, P.J., Granlund, M., Holtmann, M., ... Bölte, S. (2015). Ability and disability in autism spectrum disorder: A systematic literature review employing the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. *Autism Research*, 8, 782-794.

de Schipper, E., Mahdi, S., de Vries, P., Granlund, M., Holtmann, M., Karande, S., ... Bölte, S. (2016). Functioning and disability in autism spectrum disorder: A worldwide survey of experts. *Autism Research*. doi: 10.1002/aur.1592

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., ... Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5, 160-179.

Veereman, G., Holdt Henningsen, K., Eyssen, M., Benahmed, N., Christiaens, W., Bouchez, M. H., ... Croonenberghs, J. (2014). *Management of autism in children and young people: A good clinical*

- practice guideline. Good Clinical Practice (GCP.)* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 233. D/2014/10.273/87.
- Hoge Gezondheidsraad (2013). *Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 8747. Levenskwaliteit van jonge kinderen met autisme en hun gezin.* Brussel: HGR.
- Hoge Gezondheidsraad (2015). *Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9203. Behoeften betreffende dubbele diagnose (verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid (probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen)) in België.* Brussel: HGR.
- Howlin, P., & Moss, P. (2012). Adults with autism spectrum disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*, 275-283.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*, 217-250.
- Kohane, I. S., McMurry, A., Weber, G., MacFadden, D., Rappaport, L., Kunkel, L., ... Churchill, S. (2012). The co-morbidity burden of children and young adults with autism spectrum disorders. *Plos One, 7*(4): e33224.
- Kulage, K. M., Smaldone, A. M., & Cohn, E. G. (2014). How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*, 1918-1932.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet, 383*, 896-910.
- La Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., Salvini, R., & Placidi, G. F. (2004). Autism and intellectual disability: A study of prevalence on a sample of the Italian population. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*, 262-267.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: A review. *Research in Developmental Disabilities, 28*, 341-352.
- Mulligan, C. K., & Trauner, D. A. (2014). Incidence and behavioral correlates of epileptiform abnormalities in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*, 452-458.
- NICE (2013). *Management of autism in children and young people: NICE guideline.* London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Lundström, S., Reichenberg, A., Anckarsäter, H., Lichtenstein, P., & Gillberg, C. (2015). Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: Prevalence trends over 10 years in general population samples. *British Medical Journal, 350*, h1961.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 921-929.
- Smith, I. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2015). The effects of DSM-5 criteria on number of individuals diagnosed with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*, 2541-2552.
- Thys, M., & Roeyers, H. (2003). *Voorkomen van autismspectrumstoornissen bij personen met een verstandelijke beperking.* Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Vannuchi, G., Masi, G., Toni, C., Dell'Osso, L., Marazziti, D., & Perugi, G. (2014). Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidities of autism spectrum disorders. *CNS Spectrums, 19*, 157-164.

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (s.d.). *Classificerende diagnostische protocollen*. Brussel: VAPH.

Wazana, A., Bresnahan, M., & Kline, J. (2007). The autism epidemic: Fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 721-730.

Williams, K., Woolfenden, S., Roberts, J., Rodger, S., Bartak, L., & Prior, M. (2014). Autism in context 1: Classification, counting and causes. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 335-340.

Yoo, H. J. (2013). Recent Increase in Autism and ADHD: True or Inflated? *Journal of Korean Medical Science*, 28, 974-975.