



Bij de proef bleken mensen met autisme trager te zijn. FOTO GETTY

AI herkent autisme in proef, maar is niet klaar voor het echie

Onderzoek | AI blijkt goed in het diagnosticeren van autisme. Maar om de psycholoog te vervangen is veel meer nodig.

Maurice Timmermans

Meestal duurt het meerdere jaren voordat mensen de diagnose autisme krijgen. Daarbij is er ook nog een grote kans dat ze eerder bij een behandelaar een verkeerde diagnose ontvangen, zoals een depressie of persoonlijkheidsstoornis. Daarom hebben onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam samen met het Nederlands Autism Register (NAR) een nieuwe methode getest om autisme beter te kunnen diagnosticeren. Met een hoofdrol voor AI.

In het onderzoek maakten 250 volwassen proefpersonen, van wie de helft autisme had, acht online testjes. Die maten het werkgeheugen, emotieherkenning, cognitieve flexibiliteit en andere hersenprocessen waar veel mensen met autisme moeite mee hebben. Deze testen leverden 54 uitkomsten op; niet alleen hoe precies de emoties werden herkend bijvoorbeeld, maar ook hoe snel dat gebeurde.

Vervolgens lieten de onderzoekers AI los op de berg data om patronen in kaart te brengen. Hoe goed of slecht de proefpersonen de afzonderlijke taken maakten, blijkt niet doorslaggevend voor de diagnose. Dat komt doordat mensen met autisme onderling te veel van elkaar verschillen. Wat ze wel gemeen hadden, was hun traagheid: ze voerden de taken langzamer uit dan mensen zonder autisme.

“Met deze bevinding blijkt AI voor ruim 90 procent goed te kunnen beoordelen of iemand autistisch is of niet”, zegt onderzoeker Erik van der Burg, tevens cognitief psycholoog, gespecialiseerd in kunstmatige intelligentie. Dat lijkt een verbetering ten opzichte van de hoogstens 75 procent die psychologen bereiken, ervan uitgaande dat zij een kwart missen, zoals uit eerder NAR-onderzoek bleek.

Waarom mensen met autisme trager zijn, blijft onduidelijk. Het wetenschappelijke artikel is inmiddels goedgekeurd voor publicatie in het vakblad *Translational Psychiatry*. De onderzoekers verwachten dat de slimme methode ook kan

helpen om psychiatrische problemen als ADHD en persoonlijkheidsstoornissen beter te herkennen.

Autismedeskundige en onderzoeker Els Blijd-Hoogewys – niet betrokken bij de studie – noemt het onderzoek een ‘waardevolle vinger-oefening’. Met als pluspunt de vele proefpersonen: meestal blijft dat bij andere onderzoeken beperkt tot enkele tientallen. Minpunt is dat het experiment volgens de klinisch psycholoog nog ver afstaat van de praktijk.

“Veel mensen komen niet op de intake met de vraag: heb ik autisme of niet? Het is ingewikkelder. Ze weten niet wat er scheelt, voelen zich somber, wat kan voortvloeien uit autisme. Maar het omgekeerde komt evengoed voor. Mensen lijken kenmerken van autisme te vertonen, maar hebben in werkelijkheid ADHD, sociale angst of borderline. Of een combinatie daarvan. In de klinische praktijk is een juiste diagnose stellen kortom een stuk moeilijker dan in dit experiment voor AI, die alleen hoeft te kiezen tussen wel of geen autisme.”

Bovendien, zegt Blijd-Hoogewys, is de groep proefpersonen in de studie weliswaar omvangrijk maar niet helemaal representatief. Zoals

‘In de klinische praktijk is een juiste diagnose stellen veel moeilijker’

Els Blijd-Hoogewys

de onderzoekers zelf ook vermelden, is het merendeel van de proefpersonen met autisme vrouw en hoogopgeleid.

De onderzoekers erkennen dat meer vervolgonderzoek nodig is. Ook zij beschouwen hun experiment als een eerste stap.

Kan AI de psycholoog vervangen bij het vaststellen van autisme? Nee, zegt Van der Burg. “AI is een hulpmiddel. Het blijft belangrijk dat een psycholoog iemands levensloop en bijkomende problemen meeneemt. Ook moet de verantwoordelijkheid voor een behandeling bij een mens liggen, niet bij een systeem. Hopelijk kan AI wel helpen om mensen met autisme sneller de juiste hulp te bieden.”

‘De samenleving is soms erg makkelijk in mensen de schuld geven’

Welzijn interview | Hoe los je de problemen in de zorg op? Door tijd en geld te steken in mensen die het sociaal zwaar hebben. CZ-bestuurder Joep de Groot wil ‘meer investeren in de voorkant’.

**Ingrid Weel
Tilburg**

Stijgende kosten, te weinig personeel en een vergrijzende bevolking. De gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen. Die zijn volgens Joep de Groot (54), voorzitter van het bestuur van zorgverzekeraar CZ, alleen op te lossen als we op een andere manier naar de zorg gaan kijken. Daarbij zoekt hij de verbinding met gemeenten.

“Het verbaast mij dat er wel al zoveel aandacht is voor leefstijl, maar nog weinig voor het sociale welzijn. Er is financieel veel te winnen als je mensen in de armoede, mensen met schulden en eenzame mensen helpt. Zij maken veel minder gebruik van de gezondheidszorg als je hen helpt bij deze problemen.”

“Er is een veel te strikte scheiding tussen welzijn en zorg. Alsof die twee los van elkaar staan. Terwijl we heel goed uit onderzoek weten dat de impact van armoede, schulden en eenzaamheid op iemands gezondheid enorm is. En toch benaderen we dat volkomen los van elkaar. Dat moeten we meer integreren. Dat is nog echt onderbelicht.”

Mensen met financiële problemen ervaren vaak veel stress. Met allerlei gevolgen, zoals slecht slapen en het maken van ongezonde keuzes wat voedsel en bewegen betreft. Ze hebben kopzorgen en moeten de touwtjes aan elkaar knopen. En omdat mensen de ruimtes in hun huis niet warm kunnen stoken, zie je bijvoorbeeld ook schimmel in huis.

De Groot: “Veel mensen die aankloppen bij de huisarts en bij de ggz hebben sociale problemen. We moeten dat ook aanpakken. Samen.” En daarmee bedoelt de bestuurder zowel zorgverzekeraars als gemeenten. Hij verwijst naar een project van CZ in Den Haag. Daar hielp de zorgverzekeraar tussen 2017 en 2020 in totaal 137 gezinnen om uit de schulden te komen.

“Daar zag je echt iets heel moois. Zo gauw de mensen uit de schulden waren, ervoeren ze een betere ge-

zondheid. Het heeft dus enorme impact. Vooral op het welzijn van deze mensen. Maar er was ook een daling van de kosten, zowel bij de gemeente als bij ons door minder zorggebruik. De investering verdient zichzelf vanzelf terug.”

CZ betaalde de begeleiding, die geregeld werd door de gemeente in samenwerking met het Instituut voor Publieke Waarden. De verzekeraar heeft inmiddels met ruim vijftig gemeenten afspraken gemaakt dat ze samen proactief letten op mensen met problematische schulden. Die kunnen dan tijdig worden doorverwezen naar passende begeleiding. Een oplossing kan een schuldhulptraject zijn.

In Zuid-Limburg gaat CZ met enkele gemeenten nog een stap verder met de zogenoemde pluswijken. Daar zijn welzijnscoaches ingescha-

‘Het verbaast mij dat er nog zo weinig aandacht is voor het sociale welzijn’

CZ-bestuurder Joep de Groot

‘Juist in de langdurige zorg zou meer concurrentie kunnen helpen’

keld voor mensen met stress, eenzaamheid of andere psychosociale problemen. De coaches helpen de mensen onder andere om weer sociaal actief te worden; bijvoorbeeld via vrijwilligerswerk of sport.

In de pluswijken is een kernteam ouderen actief, dat de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen

slimmer organiseert. En er wordt gewerkt met de ‘Doorbraakmethode’, waarbij huishoudens die met veel problemen tegelijk kampen, en weinig zicht hebben op verbetering, weer de regie over hun leven terugkrijgen.

Een voorbeeld hiervan is een thuisloze man met fysieke en mentale problemen, van wie CZ een dure tandartsbehandeling vergoedde. Door zijn gebit te saneren, was de hoop dat zijn zelfbeeld verbeterde en daarmee zijn zelfvertrouwen toenam. Dat lukte. De man durfde de stap naar de arbeidsmarkt te zetten. En vervolgens werden zijn financiële problemen minder.

CZ heeft nu ongeveer 20 miljoen euro geïnvesteerd in projecten die gezondheid in de brede zin stimuleren. In Zuid-Limburg is er 30 miljoen euro vrijgemaakt om de buurtgerichte aanpak te financieren.

De verschuiving van het medische naar het sociale noemt De Groot “een hele gave ontwikkeling”. Van hem mag de aandacht voor sociale omstandigheden – vanuit de zorg, vanuit de overheden – nog vele malen groter worden. “Nu is de zorg erg medisch georiënteerd. Je ziet bij huisartsen wel al oog voor het sociale. Maar zij weten niet altijd naar wie ze patiënten met schulden moeten doorsturen.”

In het denken over armoede komen in de maatschappij nog termen langs als ‘eigen schuld’ en woorden als ‘uitkeringstrekkers’. De Groot: “De samenleving is soms erg gemakkelijk in mensen de schuld geven. Ik zie ook wel eens gevallen waarin ik denk ‘jij kunt ook zelf een stap zetten’. Maar dat betekent niet dat we diegene niet kunnen helpen. En intergenerationele armoede bestaat, dat is wetenschappelijk aangetoond.”

“Mensen die roken, helpen we toch ook met medicijnen of behandelingen. Dan zeggen we toch ook niet: ‘eigen schuld’. Als we dat namelijk doen, zijn er veel aandoeningen die we niet meer gaan oplossen. En dat is toch niet de kant die we als sa-