

BEER

ALS DE ONTWIKKELING NIET VANZELF GAAT

voor organisaties



BEER staat voor: Blended E-health for children at Early Risk. De interventie is bedoeld voor ouders van jonge kinderen (van 12 tot ca. 36 maanden) bij wie de ontwikkeling anders verloopt dan verwacht. Bijvoorbeeld: er zijn zorgen op het gebied van spelen, contact maken, communiceren of het laten zien van flexibel gedrag. De interventie wordt uitgevoerd door daartoe opgeleide BEER-hulpverleners en bestaat uit zeven huisbezoeken en de BEER-app (met informatie, tips en oefeningen) ter ondersteuning. BEER is ontwikkeld als hulp vanuit de eerste lijn, zonder dat er een diagnose is gesteld.

Deze folder is bedoeld als onderbouwing en hulpmiddel bij implementatie in de praktijk.

Achtergrond – Waarom BEER?

Ouders die zorgen hebben over de sociaal-communicatieve ontwikkeling van hun kind hebben een grote behoefte aan adequate, tijdige en laagdrempelige hulp (Snijder e.a., 2022b). Bij kinderen die al in de baby- en peuterfase afwijkend gedrag laten zien, start gerichte interventie vaak pas vele jaren later als de problemen ernstiger zijn geworden. We spreken dan van **behandeldelay**. Er worden bijvoorbeeld alleen extra controleafspraken ingepland om de ontwikkeling van het kind te volgen, maar er wordt nog geen hulp geboden. Ook kan het zijn dat zorg wordt ingezet die zich maar op een deelaspect van de problemen richt (zoals logopedie of fysiotherapie), waardoor deze zorg onvoldoende effectief is bij kinderen met bredere ontwikkelingsproblematiek (Sacrey et al., 2015; VAB, 2015).

Een deel van deze kinderen met sociaal-communicatieve achterstanden die niet vroegtijdig/adequaat geholpen zijn, blijkt op latere leeftijd een autismespectrumstoornis (ASS) te hebben – vaak kortweg aangeduid als 'autisme'. Autisme is een **neurobiologische ontwikkelingsstoornis** die gekenmerkt wordt door problemen in de sociale communicatie en interactie en door beperkte en stereotiepe patronen van gedrag of interesses (American Psychiatric Association, 2014). Autisme komt veel voor: de **prevalentie** is ongeveer 1% (Zeidan et al., 2022).

Het tijdig herkennen van problematiek is echter zeer wenselijk, zodat ouders en hun kinderen kunnen worden ondersteund. Dit kan bijdragen aan verbetering van ouder-kind interactie en het verminderen van stress bij ouders. Vroeginterventie kan een opstapeling van problemen op termijn voorkomen en de kans op een positieve ontwikkeling vergroten (Pickles e.a., 2016; Rogers e.a., 2019; Whitehouse e.a., 2021). Uiteindelijk leidt vroege interventie ook tot lagere kosten, onder andere door beperktere zorgconsumptie over tijd (Penner e.a., 2015; SEC, 2013; heckmanequation.org).



Oorzaken van behandeldelay zijn onder andere: 1) onvoldoende kennis over vroege signalen, 2) onwetendheid over het belang en mogelijkheid van vroege interventie, 3) nog onduidelijke signalen bij het kind waardoor ouders en/of professionals de noodzaak tot interventie nog niet zien, 4) angst voor stigmatisering bij ouders en/of professionals, en 5) onduidelijke en per gemeente verschillende verwijzingsmogelijkheden die maken dat professionals aarzelen over doorverwijzen (Snijder e.a., 2021/2022a).

Om bovenstaande problemen aan te pakken is door experts verbonden aan Stichting Autisme Jonge Kind (Stichting AJK) een laagdrempelige, kortdurende interventie ontwikkeld voor kinderen van ongeveer 12 tot 36 maanden, genaamd '**BEER**' (**Blended E-health intervention for children at Early Risk**). BEER is toegankelijke en laagdrempelige zorg, en kan al bij de eerste zorgen vanuit de eerstelijns (thuis) worden ingezet. BEER wordt uitgevoerd door een daartoe opgeleide BEER-hulpverlener, bij voorkeur onder supervisie door een sGGz-professional.

Theoretische onderbouwing

BEER is gebaseerd op vele jaren klinische ervaring en wetenschappelijk onderzoek naar vroege interventie bij (vermoeden van) autisme (o.a. Oosterling et al. 2010; De Korte et al., 2020/2022; Van den Berk-Smeekens et al., 2021).

BEER is theoretisch onderbouwd en bevat kernelementen van goed onderzochte en evidence-based interventies zoals Floorplay (Solomon et al. 2007) en de zogenaamde 'Naturalistic Developmental Behavioral Interventions' (NDBI's; Bruinsma et al., 2020). Deze interventies maken gebruik van bekende werkzame interactieve technieken die gebaseerd zijn op de ontwikkelingspsychologie alsook principes uit de toegepaste gedragstherapie.

Doelen

De beoogde doelen van BEER zijn:

1. Ouders krijgen meer zicht op de ontwikkeling van hun kind (psycho-educatie)
 - Ouders worden sensitiever in het herkennen van de ontwikkelingsmogelijkheden en -moeilijkheden van hun kind.
2. Stimuleren van de ontwikkeling van het kind en het verbeteren van de ouder-kindinteractie
 - Ouders leren hun kind op een speelse manier ontwikkelingsgericht te ondersteunen en om zich in benadering naar hun kind toe aan te passen aan de behoeften van het kind. Daarmee wordt de kwaliteit van de ouder-kindinteractie bevorderd.
3. Meedenken rondom vervolgbeleid passende zorg (triagering)
 - Gaandeweg kunnen ouders samen met de BEER-hulpverlener afwegen welke (eventuele) vervolgzorg het beste aansluit bij hun wensen, voorkeuren, en mogelijkheden. In sommige gevallen kan door inzet van BEER verwijzing naar de (s)GGZ voorkomen worden.



Wetenschappelijke evidentie

Er zijn moment drie onderzoeken naar de BEER-interventie gedaan:

1. Gerandomiseerde, gecontroleerde effectstudie (RCT) in regio Nijmegen (Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie i.s.m. GGD Gelderland-Zuid en Stichting AJK)

Aan de RCT die in Nijmegen en omstreken is uitgevoerd is een kleine pilotstudie vooraf gegaan ($N=6$; Snijder et al., 2023; Snijder et al., ingediend voor publicatie). De belangrijkste voorlopige bevinding vanuit de pilot en de RCT is dat ouders beter lijken te gaan aansluiten bij de interesses en het tempo van hun kind (één van de kernaspecten waaraan met ouders wordt gewerkt gedurende de BEER-interventie). Hierdoor komt er mogelijk meer ruimte voor positieve interactie tussen ouder en kind. In het algemeen ervaren ouders BEER als zeer helpend in een fase van grote onzekerheid over de ontwikkeling van hun kind (Snijder et al., 2023; Snijder et al., ingediend voor publicatie).

2. Implementatie pilotstudie in regio Den Haag (gemeente Den Haag i.s.m. Hester Kuiper – GZ-psycholoog en BEER-hulpverlener)

Deze onafhankelijke pilotstudie ($N=10$) is opgezet door een actieve professional verbonden aan Stichting AJK met draagvlak vanuit de gemeente Den Haag. Resultaten op basis van vragenlijsten en interviews laten zien dat zowel verwijzende jeugdartsen en -verpleegkundigen als ouders de training als zeer positief ervaren. De laagdrempelige aanpak en directe ondersteuning worden als heel waardevol en helpend ervaren (Kuiper, 2024).

3. Landelijke implementatiestudie naar BEER (project iBE@r uitgevoerd door Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie i.s.m. Stichting AJK en verschillende andere adviserende partijen)

In dit implementatieonderzoek is onderzocht hoe de BEER-interventie (inclusief nieuwe BEER-app, beschikbaar in meerdere talen) nog beter, gemakkelijker en sneller ingezet kan worden door heel Nederland. De doelstelling van dit onderzoek was tweeledig: 1) inzicht verkrijgen in de inhoudelijke waardering, ervaren opbrengsten en implementatievoorwaarden van BEER, en 2) doorontwikkeling van BEER, zodat de interventie nog beter aansluit bij de behoeften en voorkeuren van gebruikers. Het onderzoek toont aan dat BEER een veelbelovende aanpak is, met brede steun van ouders en professionals. Ouders begrijpen hun kind beter en zien positieve veranderingen in de ontwikkeling van het kind en in hun opvoeding (Janssen-de Ruijter, Ticheler, Oosterling et al., in voorbereiding). De interventie wordt – door ouders, hulpverleners en verwijzers – gewaardeerd vanwege de laagdrempeligheid, vroege inzetbaarheid en het concrete, handelingsgerichte karakter. Voor succesvolle en duurzame opschaling is het echter essentieel om te blijven investeren in structurele inbedding, stabiele financiering, deskundigheidsbevordering, ketensamenwerking en inclusieve doorontwikkeling gericht op gezinnen in kwetsbare situaties, parallel aan vervolgonderzoek naar effectiviteit, bereik en kosteneffectiviteit op de langere termijn. Voor meer informatie over het onderzoek zie <https://www.autismejongekind.nl/ibearonderzoek>, of mail naar ibear@karakter.com.



Kosten en opbrengsten

Hoewel onderzoek dit verder zal moeten uitwijzen gaan we er vanuit dat BEER op termijn **kosteneffectief** is, want:

- Door inzet van BEER wordt **voorkomen** dat ouders met hun kind **'van het kastje naar de muur'** worden gestuurd. In plaats daarvan wordt passende zorg op tijd aangeboden en kan de zorg indien nodig opgeschaald worden. Dit bespaart kosten voor inzet van niet passende/helpende zorg.
- Stel dat door inzet van tien BEER-trajecten (waarvoor de kosten relatief laag zijn) **voorkomen** kan worden dat één kind uiteindelijk helemaal vastloopt en zeer intensieve begeleiding/behandeling nodig heeft op latere leeftijd, dan is al veel winst geboekt en kan de inzet van BEER kostenefficiënt zijn.
- Indien doorverwijzing naar bijvoorbeeld (s)GGZ noodzakelijk is, dan is de verwachting dat aldaar het **diagnostiek en behandeltraject verkort** kan worden, aangezien ouders gedurende de BEER-interventie al veel leren. Ook dit brengt kostenbesparing met zich mee.

De geschatte kosten van één BEER-traject vind je in een overzicht dat je kunt downloaden op de website <https://www.autismejongekind.nl/kostenbeertraject>.

Dit overzicht is een inschatting van de te maken kosten per BEER-traject. Uiteraard kunnen tarieven verschillen en is de investering ook afhankelijk van regionale organisatorische structuren. Het overzicht dient dan ook als leidraad – er kunnen geen rechten aan worden ontleend.



Implementatie

BEER wordt momenteel op diverse plekken in het land aangeboden (in tenminste 71 gemeenten). Voor een actueel overzicht, zie: <https://www.autismejongekind.nl/beerhulpverleners>.

Bij implementatie van BEER is het allereerst belangrijk in de gemeente te bepalen **welke organisatie** dit het beste zou kunnen aanbieden en hoe de interventie kan worden **bekostigd**. In sommige gemeenten is het een aanbod vanuit de JGZ (consultatiebureau), in andere gemeenten bijvoorbeeld vanuit Integrale Vroeghulp, wijkteams of andere laagdrempelige vormen van pedagogische hulp. Er zijn ook steeds meer vrijgevestigde psychologen/IMH-specialisten, fysiotherapeuten en logopedisten die opgeleid zijn tot BEER-hulpverlener. Vaak zijn voor deze beroepsgroepen individuele afspraken voor bekostiging nodig met zorgverzekeraars of gemeenten.

Het is zeer van belang dat er **korte lijnen** bestaan tussen verwijzers en BEER-hulpverleners (aan de 'voorkant'). Ook aan de 'achterkant' vraagt BEER om een goede **inbedding** in de lokale zorgstructuur: waar (en door wie) kan naar toe verwezen worden als meer specialistische diagnostiek en/of behandeling noodzakelijk blijkt?

Tenslotte is de vraag relevant wie in een bepaalde regio, vanuit meer specialistische kennis, een rol zou kunnen spelen bij de **supervisie** van BEER-hulpverleners. Daarvoor zou er gekeken kunnen worden vanuit welke organisatie (bijvoorbeeld sGGZ met specialisme op het gebied van het jonge kind) een specialist eens per maand of zes weken met de BEER-hulpverleners uit die regio kan meedenken over bepaalde BEER-casuïstiek. Op die manier leert men *met* en *van* elkaar en worden lokale samenwerkingen versterkt! Ook het opzetten van **regionale intervisiegroepen** kan hieraan bijdragen.

Meer informatie

Voor algemene vragen over BEER en het wetenschappelijk onderzoek ernaar kun je contact opnemen met Stichting AJK via info@beer-online.nl.

Ook kunt u contact opnemen met de BEER-hulpverlener in uw regio.



Referenties

- APA. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Berk van den-Smeekens, I., de Korte, M., van Dongen-Boomsma, M., Oosterling, I. J., den Boer, J. C., Barakova, E. I., Lourens, T., Glennon, J. C., Staal, W. G., & Buitelaar, J. K. (2022). Pivotal Response Treatment with and without robot-assistance for children with autism: a randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 31(12), 1871–1883.
- Bruinsma, Y., Minjarez, M., Schreibman, L., & Stahmer, A. (2020). *Naturalistic Developmental Behavioral Interventions for Autism Spectrum Disorder*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Korte, M.W., Berk-Smeekens I. van den, Dongen-Boomsma M. van, Oosterling, I.J., Boer J.C. den, Barakova E.I., Lourens, T., Buitelaar, J.K., Glennon, J.C., Staal, W.G. (2020). Self-initiations in young children with autism during Pivotal Response Treatment with and without robot assistance. *Autism*, 24(8):2117-2128.
- Korte, M.W.P. de, Dongen-Boomsma, M. van, Oosterling, I.J., Buitelaar, J.K., and Staal, W.G. (2022) Pivotal Response Treatment (PRT) parent group training for young children with autism spectrum disorder: a pilot study. *Scientific reports*, 12(1):7691.
- Kuiper, H. (2024). Concrete ondersteuning bij vermoeden autisme werkt. *Vakblad Vroeg*, 41(4), 4-6.
- Janssen-de Ruijter, E.A.W., Ticheler, I., Oosterling, I.J., ... (in voorbereiding). Acceptability and parental satisfaction with Blended E-health for children at eArlyRisk (BEAR).
- Oosterling, I.J., Visser, J., Swinkels, S.H., Rommelse, N.N.J., Donders, R., Woudenberg, T., Roos, S., Gaag, R.J. van der, & Buitelaar, J.K. (2010). Randomized controlled trial of the Focus Parent Training for toddlers with autism: 1-year outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(12), 1447-1458.
- Penner, M., Rayar, M., Bashir, N., Roberts, S. W., Hancock-Howard, R. L., & Coyte, P. C. (2015). Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario's Autism Intervention Program. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2833–2847.
- Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H., ... & Green, J. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, 388(10059), 2501-2509.
- Rogers, S. J., Estes, A., Vismara, L., Munson, J., Zierhut, C., Greenson, J., . . . Talbott, M. (2019). Enhancing Low-Intensity Coaching in Parent Implemented Early Start Denver Model Intervention for Early Autism: A Randomized Comparison Treatment Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(2), 632-646.
- Sacrey, L. A., Bennett, J. A., & Zwaigenbaum, L. (2015). Early Infant Development and Intervention for Autism Spectrum Disorder. *Journal of child neurology*, 30(14), 1921–1929.
- Synergies Economic Consulting (SEC; 2013). Cost-Benefit Analysis of Providing Early Intervention to Children with Autism: Estimation of the net economic benefit of early intervention for a cohort of children with autism; www.synergies.com.au
- Snijder, M. I., Dietz, C., van Andel, M., Ruiter, E. L., Buitelaar, J. K., & Oosterling, I. J. (2022a). Social Communication Program supported by E-health (SCOPE) for infants and toddlers at elevated likelihood of autism spectrum disorder: study design of a cluster randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 772.
- Snijder, M. I., Dietz, C., Andel van M., Ruiter E., Buitelaar, J., en Oosterling, I.J. (2023). Poster presented at INSAR, Stockholm, Sweden.
- Snijder, M.I., Grieve, C., Pieters, S., Petersen, E. van, Dietz, C., Andel M. van, Ruiter, E., Buitelaar, J.K. en Oosterling, I.J. (ingediend voor publicatie). Short-term outcomes and six-month follow-up of BEAR: A blended, pre-emptive intervention for infants and toddlers at elevated likelihood for autism.
- Snijder, M. I., Kaijadoe, S. P., van 't Hof, M., Ester, W. A., Buitelaar, J. K., & Oosterling, I.J. (2021). Early detection of young children at risk of autism spectrum disorder at well-baby clinics in the Netherlands: Perspectives of preventive care physicians. *Autism*, 25(7), 2012-2024.
- Snijder, M. I., Langerak, I. P., Kaijadoe, S. P., Buruma, M. E., Verschuur, R., Dietz, C., Buitelaar, J. & Oosterling, I. J. (2022b). Parental experiences with early identification and initial care for their child with autism: Tailored improvement strategies. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(8), 3473-3485.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C. & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent-training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation Program. *Autism*, 11(3): 205-224.
- Vanuit Autisme Bekeken (VAB). *Autismediagnostiek: eerder, sneller, beter*. Juni 2015.
- Whitehouse, A. J., Varcin, K. J., Pillar, S., Billingham, W., Alvares, G. A., Barbaro, J., ... & Hudry, K. (2021). Effect of preemptive intervention on developmental outcomes among infants showing early signs of autism: A randomized clinical trial of outcomes to diagnosis. *JAMA pediatrics*, 175(11), e213298-e213298.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 15(5), 778–790.

Website: www.heckmanequation.org

