

Voorkeurshouding bij Zuigelingen

Analyse van de knelpunten voor professionals
bij preventie, vroegsignalering & aanpak van
voorkeurshouding bij zuigelingen.

Nienke de Jong

Eerste begeleider: Dr. M.M. Boere-Boonekamp

Tweede begeleider: Dr. J. van Manen

Mei 2009

Faculteit Management & Bestuur

Bachelor Gezondheidswetenschappen

Universiteit Twente

Analyse van knelpunten voor
professionals bij preventie,
vroegsignalering & aanpak van
voorkeurshouding bij zuigelingen.

Eerste begeleider: Dr. M.M. Boere-Boonekamp
Tweede begeleider: Dr. J. van Manen

Mei 2009
Faculteit Management & Bestuur
Bachelor Gezondheidswetenschappen
Universiteit Twente

Voorkeurshouding bij Zuigelingen

Analyse van de knelpunten voor professionals
bij preventie, vroegsignalering & aanpak van
voorkeurshouding bij zuigelingen.

Bacheloropdracht

Ter verkrijging van het bachelordiploma

door

Nienke de Jong

Geboren op 20 december 1986 te Oldenzaal

Voorwoord

Dit afstudeeronderzoek beschrijft het onderzoek dat ik heb uitgevoerd gedurende de periode februari tot en met mei 2009. In dit onderzoek is in kaart gebracht tegen welke knelpunten zorgverleners in de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding aan lopen. Met dit onderzoek rond ik mijn bacheloropleiding Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente af.

Ik ben een aantal mensen dank verschuldigd voor hun directe of indirecte bijdrage aan dit onderzoek. In de eerste plaats wil ik mijn begeleidster, Magda Boere-Boonekamp van harte bedanken voor de interesse, tijd en moeite die ze in mijn onderzoek heeft geïnvesteerd. Ook wil ik haar bedanken voor de altijd snelle reacties op mijn vragen. Daarnaast wil ik Jeannette van Manen bedanken voor het feit dat zij als meelezer heeft opgetreden in het beoordelingsproces.

Grote dank ook voor mijn ouders en Pelle, die telkens weer bereidwillig en geduldig mijn enthousiaste verhalen aan hoorden. Opa, oma Sjan en oma Willy wil ik bedanken omdat zij altijd geïnteresseerd zijn in wat mij bezig houdt, zo ook bij dit onderzoek. Ten slotte wil ik Jeroen bedanken. Omdat hij een geweldig huisgenootje is en mij altijd weer met beide benen op de grond kan zetten.

Enschede, 20 april 2009
Nienke de Jong

Samenvatting

Aanleiding. In Nederland heeft (in 2001) 12,2% van de kinderen onder de leeftijd van 7 maanden een voorkeurshouding (VKH). De prevalentie van VKH is de laatste 10-15 jaar gestegen. Dit lijkt vooral samen te hangen met de succesvolle activiteiten ter preventie van wiegendood. Het bestaan van een VKH vergroot het risico op het ontstaan van deformatieve plagiocephalie (DP). Om de stijgende prevalentie cijfers tegen te gaan kwam ZonMw in het voorjaar van 2008 met een oproep tot het ontwikkelen van een richtlijn voor plagiocephalie. TNO Kwaliteit van Leven gaat deze opdracht uitvoeren. In dit onderzoek wordt een analyse uitgevoerd van de knelpunten waar professionals in de keten van zorg voor zuigelingen mee te maken krijgen. De daaruit voortvloeiende onderzoeksvragen zullen in de toekomstige richtlijn worden beantwoord.

Doel. Vaststellen van de knelpunten voor professionals bij preventie, vroegsignalering & aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen.

Opzet. Kwalitatief en descriptief.

Methode. Ten eerste werd een literatuur onderzoek uitgevoerd. Vervolgens werd een inhoudsanalyse van 18 bestaande protocollen over dit onderwerp uitgevoerd. Eerst met behulp van het AGREE-instrument en daarna met behulp van een schema dat voor dit onderzoek opgesteld is op basis van het literatuuronderzoek. Ook werd een inhoudsanalyse uitgevoerd van 24 bestaande folders over dit onderwerp. Dit gebeurde met een schema dat voor dit onderzoek opgesteld is op basis van het literatuuronderzoek. Daarna werden 21 interviews gehouden met ouders van zuigelingen. Ten slotte werd een focusgroep onderzoek uitgevoerd met de belangrijkste professionals in de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding: 3 JGZ-artsen, 3 JGZ-verpleegkundigen, 2 kinderrfysiotherapeuten, 1 manueel therapeut, 2 kraamverzorgenden en 2 verloskundigen.

Resultaten en Conclusies. Knelpunten voor professionals zijn: preventie van VKH en DP is soms in strijd met preventie wiegendood, niet alle relevante beroepsgroepen en instellingen zijn bij de preventie betrokken, preventie moet plaatsvinden in een periode (vlak na de geboorte) waarin bij ouders sprake is van informatie overload, folders die aan ouders uitgedeeld worden en eigen protocollen van veel JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD-instellingen zijn van sterk wisselende kwaliteit, er bestaan op dit moment geen duidelijk criteria en procedures voor verwijzing, registratie en follow-up, motivatie van ouders lijkt bij dit hele proces van doorslaggevend belang maar is niet altijd aanwezig. Ook valt op dat de huisarts bij het gehele proces van preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen niet betrokken is. Dit wordt door de verschillende beroepsgroepen niet als knelpunt gezien. De behandeling van een voorkeurshouding bestaat uit houding- en hanteringadviezen en kinderrfysiotherapie (KFT). Ook wordt helmredressietherapie gebruikt, voor de effectiviteit hiervan is echter geen evidentie.

Aanbevelingen. Een landelijke richtlijn 'Preventie, vroegsignalering en aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen' moet worden opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep. In de richtlijn moet preventie een grote rol spelen. Deze moet al voor de geboorte van de zuigeling (bijvoorbeeld door de verloskundige of bij de zwangerschapsgym) beginnen, om de informatie overload voor te zijn. Beroepsgroepen die een plaats moeten krijgen in de richtlijn zijn: zwangerschapsgym docent, verloskundige, kraamverzorgende, JGZ-verpleegkundige, JGZ-arts en (kinder)rfysiotherapeut. Om deze rol te kunnen vervullen moet met name de beroepsgroep van de kraamverzorgenden bijgeschoold worden. Instellingen die betrokken moeten worden zijn in ieder geval gastouderbureaus en kinderdagverblijven. De richtlijn moet ondersteund worden door een standaard folder waarin gebruik wordt gemaakt van illustraties om ouders te motiveren en houding- en hanteringadviezen duidelijker te maken. De folder moet bij voorkeur opgenomen worden in het kraamdossier, zodat ouders het eenvoudig terug kunnen vinden en het kunnen gebruiken als naslagwerk.

In de richtlijn moeten procedures voor signalering, verwijzing, registratie en follow-up worden vastgelegd. Bij de behandeling met KFT moet standaard nagegaan worden of de zuigeling één of meer dagen in de week bij gastouders of kinderdagverblijf verblijft. Deze moeten dan ook betrokken worden bij de behandeling.

Meer onderzoek moet worden verricht naar de effectiviteit en efficiëntie van helmredressietherapie. Daarnaast moet na een vooraf bepaalde periode de effectiviteit van de landelijke richtlijn geëvalueerd worden.

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
Inhoud.....	6
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Vraagstelling.....	9
1.3 Onderzoeksdoel.....	9
1.4 Relevantie	9
1.4.1 Maatschappelijke relevantie.....	9
1.4.2 Wetenschappelijke relevantie	9
2. Onderzoeksmethodiek	10
2.1 Literatuuronderzoek	10
2.2 Inhoudsanalyse bestaande protocollen	10
2.3 Inhoudsanalyse bestaande folders.....	10
Leeswijzer.....	12
3. Theoretisch kader.....	12
3.1 Richtlijnontwikkeling.....	12
3.1.1 Knelpuntenanalyse.....	13
3.2 Richtlijn beoordeling	13
3.3 Uitvoeren van een focusgroep onderzoek	14
3.3.1 Voorbereiding	14
3.3.2 Uitvoering	15
3.3.3 Analyse	15
3.4 Voorkeurshouding	16
3.5 Deformatieve Plagiocephalie	17
3.5.1 Plagiocephalometrie	19
3.6 Huidige situatie.....	20
3.6.1 Keten van zorg voor zuigelingen.....	21
3.6.2 Niet-zorggerelateerde actoren	22
4. Inhoudsanalyse protocollen en folders	23
4.1 protocollen.....	23
4.1.2 Resultaten van de analyse met het AGREE instrument	23
4.1.3 Resultaten van de analyse van protocollen op basis van literatuur	23
4.1.4 Discussie.....	25
4.1.5 Conclusie inhoudsanalyse protocollen	26
4.2 Folders	27
4.2.1 Resultaten analyse folders.....	27
4.2.2 Discussie inhoudsanalyse folders	29
4.2.3 Conclusie inhoudsanalyse folders.....	29
5. Interviews ouders	30
5.1 resultaten interviews ouders.....	30
5.2 Discussie interviews ouders.....	30
5.3 Conclusie interviews ouders.....	30

6. Focusgroep onderzoek	31
6.1 Voorbereiding focusgroep onderzoek	31
6.2 Resultaten focusgroep onderzoek.....	31
6.3 Discussie	34
6.4 Conclusie focusgroep onderzoek.....	35
7. Conclusies	36
7.1 Procedureel.....	36
7.2 Inhoudelijk	37
8. Aanbevelingen	38
8.1 Procedureel.....	38
8.2 Inhoudelijk	39
Literatuur	40
Begrippenlijst	42
Appendix.....	43
A: Aangeschreven organisaties.....	43
B: Causaal veldmodel voorkeurshouding	44
C: AGREE instrument invulformulier.....	45
D: Analyse van protocollen met het AGREE instrument	47
E: Beoordelingscriteria protocollen op basis van literatuur	48
F: Beoordelingsformulier protocollen op basis van literatuur	50
G: Beoordelingscriteria folders op basis van literatuur	52
H: beoordelingsformulier folders op basis van literatuur	54
I: vragenlijst ouders consultatiebureau.....	56
J: Leeftijd jongste kinderen geïnterviewde ouders.....	58
K: Houding waarin geïnterviewde ouders hun baby te slapen leggen.....	58
L: Houding waarin ouders hun zuigeling flesvoeding geven	58
M: Aantal kinderen dat overdag in de box ligt.	59
N: Kennis van ouders over (gevolgen van) voorkeurshouding.....	59
O: Eerste contact potentiële deelnemers focusgroep (verloskundigen)	60
P: Uitnodiging deelnemers focusgroep onderzoek	61
Q: Transcript focusgroep onderzoek 25-02.....	62
R: Tabel focusgroep preventie.....	92
S: Tabel focusgroep signalering.....	93
T: Tabel focusgroep verwijzing	93
U: Tabel focusgroep aanpak	94
V: Tabel focusgroep follow-up	95
W: Focusgroep risicofactoren	95

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de jaren '80 van de vorige eeuw bleek uit onderzoek dat wiegendood samenhang met het op de buik slapen van zuigelingen (De Jonge et al, 1989). Er werd vanuit de Nederlandse JGZ (1987) en de American Academy of Pediatrics (1992) dan ook advies aan ouders gegeven om hun baby in rugligging te slapen te leggen. Dit omdat baby's in de eerste levensmaanden nauwelijks in staat zijn zelf om te draaien (Van Vlimmeren, 2007). Hierdoor is de incidentie van zuigelingen die overlijden aan wiegendood in het eerste levensjaar gedaald van ruim 120 per 100.000 levendgeborenen (in 1986) tot 8 per 100.000 levendgeborenen (in 2007) (Incidentie van wiegendood in Nederland, z.d.). Het advies om baby's op de rug te slapen te leggen is door de NVK¹ vastgelegd in richtlijnen voor gezondheidszorgmedewerkers (Ruys, Engelberts & Van Velzen-Mol, 2007).

Helaas lijken aan deze adviezen ook nadelen te kleven. Ouders lijken de aanbevelingen te ver door te voeren en zuigelingen ook overdag en onder toezicht niet meer op de buik te leggen (Van Vlimmeren, 2007, pp 10). Sinds de jaren '90 is er dan ook een sterke toename van het aantal zuigelingen met een voorkeurshouding (Van Vlimmeren, Helders & Van Der Graaf et al, 2008). Dit kan onder andere leiden tot deformatieve plagiocephalie (afplatting van de schedel). Een voorkeurshouding wordt gedefinieerd als; 'de toestand van de zuigeling waarbij deze in rugligging spontaan het hoofd of naar de rechterzijde of naar de linkerzijde geroteerd houdt, gedurende driekwart van de observatietijd (minimaal 15 minuten), zonder actieve rotatiemogelijkheid van het hoofd over de volledige 180 graden' (Boere-Boonekamp & Linden-Kuiper, 2001). Doordat de schedel van zuigelingen gedurende de eerste levensmaanden nog erg zacht is kan vrij snel een afplatting ontstaan aan de kant waar de zuigeling constant op ligt, vaak middenachter (brachycephalie) of schuinachter (plagiocephalie). Deformatieve plagiocephalie (DP) wordt gedefinieerd als 'asymmetrie van het hoofd en mogelijk het gelaat van de baby, als gevolg van prenatale en/of postnatale krachten op de groeiende schedel' (Van Vlimmeren, Helders, Van Der Graaf et al, 2008).

Meestal wordt een voorkeurshouding vastgesteld door de consultatiebureauarts. Uit de literatuur blijkt dat 12,2% van de kinderen onder de leeftijd van 7 maanden een voorkeurshouding heeft (Boere-Boonekamp & Van Der Linden-Kuiper, 2001). In 1999 werd bijna een derde van de zuigelingen met een voorkeurshouding verwezen voor nader onderzoek en/of behandeling (Boere-Boonekamp, Van Der Linden & Bunge-Van Lent, 1999). Bij het voorkómen en/of behandelen van een voorkeurshouding (en DP) is het van belang begrip en medewerking te hebben van de ouders van de zuigeling. Op de leeftijd van 7 weken blijken namelijk volgens onderzoek van Van Vlimmeren et al (2007) vooral risicofactoren te bestaan waar ouders invloed op kunnen uitoefenen: voorkeurshouding tijdens het slapen (of: het niet verleggen van hoofdje tijdens het slapen door ouders), eenzijdige positionering tijdens verschonen, eenzijdige positionering tijdens flesvoeding, alleen gebruik maken van flesvoeding en weinig op de buik leggen tijdens het spelen. De meest geadviseerde en toegepaste behandeling is kinderrfysiotherapie (KFT). De verwijzing en/of behandeling wordt op dit moment gedaan op basis van lokaal/regionaal geldende protocollen of op basis van het beste inzicht van de arts. Bij verschillende beroepsgroepen in de keten van zorg voor zuigelingen bestaat grote behoefte om te komen tot een gezamenlijke aanpak van het probleem van voorkeurshouding en plagiocephalie (Ketenzorgafspraken: Preventie en vroegsignalering voorkeurshouding Brabant Noord Oost, 2008). Om hier gehoor aan te geven kwam ZonMw² in het voorjaar van 2008 met een oproep tot het ontwikkelen van een richtlijn voor plagiocephalie: preventie, vroegsignalering en aanpak (ZonMw projectenpoort, 2008). TNO Kwaliteit van Leven gaat deze opdracht uitvoeren. Hiervoor is een projectgroep opgericht. Om te kunnen komen tot deze richtlijnen is het eerst van belang een analyse te maken van de knelpunten waar de professionals³ in de keten van zorg voor zuigelingen⁴ mee te maken krijgen. Dat zal in dit onderzoek gebeuren.

¹ Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

² ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie.

³ Professionals in de keten van zorg voor zuigelingen zijn alle gezondheidszorgmedewerkers die zorg aan zuigelingen leveren.

⁴ De keten van zorg voor zuigelingen wordt nader besproken in hoofdstuk 3.3.

1.2 Vraagstelling

Bovenstaande aanleiding en probleemstelling leiden tot de volgende onderzoeksvraag:

“Wat zijn voor professionals in de keten van zorg voor zuigelingen de knelpunten in de preventie, vroegsignalering en aanpak van een voorkeurshouding?”

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van een aantal deelvragen:

- Wat gebeurt er op dit moment in de keten van zorg voor zuigelingen aan primaire en secundaire preventie van een voorkeurshouding?
- Bestaan in de huidige situatie protocollen voor professionals in de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding?
- Waar liggen knelpunten waar professionals in de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding tegenaan lopen?

1.3 Onderzoeksdoel

Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de knelpunten voor professionals in de keten van zorg voor zuigelingen, bij het voorkomen, vroegsignaleren en aanpakken van voorkeurshouding. Dus knelpunten bij zowel de primaire- als de secundaire preventie van voorkeurshouding. Dit zal uiteindelijk moeten bijdragen aan het formuleren van een landelijke richtlijn voor preventie, vroegsignalering en aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen.

1.4 Relevantie

1.4.1 Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie van een onderzoek is 'het nut van de resultaten van het onderzoek voor de opdrachtgever en eventueel voor de maatschappij in zijn algemeenheid' (Geurts, 1999).

Sinds het advies om zuigelingen op de rug te slapen te leggen ter voorkoming van wiegendood is het aantal zuigelingen met een voorkeurshouding toegenomen (Van Vlimmeren, Helders & Van Der Graaf et al, 2008). In de literatuur worden hierover verschillende cijfers genoemd. Volgens het meest recente onderzoek van Van Vlimmeren et al (2008) geldt in Nederland voor zuigelingen in de leeftijd tot 4 maanden een prevalentie van voorkeurshouding van 17% (in 2007). In een ander onderzoek werd 2,3 - 2.9% van de (hele groep) zuigelingen met een voorkeurshouding behandeld door een (kinder)fysiotherapeut. Uitgaande van ongeveer 200.000 levendgeborenen per jaar in Nederland, zijn dit dus 4.600 – 5.800 kinderen. Gemiddeld hadden deze kinderen 8 behandelsessies nodig, de totale kosten van KFT in Nederland door zuigelingen asymmetrie kunnen dan ook geschat worden op 1.2 tot 2 miljoen euro per jaar (Van Vlimmeren, 2007).

Ook kunnen zuigelingen behandeld worden met helmredressietherapie. In 2007 werd deze behandeling in Nederland bij 3.000 zuigelingen toegepast (Van Vlimmeren et al, 2008). De kosten van deze behandeling zijn 1.100 euro per kind (Van Vlimmeren, 2007), de totale kosten van deze therapie in Nederland kunnen dan ook geschat worden op 3.3 miljoen euro.

Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat de mentale en psychomotorische ontwikkeling van zuigelingen met DP nooit 'versneld' is, maar variërend van 'normaal' tot 'ernstig vertraagd'. Een causaal verband is echter nooit aangetoond (Kordestani, Patel, Bard, et al, 2006).

De problematiek van zuigelingen asymmetrie vergt dan ook veel van de gezondheidszorg. Niet alleen in de zin van de hoeveelheid zorg die geleverd moet worden, maar ook in de zin van zorgkosten. Het opstellen van een duidelijke en goede richtlijn zal moeten leiden tot (waar mogelijk) preventie en zo vroeg mogelijke behandeling van voorkeurshouding. Hierdoor zullen dan ook de zorgvraag (nut voor opdrachtgever) en zorgkosten (nut voor de maatschappij) beperkt worden.

1.4.2 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van een onderzoek is 'het nut van de resultaten van het onderzoek voor de wetenschap' (Geurts, 1999). Voor de wetenschap staat het beschrijvende belang voorop. Doel is immers het beschrijven van de knelpunten voor professionals in de keten van zorg voor zuigelingen bij de preventie, vroegsignalering en aanpak van een voorkeurshouding. Er wordt geprobeerd door middel van een focusgroep onderzoek met gezondheidsmedewerkers nieuw inzicht te verkrijgen in de problemen in de keten van zorg voor zuigelingen. Daarnaast is dit onderzoek wetenschappelijk relevant omdat het een bijdrage levert aan evidence-based richtlijnontwikkeling.

2. Onderzoeksmethodiek

Dit onderzoek was tegelijkertijd exploratief en descriptief. Bij exploreren ligt de nadruk op het inventariseren van mogelijke oorzaken van een verschijnsel (voorkeurshouding/plagiocephalie). Wanneer de nadruk ligt op beschrijven, dan wordt een verschijnsel (knelpunten in de zorgverlening) beschreven. In dit onderzoek werd dus een combinatie van deze twee doelen nagestreefd. Eerst werd gekeken welke problemen er (al bekend) zijn voor professionals in de keten van zorg voor zuigelingen, dit werd gedaan met behulp van een literatuurstudie. Vervolgens werd gekeken welke knelpunten de professionals daadwerkelijk in de praktijk ervaren met behulp van een focusgroep.

2.1 Literatuuronderzoek

Ten eerste is een literatuuronderzoek uitgevoerd om antwoord te geven op de eerste deelvraag. Hier werd een theoretisch kader gevormd. Dit was van belang om (meer) inzicht te krijgen in de problematiek en om goed voorbereid te zijn op het vervolg van het onderzoek. Er werd empirisch materiaal verzameld over de onderwerpen: richtlijnontwikkeling, focusgroep onderzoek, keten van zorg voor zuigelingen, voorkeurshouding, Deformatieve Plagiocephalie, en de huidige situatie. Alle gebruikte literatuur moest evidence-based en van wetenschappelijke kwaliteit zijn.

2.2 Inhoudsanalyse bestaande protocollen

Ten tweede werd een inhoudsanalyse van de bestaande protocollen uitgevoerd om antwoord te geven op de tweede deelvraag. 49 JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD-instellingen in Nederland werden via e-mail benaderd. In die e-mail werd gevraagd of de organisatie een protocol had. Als zij er één hadden werd hen verzocht deze op te sturen. De respons was 100%. Veertien organisaties hadden geen protocol en geen folder. Veertien andere organisaties hadden geen protocol maar wel een folder. Vijf organisaties hadden wel een protocol maar geen folder, zestien organisaties hadden beide (appendix A). In totaal werden 21 protocollen gebruikt voor de analyse. De analyse gebeurde aan de hand van 2 methoden. Bijna vanzelfsprekend werd gebruik gemaakt van het AGREE⁵ instrument (hoofdstuk 3.2 en appendix C). Dit is een erkende methode, die eigenlijk niet overgeslagen mag worden (The AGREE Collaboration, 2001). Het AGREE instrument bestaat uit een vragenlijst aan de hand waarvan de kwaliteit van klinische richtlijnen kan worden beoordeeld. Daarnaast werd gebruik gemaakt van een zelf samengesteld schema van kwaliteitseisen voor een richtlijn 'preventie, vroegsignalering & aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen'. Het schema werd opgesteld op basis van het literatuuronderzoek. Aan de hand van dit schema werd naar verschillende aspecten van de bestaande protocollen gekeken. Niet alleen de inhoudelijke kwaliteit van de protocollen werd beoordeeld, maar ook de organisatorische aspecten en het zorgproces op zich. Hierbij werd een indeling gehanteerd die overeenkomt met het logische verloop van de zorg voor de zuigeling: preventie, signalering, verwijzing, aanpak en follow-up. Reden voor deze relatief uitvoerige inhoudsanalyse was dat de bestaande protocollen wellicht kunnen dienen als basis voor de nieuw te ontwikkelen richtlijn, of als voorbeeld van hoe het juist niet moet.

Aan de hand van het literatuuronderzoek en de inhoudsanalyse van bestaande protocollen werd geprobeerd te achterhalen waar een protocol 'preventie, vroegsignalering en aanpak van voorkeurshouding' aan moet voldoen. Daarnaast werd aan de hand van deze twee delen van het onderzoek een 'rode draad' geformuleerd voor het focusgroep onderzoek. Dit houdt in dat bepaalde onderdelen worden vastgelegd die in ieder geval aan bod moeten komen in de focusgroep.

2.3 Inhoudsanalyse bestaande folders

Uit het literatuuronderzoek bleek dat de motivatie van de ouders van de zuigelingen van doorslaggevend belang is voor succesvolle preventie en behandeling van voorkeurshouding. Daarom is ervoor gekozen ook een inhoudsanalyse van bestaande folders te doen. Deze folders zijn immers de basis van de communicatie naar de ouders. Voor deze inhoudsanalyse werden in totaal 30 folders gebruikt. Deze zijn afkomstig van JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD instellingen uit het hele land. De analyse aan de hand van het schema gebeurde aan de hand van een aantal criteria, ingedeeld in categorieën (appendix G). Deze criteria waren vrij gebaseerd op de aandachtspunten die volgens Boere-Boonekamp et al (2005) in voorlichtingsfolders werden gebruikt. De resultaten van deze analyse werden gebruikt als voorbereiding op de interviews met ouders.

⁵ AGREE: Appraisal of Guidelines Research & Evaluation

2.4 Interviews met ouders

In samenwerking met Bregje van Sleuwen van TNO Kwaliteit van Leven werden ouders van zuigelingen geïnterviewd. Om zoveel mogelijk ouders van jonge zuigelingen bij elkaar te treffen vonden deze interviews plaats bij een consultatiebureau in Schiedam. In Schiedam was het mogelijk ouders van verschillende nationaliteiten te spreken. Dit is van belang om ook de factor etniciteit mee te nemen in het onderzoek. In totaal werden eenentwintig ouders geïnterviewd van dertien verschillende nationaliteiten. Het vragenformulier is te vinden in appendix I. De jongste kinderen van deze ouders waren gemiddeld 9,5 maanden oud, variërend in de leeftijd van 3 weken tot 1,5 jaar (appendix J). Deze interviews waren vooral bedoeld om een beeld te krijgen van wat ouders weten (of juist niet weten) over een voorkeurshouding bij zuigelingen. Dit droeg bij aan een optimale voorbereiding van het focusgroep onderzoek.

2.5 Focusgroep onderzoek

Ten slotte werd een focusgroep onderzoek uitgevoerd om antwoord te geven op de derde deelvraag. Een focusgroep onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode. Een dergelijk onderzoek houdt in dat groepen van 6-12 mensen bijeen worden gebracht, om samen deel te nemen aan een geleide discussie over een bepaald onderwerp (Babbie, 2004). Bij dit deel van het onderzoek werden verschillende actoren in de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding betrokken: 3 JGZ-artsen, 3 JGZ-verpleegkundigen, 2 kraamverzorgenden, 2 verloskundigen, en 3 kinderfysiotherapeuten. Deze actoren zijn het meest direct betrokken bij de preventie, signalering en aanpak van een voorkeurshouding bij zuigelingen.

Om de deelnemers uit te nodigen werd bij dit onderzoek deels gebruik gemaakt van bestaande relaties. Daarnaast werden verschillende instanties benaderd waar ook mogelijke deelnemers te vinden zijn. Om de potentiële deelnemers uit te nodigen voor het focusgroep onderzoek werd gebruik gemaakt van een e-mail die te vinden is in Appendix O (gericht op verloskundigen). De deelnemers moesten in verschillende soorten wijken werken (van 'achterstandswijken' tot nieuwbouwwijken). Hierdoor werd voorkomen dat knelpunten die alleen voor minder goed opgeleide ouders gelden over het hoofd werden gezien. Toen deelnemers gevonden waren is een tweede e-mail gestuurd met verdere informatie (Appendix P). Voor aanvang van de focusgroep werd alle deelnemers gevraagd een kort vragenlijstje in te vullen over hun werkgebied en het aantal jaren ervaring dat zij hebben. De resultaten worden kort weergegeven in appendix Q. Om deelnemers te bedanken voor het opofferen van hun vrije avonden werden incentives geregeld in de vorm van vvv-bonnen.

Een focusgroep onderzoek kent verschillende voor- en nadelen. Deze worden kort weergegeven in tabel 1. In dit onderzoek is voor deze onderzoeksmethode gekozen omdat via een discussie tussen verschillende groepen betrokkenen vaak veel en verrassende knelpunten naar voren komen. Omdat dit de basis is van dit onderzoek, wegen in dit geval de voordelen op tegen de nadelen.

Tabel 1: voor- en nadelen van focusgroep onderzoek (Babbie, 2004)

Voordelen focusgroep onderzoek	Nadelen focusgroep onderzoek
Flexibel	Moeilijk controle te houden over de discussie
Hoge face validiteit	Date analyse is lastig
Lage kosten	Iedereen moet bij gesprek betrokken zijn
Snel resultaat	Er kunnen verschillen tussen groepen bestaan
Verschillende invalshoeken bijeen gebracht	Het is lastig groepen samen te stellen
	Moet plaatsvinden in stimulerende omgeving

In dit onderzoek werd het gehele focusgroep onderzoek opgenomen op band. Vervolgens werd het gehele gesprek uitgetypt. Op basis van dit transcript (appendix R) werd vervolgens de analyse uitgevoerd. De analyse werd gedaan door middel van schema's waarin werd aangegeven wie wat zei. Daarnaast werd aangegeven of het gezegde nieuwe gegevens oplevert, bestaande onderzoeksresultaten ontkent, bestaande onderzoeksresultaten bevestigt, bestaande vermoedens ontkent of bestaande vermoedens bevestigt (vrij naar: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). Deze schema's zijn te vinden in appendix S t/m X.

Aan de hand van de resultaten van het focusgroep onderzoek werden conclusies getrokken over de knelpunten waar professionals in de keten van zorg voor zuigelingen mee te maken krijgen in de preventie, vroegsignalering en aanpak van een voorkeurshouding. Deze knelpunten kunnen door TNO gebruikt worden bij de formulering van uitgangsvragen voor een literatuurstudie. Deze literatuurstudie kan evidence-based of practice-based worden uitgevoerd.

Leeswijzer

Nadat de aanleiding van het probleem, de probleemstelling, de onderzoeksvragen en de methode van dit onderzoek zijn beschreven wordt verder gegaan met het uitwerken van het theoretische kader in hoofdstuk 3. Hier wordt eerst de theorie uiteengezet om die vervolgens toe te passen op de analyse van de knelpunten waar professionals in de keten van zorg voor zuigelingen tegenaan lopen bij de preventie, vroegsignalering en aanpak van voorkeurshouding.

Daarna houdt hoofdstuk 4 een systematische analyse van bestaande protocollen en folders in. Hier wordt ingegaan op de inhoud van bestaande protocollen en folders. In hoofdstuk 5 wordt een korte beschrijving gegeven van de resultaten van de interviews met ouders. De analyse van deze gegevens is beknopt gehouden omdat deze vooral dient ter voorbereiding van het focusgroep onderzoek dat in hoofdstuk 6 wordt beschreven.

In hoofdstuk 7 worden conclusies getrokken over de huidige situatie. Waarna tot slot in hoofdstuk 8 op basis van die conclusies aanbevelingen gedaan worden over knelpunten waar rekening mee gehouden moet worden in de ontwikkeling van een landelijke richtlijn.

3. Theoretisch kader

Het theoretisch kader wordt opgesteld aan de hand van een literatuuronderzoek. Deze wordt hieronder weergegeven. De belangrijkste onderwerpen voor de knelpuntenanalyse voor het ontwikkelen van de richtlijn 'preventie, vroegsignalering & aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen' komen hierbij aan bod. Ten eerste wordt kort ingegaan op wat richtlijnontwikkeling inhoudt (3.1), met in het bijzonder de knelpuntenanalyse (hoofdstuk 3.1.1) en wordt richtlijnbeoordeling uitgelegd (hoofdstuk 3.2). Vervolgens wordt de theorie achter het uitvoeren van een focusgroep onderzoek beschreven (hoofdstuk 3.3). Daarna worden voorkeurshouding (hoofdstuk 3.4), Deformatieve Plagiocephalie (hoofdstuk 3.5) en plagiocephalometrie (hoofdstuk 3.5.1) uitgelegd. Ten slotte wordt naar de huidige situatie gekeken (hoofdstuk 3.6) waarbij de keten van zorg voor zuigelingen nader wordt beschouwd (hoofdstuk 3.6.1). Ten slotte wordt uit de gehele literatuurstudie een conclusie getrokken (hoofdstuk 3.7).

3.1 Richtlijnontwikkeling

Een richtlijn wordt ontwikkeld om de besluitvorming van professionals in de zorg te ondersteunen. Richtlijnen zijn dan ook bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door het vastleggen van bepaalde standaarden voor effectief en efficiënt handelen wordt de variatie in werkwijze tussen zorgverleners minder en wordt op een wetenschappelijke manier vastgelegd wat de juiste handelwijze is.

Evidence-based richtlijnen komen tot stand aan de hand van systematisch gebruik van wetenschappelijke literatuur. Bovendien wordt bij deze richtlijnen altijd duidelijk gerapporteerd hoe zij tot stand zijn gekomen, zodat ook externe partijen de kwaliteit van de richtlijnen kunnen beoordelen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005).

Ook de richtlijn 'preventie, vroegsignalering & aanpak van een voorkeurshouding bij zuigelingen' wordt evidence-based ontwikkeld. De richtlijn wordt opgesteld door een werkgroep wordt ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO⁶. Vanuit het CBO is een handleiding beschikbaar voor EBRO⁷. Hierin wordt op praktische wijze het gehele traject van richtlijnontwikkeling stap voor stap doorlopen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005). Eerste stap in de richtlijnontwikkeling is volgens de EBRO het samenstellen van een werkgroep. Hierbij is het vooral van belang dat de werkgroep bestaat uit leden met verschillende expertise en uit verschillende regio's, om te zorgen dat de richtlijn een breed draagvlak heeft. De tweede stap is het uitvoeren van een knelpuntenanalyse en het opstellen van uitgangsvragen, hier wordt in hoofdstuk 3.1.1 dieper op in gegaan. Derde stap volgens de EBRO handleiding is een literatuuronderzoek om antwoorden te verzamelen op de uitgangsvragen. In dit onderzoek zal het literatuuronderzoek vóór de knelpuntenanalyse worden uitgevoerd omdat eerst een basis kennis noodzakelijk is om het focusgroep onderzoek te kunnen leiden. Als dit gebeurd is kan volgens de EBRO handleiding begonnen worden met het schrijven van de richtlijn. Dit moet idealiter gebeuren aan de hand van een standaard format. Zodat de richtlijnen die door verschillende instellingen worden

⁶ Het CBO begeleidt en ondersteunt professionals en zorginstellingen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

⁷ Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling

geschreven toch dezelfde opbouw kennen. Een volgende, belangrijke stap is het houden van een 'commentaaronde'. Hier wordt door toekomstig gebruikers van de richtlijn feedback gegeven op de inhoud en bruikbaarheid van de richtlijn. Ten slotte kan de richtlijn geïmplementeerd worden. Volgens ZonMw is dit "een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatige) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg" (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005).

Voor dit onderzoek is vooral het deel over de knelpuntenanalyse van belang. Dit wordt hieronder behandeld.

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Een knelpuntenanalyse vindt plaats in één van de eerste stadia van richtlijnontwikkeling, na het formuleren van een onderwerp ('preventie, vroegsignalering & aanpak van een voorkeurshouding bij zuigelingen'). Een knelpuntenanalyse is een systematische methode om een overzicht te krijgen van knelpunten uit de praktijk. Doel van een dergelijke analyse is te zorgen dat de nieuw opgestelde richtlijn zo goed mogelijk aansluit bij de dagelijkse praktijk waarbinnen deze moet werken. De knelpunten waar professionals in de keten van zorg voor zuigelingen tegenaan kunnen lopen, kunnen zowel medisch-inhoudelijk als organisatorisch van aard zijn. Er bestaan verschillende mogelijkheden voor het uitvoeren van een knelpuntenanalyse. Een aantal daarvan wordt ook in dit onderzoek gebruikt: een literatuuronderzoek (hoofdstuk 3) en een focusgroep onderzoek (hoofdstuk 6) met professionals uit de zorg (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005).

Het resultaat van een knelpuntenanalyse is eigenlijk het doel van de richtlijn: een reeks knelpunten die door de richtlijn opgelost moeten worden. Wanneer veel en heterogene knelpunten worden gevonden, zal prioritering plaats moeten vinden. Hierbij worden bijvoorbeeld de knelpunten geselecteerd die het best door een richtlijn opgelost kunnen worden, of die de grootste gezondheidswinst op kunnen leveren. Het is hoe dan ook van belang alle gevonden knelpunten (en de gekozen prioritering) te rapporteren, zo kan in een later stadium feedback worden gegeven over de werking van de uiteindelijke richtlijn (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005).

3.2 Richtlijn beoordeling

Het beoordelen van een richtlijn kan systematisch worden uitgevoerd aan de hand van het AGREE instrument. Dit instrument is tot stand gekomen door een internationale samenwerking tussen onderzoekers uit 13 verschillende landen, er kan dan ook gezegd worden dat het een breed draagvlak heeft. Doel van het AGREE instrument is het bieden van een raamwerk voor het beoordelen van de methodologische kwaliteit van klinische richtlijnen. Dit raamwerk is voornamelijk tot stand gekomen door discussies tussen onderzoekers (dus niet op basis van wetenschappelijke literatuur, maar op basis van de praktijk). Het instrument is ontwikkeld voor het beoordelen van regionale-, nationale-, internationale-, bestaande en nieuwe richtlijnen, in dit onderzoek wordt het dus gebruikt voor het beoordelen van bestaande regionale richtlijnen (The AGREE Collaboration, 2001).

Aan deze methode kleven echter ook nadelen. Zo bestaat het AGREE instrument uit een vaste vragenlijst. Hierdoor blijven een aantal aspecten van de richtlijn onderbelicht, voornamelijk over de specifieke eigenschappen van (de aandoening die onderwerp is van) de richtlijn. Daarnaast gaat deze methode uit van een zeer uitgebreide richtlijn, terwijl de protocollen in de praktijk soms uit slechts enkele a4'tjes bestaan. Als deze protocollen alleen aan de hand van het AGREE instrument zouden worden beoordeeld, zou daar (voor dit onderzoek) niet veel informatie uit kunnen worden gehaald.

Om bovenstaande redenen wordt in dit onderzoek nog een aanvullend inhoudelijk beoordelingsschema opgesteld en gebruikt. Daarin moeten criteria worden opgenomen die specifiek voor deze protocollen (dus voor de preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen) van toepassing zijn (Appendix B).

3.3 Uitvoeren van een focusgroep onderzoek

Een focusgroep is (zoals gezegd) een kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze methode is ontstaan in de sociologie, maar wordt tegenwoordig vooral gebruikt in de marketing. Volgens Morgan (1988, pp 12) is het doel van focusgroep onderzoek “het expliciet gebruiken van groepsinteractie om data en inzichten te verkrijgen die zonder die groepsinteractie moeilijker te vinden zouden zijn”.

Er wordt hiervoor een groep mensen bijeen gebracht om deel te nemen aan een geleide discussie over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijzen over een vooraf vastgesteld onderwerp (Babbie, 2004).

Het CBO heeft een handleiding opgesteld voor het voorbereiden en uitvoeren van een focusgroep onderzoek. Belangrijk voor een goed resultaat is volgens het CBO dat de discussie op een prettige manier verloopt, zodat alle deelnemers zich vrij voelen zich te uiten. Het is niet alleen de bedoeling dat deelnemers zeggen of ze al dan niet tevreden zijn over de huidige werkwijze (of bestaande protocollen), maar ook dat ze actief meedenken over mogelijke verbeteringen. De resultaten van een focusgroep onderzoek vormen de basis voor het vaststellen en implementeren van verbeteringen. Het is dan ook een zeer geschikte onderzoeksvorm voor het evalueren van bestaand beleid en beleidsontwikkeling, waar ook bij dit onderzoek sprake van is (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). Er zijn een aantal stappen die volgens het CBO (2004) doorlopen moeten worden bij (het organiseren van) een focusgroep onderzoek. Deze zullen hieronder kort worden beschreven.

3.3.1 Voorbereiding

Ten eerst moet het onderwerp van het onderzoek worden vastgesteld. Op basis van dit onderwerp wordt dan bepaald wie gevraagd worden deel te nemen aan de focusgroep. De ideale grootte van een focusgroep is tussen de 6 en 12 mensen. Wanneer de groep kleiner is wordt het lastiger een discussie op gang te krijgen. Wanneer de groep groter is wordt het lastiger iedereen aan het woord te laten (Morgan, 1988, pp 43-44).

Praktische zaken die geregeld moeten worden variëren van het uitnodigen (en vinden) van deelnemers tot het regelen van een locatie voor de focusgroep. Hierbij kan het helpen incentives te hebben om mensen te motiveren tot deelname. Voor de locatie van de focusgroep is het vooral van belang dat de omgeving stimulerend moet zijn.

Het is van groot belang een degelijke planning te maken omdat gewerkt wordt met relatief veel mensen die allemaal op één tijdstip en op één locatie samen moeten komen. Om dit mogelijk te maken moeten deelnemers ruim van tevoren worden uitgenodigd en is een minimale voorbereidingstijd van twee weken nodig (Morgan, 1988, pp 41).

Vervolgens moet een ‘richtsnoer’ worden ontwikkeld. Dit richtsnoer wordt ontwikkeld door eerst een aantal vragen te bedenken waar tijdens het focusgroep onderzoek een antwoord op gevonden moet worden. Deze worden vervolgens verdeeld in gespreksonderwerpen. Door middel van deze methode wordt voorkomen dat de groepsinteractie naar de achtergrond verdwijnt en er een soort groot interview ontstaat doordat deelnemers vooral bezig zijn vragen van de gespreksleider te beantwoorden (Morgan, 1988, pp 56).

3.3.2 Uitvoering

Het begeleiden van een focusgroep onderzoek is niet eenvoudig. Het is belangrijk dat de gespreksleider weet hoe hij/zij een groepsdiscussie in de hand kan houden. Daarnaast moet de gespreksleider kennis van het onderwerp hebben, om goed te kunnen anticiperen in de discussie. Het is tijdens een focusgroep onderzoek noodzakelijk met minstens twee personen te zijn: een gespreksleider en iemand die let op lichaamstaal van de groepsleden en aantekeningen maakt op welke punten de gespreksleider kan doorvragen.

Bij binnenkomst kan door de gespreksleider en de assistent een praatje worden gemaakt met de deelnemers. Op deze manier kan een inschatting gemaakt worden van de mondigheid van de deelnemers. De mondige deelnemers kunnen het best naast de gespreksleiding worden geplaatst, de minder mondige deelnemers kunnen het best tegenover de gespreksleiding worden geplaatst (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

Tijdens het focusgroep onderzoek is het ook van belang de groepsprocessen in de gaten te houden. Omdat de groep alleen voor deze gelegenheid is samengesteld, gaat de groep als geheel op zoek naar gezamenlijke normen (normalisatie). Deze norm is niet altijd gelijk aan het gemiddelde van de individuele oordelen vooraf (Pruyn & Wilke, 2001). Wanneer aanvankelijk de individuele oordelen al naar een bepaalde richting neigen, zal het groepsoordeel (de groepsnorm) nog extremer naar die richting afbuigen (Teger en Pruitt, 1967). Hier zal bij een focusgroep onderzoek ook rekening mee gehouden moeten worden. Het kan dan ook raadzaam zijn bij het begin van de discussie iedereen een 'opening statement' te laten maken. Door mensen hun standpunt over een onderwerp te laten geven, nog voordat zij beïnvloed kunnen zijn door groepsprocessen, kan groepsdenken voorkomen of verminderd worden (Morgan, 1988, pp 58).

Er zijn twee technieken die handig zijn voor het verkrijgen van informatie tijdens de discussie.

- Vijf seconde pauze: Wanneer één van de deelnemers iets zegt, kan het handig zijn gedurende vijf seconden niets te zeggen. Dit nodigt andere deelnemers uit op de opmerking te reageren.
- Verdieping: Door iemand te vragen iets meer te vertellen over een zojuist gemaakte opmerking kan nuttige informatie verkregen worden (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

3.3.3 Analyse

Voor het analyseren van gegevens van een focusgroep onderzoek zijn verschillende methoden mogelijk:

- Het hele gesprek wordt opgenomen en na afloop wordt het transcript volledig uitgeschreven.
- Het hele gesprek wordt opgenomen maar alleen de uitspraken die direct over het onderzoeksonderwerp gaan worden uitgeschreven.
- Het hele gesprek wordt opgenomen, de analyse gebeurt slechts op basis van aantekeningen die tijdens het gesprek zijn gemaakt, de band is slechts geheugensteun.
- De analyse wordt gebaseerd op geheugen, de gespreksleider presenteert direct na het gesprek een samenvatting van de bevindingen aan de deelnemers.

De eerste methode is de meest nauwkeurige, maar ook het meest tijdrovend. De derde optie wordt in de praktijk het meest gebruikt. Na het uitwerken van het gesprek beschikt de onderzoeker over heel veel, ongeordende informatie. Om hier verandering in te brengen kan gebruik gemaakt worden van de ontwikkelmethode, deze bestaat uit vier stappen:

Selecteren

Niet alle verkregen informatie is bruikbaar of noodzakelijk voor het onderzoek. Vooral de antwoorden op de sleutelvragen zijn een nuttige bron van informatie.

Rubriceren

Bij deze stap worden (op basis van het onderzoeksonderwerp) een aantal rubrieken geformuleerd. De geselecteerde informatie wordt (wanneer mogelijk) in deze rubrieken ingedeeld.

Rangschikken

Hier worden de rubrieken in een logische volgorde geplaatst. Mogelijk worden tijdens deze stap nog rubrieken toegevoegd of samengevoegd. Wanneer de rubrieken in logische volgorde zijn geplaatst wordt ook de informatie binnen die rubrieken in logische volgorde geplaatst.

Controleren

Tijdens deze stap wordt nog eens kritisch gekeken naar de gekozen volgorde. Dit is van belang omdat met de volgorde van de gegevens de opbouw van het onderzoek wordt bepaald (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

3.4 Voorkeurshouding

Een voorkeurshouding wordt gedefinieerd als 'de toestand van de zuigeling waarbij deze in rugligging spontaan het hoofd of naar de rechterzijde of naar de linkerzijde geroteerd houdt gedurende driekwart van de observatietijd (minimaal 15 minuten), zonder actieve rotatiemogelijkheid van het hoofd over de volledige 180 graden' (Boere-Boonekamp & Linden-Kuiper, 2001). Dit houdt in dat de zuigelingen in rugligging bijna constant met het hoofd dezelfde kant op gedraaid liggen. Hierdoor kan het uiteindelijk zo zijn dat een actieve en passieve bewegingsbeperking ontstaat. Een actieve bewegingsbeperking houdt in dat de zuigeling niet in staat is uit zichzelf het hoofd naar de niet-voorkeurskant te bewegen. Deze bewegingsmogelijkheid wordt gemeten in Range of Motion. Een passieve bewegingsbeperking houdt in dat het hoofd van de zuigeling niet (met hulp) naar de niet-voorkeurskant bewogen kan worden. Deze bewegingsmogelijkheid wordt gemeten in Passive range of Motion (POM).

De prevalentie in Nederland van een voorkeurshouding bij zuigelingen neemt de laatste jaren sterk toe, van 8,2% in 1997 tot 12,2% in 2004 (Boere-Boonekamp et al, 2005).

De prevalentie onder de leeftijd van 4 maanden is 17% (in 2007). Onder de leeftijd van 7 maanden is dit 12,2%, wat erop duidt dat het natuurlijke verloop van een voorkeurshouding gunstig is, hier zijn echter geen onderzoeksgegevens over bekend (Van Vlimmeren, Helders, Van Der Graaf et al, 2008). Er zijn verschillende risicofactoren bekend voor het ontstaan van een voorkeurshouding. Er zijn factoren die tijdens de zwangerschap/bevalling optreden, waar dus weinig aan te doen is: geboorteterangnummer van het kind (eerste kind groter risico), zwangerschapsduur (te vroeg geborene groter risico) en ligging bij de bevalling (stuitligging groter risico).

Maar ook na de geboorte zijn verschillende risicofactoren van invloed op het al dan niet ontstaan van een voorkeurshouding. Wanneer een zuigeling constant in rugligging ligt en wanneer de ouders een voorkeurshouding hebben bij het voeden (vooral bij flesvoeding) is het risico groter (Boere-Boonekamp, Van Der Linden-Kuiper & Van Es, 1997).

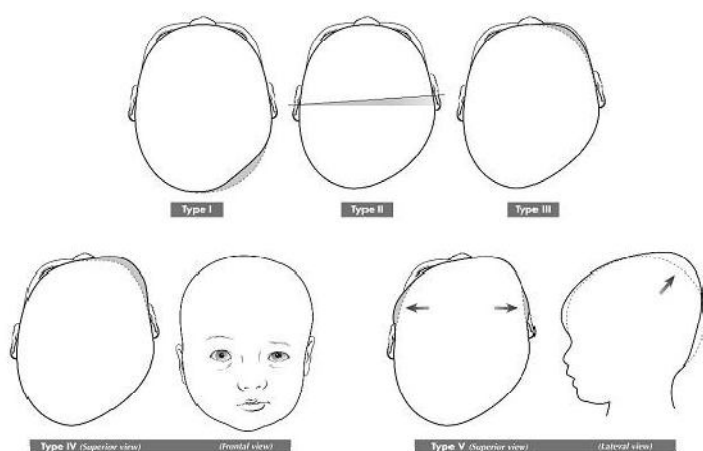
Als een voorkeurshouding is ontstaan kunnen verschillende gevolgen optreden. Ten eerste kan een schedelvervorming ontstaan. Dit zal in hoofdstuk 3.5 besproken worden. Daarnaast kan het dan zo zijn dat het gelaat scheef wordt, doordat de wang en het voorhoofd aan de voorkeurszijde naar voren worden geduwd. Andere gevolgen die waargenomen worden bij zuigelingen met een voorkeurshouding zijn een torticollis (beperking van bewegingsmogelijkheid in de nek), een scoliose (zijdelingse kromming van de rug), abductiebeperking van de heupen (beperking van het spreiden van de benen) en/of standafwijking van de voet(en) en een afstaand oor (Boere-Boonekamp, Van Der Linden-Kuiper & Bunge-Van Lent, 1999) (Boere-Boonekamp, Van Der Linden-Kuiper & Van Es, 1997).

3.5 Deformatieve Plagiocephalie

Schedeldeformatie houdt in dat de schedel afgeplat is. Wanneer de afplatting de middenachterkant van het hoofd betreft is er sprake van Deformatieve Brachycephalie. Wanneer de afplatting de schuinachterkant van het hoofd betreft is er sprake van Deformatieve Plagiocephalie. DP is een afplatting zonder craniosynostose. DP wordt gedefinieerd als 'asymmetrie van het hoofd en mogelijk het gelaat van de baby, als gevolg van prenatale en/of postnatale krachten op de groeiende schedel (Van Vlimmeren, Helders, Van Der Graaf et al, 2008).

Typering

DP kan in verschillende mate optreden. Argenta (2004) heeft een veel gebruikte classificatie voor DP opgesteld (figuur 1). In deze classificatie worden verschillende typen DP onderscheiden op basis van verschijnselen zoals schuine afplatting van de schedel, scheefstand van de oren, occipitale lift, frontale bossing en scheefstand van het gelaat.



Figuur 1: Typen Deformatieve Plagiocephalie (Argenta, 2004).

Risicofactoren

Wanneer DP optreedt, kan dit verschillende oorzaken hebben. Deze zijn onder te verdelen in risicofactoren die (pre)nataal spelen, en oorzaken die postnataal spelen. De postnatale risicofactoren zijn voor dit onderzoek het meest relevant, omdat aan de (pre)natale risicofactoren niet veel te veranderen is. De postnatale risicofactoren zijn allemaal gebaseerd op het feit dat de schedel van zuigelingen tijdens de eerste levensmaanden relatief zacht is. Daardoor kan de schedel relatief snel afplatten wanneer een zuigeling te lang op dezelfde kant ligt (bijvoorbeeld bij een voorkeurshouding). Naar de risicofactoren voor DP zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd. De resultaten van twee van deze onderzoeken zijn kort weergegeven in tabel 2 (Peitsch et al, 2002), (Van Vlimmeren et al, 2007). Het onderzoek van Van Vlimmeren et al (2007) is een review onderzoek.

Tabel 2: Risicofactoren Deformatieve Plagiocephalie, vrij naar (Peitsch et al, 2002) en (Van Vlimmeren et al, 2007)

(Pre)nataal	Postnataal
- Primipara (eerstgeborene) - Brachycephalie (breder hoofd) - Zuigeling is een jongen - Langdurige bevalling - Bevalling verloopt niet geheel natuurlijk - Vervorming van baarmoeder of geboortekanaal (hoewel de populatie niet groot genoeg was om correlatie aan te tonen)	- Voorkeurshouding tijdens slaap - Flesvoeding - Altijd dezelfde positie tijdens flesvoeding - Altijd dezelfde positie tijdens verschonen - Altijd met het hoofd aan dezelfde kant op de borst dragen - Weinig in buikligging spelen (<3x per dag) - Langzame motorieke ontwikkeling

Prevalentie

Er bestaan verschillende cijfers over de prevalentie van DP. Volgens Peitsch et al (2002) is de prevalentie van DP bij de geboorte 13%. Van Vlimmeren et al (2007) vonden in hun studie een prevalentie van DP van 22,1% (van geboorte tot leeftijd van 7 weken oud). In weer een ander onderzoek werden op de leeftijd van 6 weken, en 4, 8 en 12 maanden prevalenties gevonden van respectievelijk 16%, 19,7%, 9,2% en 6,8% (Hutchison et al, 2004).

Gevolgen

Over de gevolgen van DP is niet veel bekend. Voornamelijk doordat er ook weinig cijfers bekend zijn over oudere kinderen met DP. Wel wordt in de literatuur een verband gesuggereerd tussen DP en problemen bij de mentale en psychomotorische ontwikkeling. Gebleken is dat de mentale en psychomotorische ontwikkeling van zuigelingen met DP nooit 'versneld' is, maar variërend van 'normaal' tot 'ernstig vertraagd' (Kordestani, Patel, Bard, et al, 2006). Een causaal verband is echter nooit aangetoond. Ook Miller en Clarren (2000) vonden dat bijna 40% van alle schoolgaande kinderen, die als baby DP hadden, hulp kregen op de basisschool. Deze hulp kon bestaan uit bijvoorbeeld bijles, KFT en spraaktherapie. Ook hebben kinderen met DP een groter risico op gehoorproblemen (Balan et al, 2002). Daarnaast kan geredeneerd worden dat kinderen met een scheef aangezicht groter risico lopen gepest te worden op school, en meer kans lopen op een negatief zelfbeeld (Van Vlimmeren et al, 2007).

Behandeling

Er zijn verschillende behandelwijzen mogelijk. De meest gebruikte, vooral bij jonge zuigelingen, is KFT. Het belangrijkste doel bij deze behandelingen is het instrueren van ouders in specifieke hantering en positionering van hun kind en het opstellen van een op maat gemaakt programma voor behandeling thuis door de ouders (Persing, 2001). Onderzoek van Van Vlimmeren et al (2008) toonde aan dat KFT voor zuigelingen met een voorkeurshouding, wanneer werd gestart op de leeftijd van 7 weken (gedurende maximaal 4 maanden), tot een significante vermindering van de schedelasymmetrie leidde op de leeftijden 6 en 12 maanden. Wanneer de schedelafplatting op de leeftijd van 6 maanden onacceptabel ernstig is, wordt regelmatig helmredressietherapie geadviseerd. In 2007 werd deze behandeling in Nederland bij 3.000 zuigelingen toegepast (Van Vlimmeren et al, 2008).

Andere behandelingen die in Nederland gebruikt worden bij de behandeling van DP zijn onder andere manuele therapie, osteopathie en chiropractie. Deze behandelvormen zijn bij DP echter niet bewezen effectief. In andere culturen bestaan weer andere behandelmethoden. Zo wordt in Aziatische landen een rond bandje onder het hoofd gelegd om de druk te verminderen. In Nigeria wordt met behulp van een handdoek het hoofdje in de gewenste vorm gemasseerd (interviews ouders CB Schiedam). Ook bij deze behandeling is echter geen bewijs bekend over de werking. Belangrijk punt bij alle interventies bij voorkeurshouding lijkt motivatie van de ouders om (tijdelijk) veel tijd en aandacht te besteden aan de houding en het bewegen van hun baby (Boland & Eijkhout, 2007).

Wanneer dit alles niet helpt, kan een operatie worden overwogen. Over het algemeen gebeurt dit alleen wanneer er sprake is van craniosynostose. Maar soms wordt ook een operatie gebruikt voor DP zonder synostose. Dit gebeurt wanneer de afplatting ernstig is en niet reageert op andere behandelingen (Persing et al, 2004).

Causaal veldmodel

De oorzaken en gevolgen van een voorkeurshouding (en/of DP) bij zuigelingen worden schematisch weergegeven in een causaal veldmodel (appendix B). Hierin is ook te zien dat naast de houding en hantering tijdens de dagelijkse verzorging ook andere factoren een rol spelen bij het ontstaan van een voorkeurshouding. Tegenwoordig werken in veel gezinnen zowel de vader als de moeder. Gevolg hiervan is dat ook meer zuigelingen in kinderdagverblijven zitten. Hier is minder tijd/kennis voor het variëren van de houding van de zuigeling. Daarnaast is de industrie van invloed. Zij produceren immers de boxen met harde ondergrond en de kleding die stug en eenvoudig aan te trekken is.

3.5.1 Plagiocephalometrie

De mate van plagiocephalie bepaalt voor een belangrijk deel de keuze voor een bepaalde behandeling. Tot nu toe was de CT-scan de meest betrouwbare en valide manier om de mate van plagiocephalie vast te stellen. Deze methode kent echter verschillende nadelen. Zo wordt de zuigeling blootgesteld aan straling en spelen de risico's van anesthesie altijd een rol.

Tegenwoordig kan gebruik gemaakt worden van plagiocephalometrie. Plagiocephaliometrie (PCM) is een recent ontwikkelde, betrouwbare en valide meetmethode om de vorm van de schedel op eenvoudige wijze vast te kunnen stellen. Zowel de inter- als de intragebruiker betrouwbaarheid zijn goed genoeg voor toepassing in onderzoek en dagelijkse praktijk (Van Vlimmeren, 2007). Deze methode is ontwikkeld door Van Vlimmeren. Er wordt met behulp van een zacht en warm bandje thermoplast een nauwkeurige afdruk gemaakt van de grootste transversale omtrek van het hoofd (als het ware vlak boven de oren langs). Op dit bandje worden dan de posities van de oren en de neus aangegeven. Dit bandje wordt vervolgens gekopieerd op papier, waardoor bijvoorbeeld verschillende metingen eenvoudig vergeleken kunnen worden. Zo wordt niet alleen een weergave van de afplatting van de schedel gegeven, maar kan ook gekeken worden in hoeverre het gelaat asymmetrisch is (Van Vlimmeren et al, 2008). De ernst van de DP of brachycephalie wordt weergegeven door drie maten (zie figuur 2).

Positie van de oren, neus en lokale afplatting van de schedel

De positie van de oren wordt berekend door de 'Ear Deviation' (ED), deze geeft weer in hoeverre het ene oor verder naar voren staat dan het andere. De positie van de neus wordt bepaald door de 'Anterior-Sinistra' (AS) minus de 'Anterior-Dextra' (AD). De lokale afplatting van de schedel wordt weergegeven door de 'Posterior-Dextra' (PD) minus de 'Posterior-Sinistra' (PS).

Klinisch relevante asymmetrie is hierbij volgens Van Vlimmeren (2007) aangetoond bij een ED van meer dan 5 mm en PD-PS van meer dan 4 mm.

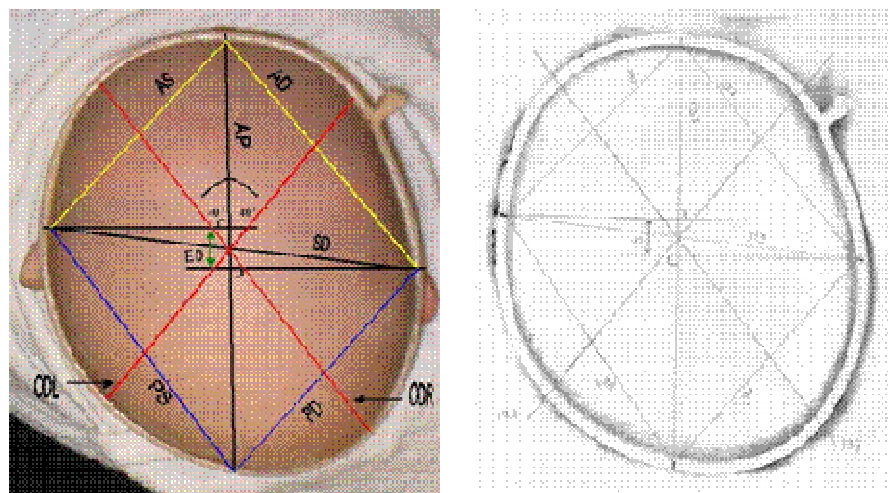
Diameter verschil

Het diameter verschil van de schedel wordt weergegeven als de 'Oblique Diameter Difference Index' (ODDI). Deze wordt berekend door de langste schuine diameter van de schedel / de kortste schuine diameter van de schedel x 100%. De schuine diameters (ODL en ODR) worden getrokken vanaf punten die op 40° liggen aan beide zijden van de lijn AP (Anterior-Posterior) loopt.

Klinisch relevante asymmetrie is hierbij volgens Van Vlimmeren (2007) aangetoond bij een ODDI van meer dan 104%.

Transversale vorm en proportie van de schedel

De maat voor deformatieve brachycephalie wordt weergegeven als de 'Cranio-Proportional Index' (CPI). Deze wordt berekend door 'Sinistra-Dextra' (SD) / 'Anterior-Posterior' (AP) x 100%. Dit is dus een weergave van de verhouding tussen de diepte en de breedte van de schedel.



Figuur 2: plagiocephalometrie (Van Vlimmeren, 2007)

3.6 Huidige situatie

Op dit moment hebben een aantal jeugdgezondheidszorg instellingen wel eigen protocollen ontwikkeld voor zuigelingen met een voorkeurshouding, maar bestaat er geen overkoepelende landelijke richtlijn. Verschillende jeugdgezondheidszorg instellingen hebben op verzoek hun protocol toegestuurd, een overzicht van deze protocollen is te vinden in Appendix A. De bestaande protocollen worden in hoofdstuk 4 nader geanalyseerd.

In de huidige situatie krijgen zuigelingen en hun ouders te maken met verschillende zorgverleners. Al tijdens (en vlak na) de zwangerschap en bevalling wordt voor de preventie en vroegsignalering van een voorkeurshouding actie ondernomen. Hoe dit in de huidige situatie gebeurt is weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Huidige situatie preventie en signalering voorkeurshouding (vrij naar: Ketenzorgafspraken preventie en vroegsignalering voorkeurshouding Brabant Noord-Oost, 2008)

Periode	Actor	Activiteit
Zwangerschap	Zwangerschapsgym docent	Voorlichting primaire preventie
	Kraamverzorgenden	Voorlichting primaire preventie
	Verpleegkundigen	Voorlichting primaire preventie Verwijzen bij vragen
Tijdens/na geboorte	Gynaecologen	Voorlichting primaire preventie Vroege signalering
	Verloskundigen	Voorlichting primaire preventie Vroege signalering
Eerste levensweken/ levensmaanden	Kraamverzorgenden	Voorlichting primaire preventie Vroege signalering Houding- en hanteringadviezen
	JGZ-Verpleegkundigen	Voorlichting primaire preventie Vroege signalering Houding- en hanteringadviezen
	JGZ-arts	Voorlichting primaire preventie Vroege signalering Houding- en hanteringadviezen Verwijzing KFT
	Huisarts	Vroege signalering Verwijzing KFT
	Kinderfysiotherapeut	Voorlichting secundaire preventie Behandeling Vroege signalering

3.6.1 Keten van zorg voor zuigelingen

In de zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding spelen, zoals in hierboven bleek, veel actoren een rol. Om enig inzicht te krijgen in hoe deze actoren zich tot elkaar verhouden wordt hier de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding weergegeven. Figuur 3 is een schematische weergave van de zorgketen, deze kan worden opgedeeld in een vijftal ketenonderdelen die eerst kort zullen worden besproken.

0^e Lijnszorg: De nuldelijnszorg, of 'informele zorg' is de zorg die wordt verleend door mantelzorgers, vrienden en familie.

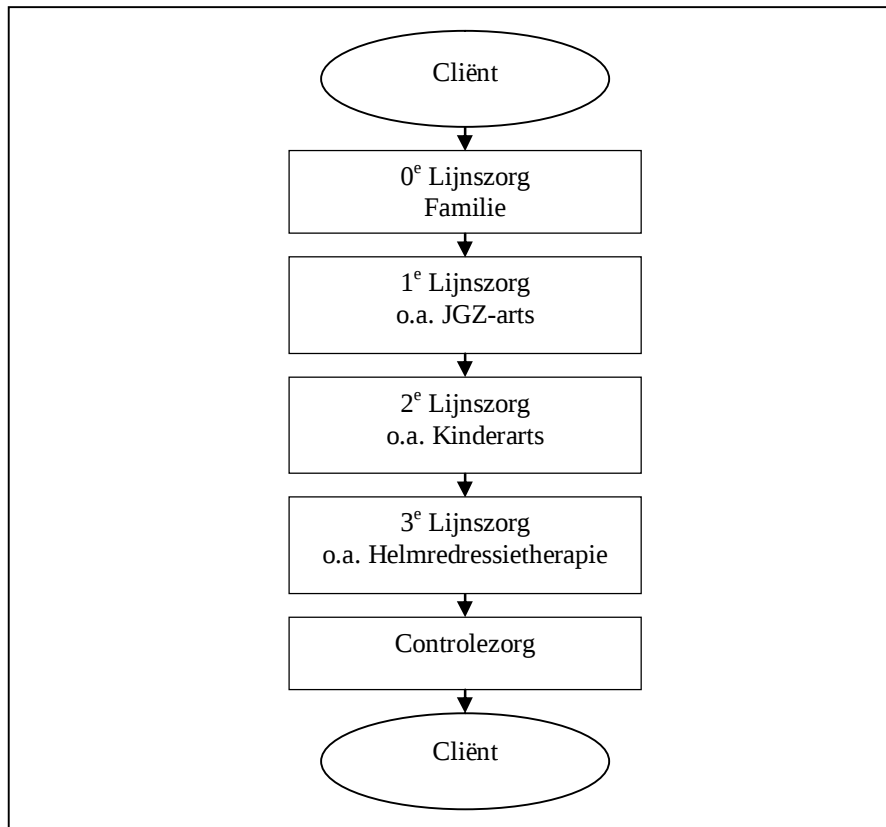
1^e Lijnszorg: De eerstelijnszorg is de zorg waar de cliënt het eerst mee te maken krijgt bij klachten of vragen, de eerstelijnszorg is direct toegankelijk voor de cliënt. Actoren die hierbij een rol kunnen spelen zijn onder andere zwangerschapsgym docenten, verloskundigen, kraamverzorgenden, huisartsen, kindfysiotherapeuten, JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen.

2^e lijnszorg: Toegang tot de tweedelijnszorg wordt verkregen door verwijzing van een zorgverlener uit de eerstelijnszorg. In dit ketenonderdeel wordt meer specialistische zorg gegeven. Actoren die hier een rol spelen zijn onder andere kinderartsen en gynaecologen.

3^e lijnszorg: Derdelijnszorg is topklinische zorg die wordt verleend door academische centra. Eigenschappen van deze zorg zijn hoge mate van specialisatie, relatief lage toegankelijkheid en voor nauwkeurig afgebakende doelgroep. Helmredressietherapie kan onder dit ketenonderdeel worden geschaard. Niet alle helmen worden door academische centra verstrekt, de helmredressietherapie waarvoor dit niet geldt valt onder de tweedelijnszorg.

Controlezorg: In dit ketenonderdeel gaat het vooral om de follow-up. Actoren die hier een rol spelen zijn onder andere kindfysiotherapeuten, JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen.

Figuur 3: Zorgketen Voorkeurshouding



3.6.2 Niet-zorggerelateerde actoren

Niet-zorggerelateerde actoren die betrokken kunnen zijn bij het ontstaan of juist het voorkomen van een voorkeurshouding zijn bijvoorbeeld de industrie en kinderdagverblijven (zie appendix B). Hiermee wordt bedoeld de industrie die verantwoordelijk is voor de productie van boxen met harde ondergrond of maxi cosi's die op een onderstel gezet kunnen worden. De kinderdagverblijven zijn van invloed omdat zij steeds vaker de zorg voor zuigelingen van ouders overnemen. Zij zijn op deze momenten dan verantwoordelijk voor de variatie in houding van zuigelingen.

3.7 Conclusie

Een voorkeurshouding wordt gedefinieerd als 'de toestand van de zuigeling waarbij deze in rugligging spontaan het hoofd of naar de rechterzijde of naar de linkerzijde geroteerd houdt, gedurende driekwart van de observatietijd (minimaal 15 minuten), zonder actieve rotatiemogelijkheid van het hoofd over de volledige 180 graden' (Boere-Boonekamp & Linden-Kuiper, 2001).

Een mogelijk gevolg van een voorkeurshouding kan zijn het ontstaan van Deformatieve Plagiocephalie. Dit is 'asymmetrie van het hoofd en mogelijk het gelaat van de baby, als gevolg van prenatale en/of postnatale krachten op de groeiende schedel' (Van Vlimmeren, Helders, Van Der Graaf et al, 2008).

Door middel van het literatuuronderzoek wordt antwoord gegeven op de eerste deelvraag van dit onderzoek: *'Wat gebeurt er op dit moment in de keten van zorg voor zuigelingen aan primaire en secundaire preventie van een voorkeurshouding?'*

In de literatuur is redelijk grote overeenstemming over een aantal risicofactoren voor het ontstaan van een voorkeurshouding en plagiocephalie. Deze zijn onder te verdelen in prenataal en postnataal. De prenatale risicofactoren zijn erg moeilijk te beïnvloeden. In de zorgverlening moet dan ook vooral aandacht worden besteed aan de postnatale risicofactoren. Dit zijn: een voorkeurshouding tijdens de slaap, wijze van voeden (flesvoeding), altijd dezelfde positionering tijdens het voeden, altijd dezelfde positie tijdens verzorgen, altijd het hoofd aan dezelfde kant van de borst dragen, weinig in buikligging spelen (<3x per dag) en een langzame motorische ontwikkeling.

De meeste van deze risicofactoren zijn relatief eenvoudig door de ouders te voorkomen door afwisseling van de houding en hantering van de baby. Volgens de literatuur bestaat de primaire preventie dan ook uit het geven van houding- en hanteringadviezen die inspelen op deze laatstgenoemde risicofactoren.

De secundaire preventie bestaat op dit moment voornamelijk uit deze houding- en hanteringadviezen en KFT. Daarnaast wordt steeds vaker gebruik gemaakt van helmredressietherapie.

In dit onderzoek zal verder worden gekeken waar voor de professionals in de keten van zorg voor zuigelingen knelpunten liggen in de primaire en secundaire preventie.

4. Inhoudsanalyse protocollen en folders

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de inhoudsanalyse van de verzamelde protocollen en folders. Een overzicht van de gebruikte protocollen is te vinden in appendix A. Deze analyse is uitgevoerd op basis van het AGREE instrument en een op basis van het literatuur onderzoek opgesteld schema (hoofdstuk 3.2). De AGREE vragenlijst is te vinden in appendix C. De criteria en het schema op basis van de literatuur zoals die gebruikt zijn voor de protocollen zijn te vinden in appendix E en F. De criteria en het schema zoals die zijn gebruikt voor de folders zijn te vinden in appendix G en H.

4.1 protocollen

Voor deze inhoudsanalyse zijn in totaal eenentwintig protocollen gebruikt. Deze zijn afkomstig van JGZ- en GGD instellingen uit het hele land. De respons is 100%, alle instellingen hebben gereageerd (hoewel zij niet allemaal een protocol hadden). Eerst zal een analyse aan de hand van het AGREE instrument worden uitgevoerd en vervolgens op basis van het schema (op basis van het literatuuronderzoek). In hoofdstuk 4.1.2 zullen de resultaten van de beoordeling met het AGREE instrument worden beschreven. De resultaten van de analyse van de protocollen op basis van het eigen schema worden in hoofdstuk 4.1.3 weergegeven. In hoofdstuk 4.1.4 wordt een conclusie getrokken over bestaande protocollen.

4.1.2 Resultaten van de analyse met het AGREE instrument

De basis van de beoordeling van de protocollen met het AGREE instrument wordt uiteengezet in appendix D. Er is hierbij gekozen de protocollen te beoordelen op de scores van de deelonderwerpen. De scores van de bestaande protocollen voor de deelonderwerpen van het AGREE instrument worden in appendix D gegeven.

Wat hierbij ten eerste opvalt is dat geen enkele van de bestaande protocollen boven de helft van de maximaal mogelijke score (van 92 punten) uitkomt. De gemiddelde score van de bestaande protocollen is 40 punten. Dit is 17 punten meer dan de minimale score. De meeste protocollen scoren redelijk op het expliciet vermelden van het onderwerp en doel van het protocol, hoewel ook hier twee (Friesland en ActiVite) negatieve uitschieters zijn. Een aantal protocollen scoort erg slecht op methodologie. Over het geheel gezien scoort het protocol van Noord Oost Brabant het beste, maar ook deze scoort onder de helft van de maximaal mogelijke score. Alle protocollen scoren de minimale score op de toepassing. Er wordt in de protocollen geen aandacht besteed aan organisatorische- of financiële belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen.

4.1.3 Resultaten van de analyse van protocollen op basis van literatuur

De protocollen worden op basis van de literatuur beoordeeld op een aantal categorieën criteria. Deze worden in appendix E kort besproken. De uitgebreide resultaten zijn te vinden in het schema in appendix F. Deze zullen hieronder kort worden weergegeven.

Wat ten eerste opvalt bij het systematisch vergelijken van de protocollen, is dat een groot deel van de protocollen hetzelfde is. Veel van hen zijn namelijk gebaseerd op het protocol van een andere instantie (dat van Noord Oost Brabant [Pantein]). Uit de analyse met het AGREE instrument blijkt inderdaad dat het protocol van Noord Oost Brabant tot de beste protocollen behoort. Maar uit die beoordeling blijkt dat ook hier nog voldoende mogelijkheden ter verbetering zijn.

Algemene criteria

Vrijwel alle protocollen hanteren de definities van voorkeurshouding en deformatieve plagiocephalie die ook in dit onderzoek worden gebruikt (hoofdstuk 3.4 en 3.5). Toch valt op dat er ook protocollen zijn die helemaal geen definitie van een voorkeurshouding of deformatieve plagiocephalie geven (ZuidZorg, Stichting Vitras/CMD, Stichting Carinova en Valent).

De meeste protocollen zijn redelijk 'up to date', dertien van de eenentwintig protocollen zijn opgesteld in de jaren 2007-2009. Bij twee protocollen is niet duidelijk wanneer zij zijn opgesteld (Yunio en ActiVite) en er zijn vijf meer gedateerde protocollen. De protocollen van Meander en Groene Kruis zijn opgesteld in 2006, die van West Friese Omring in 2005 en die van Limburg zelfs in 2003. Het oudste protocol is dat van Stichting Carinova, deze is opgesteld in 1999.

Kwalitatieve criteria

Instructies voor de registratie van gevallen van een voorkeurshouding of DP worden nauwelijks gegeven (alleen bij Sensire Yunio en West Friese Omring). Een ander punt dat de efficiëntie van de zorgverlening niet ten goede komt, is dat bij geen enkel protocol (behalve dat van Amstelland) verwijsmethoden zijn vastgelegd.

Organisatorische criteria

Bij het organisatorische vraagstuk wordt de JGZ-arts overal genoemd. De KFT (behalve bij Sensire Yunio en STWB) en JGZ-verpleegkundige (behalve bij Amstelland, Limburg en Stichting Vitras/CMD) ook bijna overal. De helmtherapeut wordt in twaalf van de protocollen genoemd, behalve bij STMG, Amant, Evean, Noord Oost Brabant, Stichting Vitras/CMD, Careyn Jeugd & Gezin en Valent.

Grote verschillen bestaan er bij het betrekken van de kraamverzorgende, kinder- en huisarts bij de preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en DP. De overige actoren -gynaecoloog, zwangerschapsgym docent en verloskundigen- worden zelfs alleen in het protocol van Noord Oost Brabant genoemd. De manueel therapeut wordt meestal niet genoemd (en dus ook niet aangeraden), in vier van de protocollen wordt deze vorm van therapie expliciet afgeraden.

Preventie

Behalve in het protocol van Meander, wordt overal het belang van preventie van voorkeurshouding bij zuigelingen benadrukt. In hoeverre deze preventieve maatregelen zijn uitgewerkt verschilt. Variërend van uitgewerkte adviezen tot alleen het noemen van onderwerpen waarop preventie betrekking kan hebben. Van de preventieve adviezen worden het 'dragen' en het 'vervoer' het minst frequent genoemd.

Signalering

In de meeste protocollen (behalve die van Stichting Vitras/CMD, Groningen, Stichting Carinova, STWB, Valent en Icare JGZ) is goed uitgewerkt hoe een voorkeurshouding en DP gesignaleerd moeten worden. In bijna alle protocollen, behalve Stichting Vitras/CMD en Valent, wordt genoemd dat men moet letten op comorbiditeit.

Verwijzing

Ook wordt vrijwel overal uitgewerkt wanneer moet worden verwezen (naar bijvoorbeeld KFT). Bij het protocol van Stichting Vitras/CMD wordt dit alleen genoemd, maar niet verder uitgewerkt. Alleen de protocollen van de West Friese Omring en Evean geven ook aan *hoe* verwezen moet worden.

Aanpak

De aanpak van een voorkeurshouding en deformatieve plagiocephalie worden vaak samengevoegd tot één behandeling. Er wordt in de aanpak vaak geen onderscheid gemaakt tussen de twee aandoeningen.

Follow-up

Het is opvallend dat bij slechts negen protocollen follow-up is vastgelegd. De protocollen waar het wel is vastgelegd zijn die van Friesland, West Friese Omring, STMG, Zorggroep Almere, Amstelland, Stichting Carinova, Noord Oost Brabant, Valent en Icare JGZ. Bij het protocol van Careyn Jeugd & Gezin wordt follow-up genoemd maar niet uitgewerkt.

Folder

Een preventieve folder was alleen bij Noord Oost Brabant, STMG, Stichting Carinova en ActiVite aanwezig. Bij West Friese Omring werd deze folder wel genoemd, maar deze is in dit onderzoek niet gezien. Bij twaalf van de protocollen was een folder voor secundaire preventie aanwezig, bij twee andere werd deze folder wel genoemd maar deze zijn in dit onderzoek niet gezien.

Schrijver(s)

Bij zeventien van de eenentwintig protocollen waren de schrijvers weergegeven. Dit was niet het geval bij de protocollen van Zorggroep Almere, ActiVite, Stichting Carinova en Stichting Vitras/CMD. Alleen in Noord Oost Brabant was het protocol opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep.

Bijzonderheden

Naast de criteria waar standaard naar gekeken werd, waren er bij een aantal protocollen bijzonderheden te melden. Zo wordt in het protocol van Evean gesteld dat het risico op het ontstaan van een voorkeurshouding groter is bij tweede en latere kinderen. De protocollen van Stichting Vitras/CMD en Stichting Carinova vielen op omdat ze zeer beperkt waren.

Bij twee protocollen, van Groningen en Evean, wordt het gebruik van fixatiemiddelen expliciet afgeraden. In de andere protocollen worden ze helemaal niet genoemd. In de protocollen van Friesland, de West Friese Omring en ActiVite wordt gebruik gemaakt van een stroomschema waarin het beleid over voorkeurshouding wordt weergegeven. Dit kan ook voor een landelijke richtlijn een aanbeveling zijn, omdat het voor de gebruikers zo in één oogopslag duidelijk is wie wat wanneer moet doen.

Het protocol van Zorggroep Almere heeft een speciale bijlage over de verwijzing naar helmredressietherapie. In het protocol van Icare JGZ wordt expliciet gemeld dat het protocol niet geldig is voor brachycephalie.

4.1.4 Discussie

Voor de analyse van bestaande protocollen zijn eenentwintig protocollen gebruikt. Deze protocollen zijn verzameld door Nederlandse JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD-instellingen via e-mail te verzoeken hun protocol op te sturen (als zij deze hebben). De instellingen die niets hebben opgestuurd hebben geen protocol. Voor sommige protocollen geldt dat zij niet als 'protocol' worden gebruikt maar als 'werkinstructie'. In dit onderzoek zijn deze toch als protocol beoordeeld. Dit kan er toe leiden dat onterecht strenge beoordelingscriteria zijn gebruikt. Ten slotte moet vermeld worden dat de protocollen zijn beoordeeld vanuit het standpunt van de professional. Hierbij wordt alleen gelet op de kwaliteit van de geleverde zorg. Hierdoor zijn er ook punten die buiten beschouwing blijven, maar in een landelijke richtlijn wel van belang zijn. Bijvoorbeeld de kosten van de zorg. Wanneer gewoon alle zuigelingen naar KFT worden verwezen heeft dit ongetwijfeld een gunstig effect op de prevalentie van voorkeurshouding en DP. Dit is echter niet wenselijk, omdat de kosten van de zorg dan onhoudbaar zouden worden.

Sterk punt van dit onderzoek is dat de protocollen die gebruikt zijn afkomstig zijn van instellingen uit het hele land. Bias op basis van regionale verschillen wordt zo vermeden.

Uit de analyse op basis van het AGREE instrument blijkt dat de noodzaak van een goede landelijke richtlijn groot is. Geen van de bestaande protocollen scoren goed volgens het AGREE instrument. De scores zijn zo laag dat hier verder niet veel relevante informatie uit afgeleid kan worden.

Uit de analyse met het schema op basis van het literatuuronderzoek zijn een aantal opvallende dingen naar voren gekomen. Ten eerste blijkt dat bij de meeste bestaande protocollen regelmatig een 'update' van de inhoud plaatsvindt. De gezondheidszorg (en vooral het onderzoeksgebied van voorkeurshouding en deformatieve plagiocephalie) is altijd in beweging. Dit is ook in de inhoud van de protocollen terug te zien, het risico op verouderde adviezen is groter bij oude protocollen.

Vrijwel alle protocollen hanteren de definities van voorkeurshouding en deformatieve plagiocephalie die ook in dit onderzoek worden gebruikt (hoofdstuk 3.4 en 3.5). Hieruit is af te leiden dat hierover grote overeenstemming bestaat tussen de verschillende zorgverleners. Het is dan ook wenselijk deze definities in een landelijke richtlijn te gebruiken.

Actoren die niet of nauwelijks worden genoemd in de protocollen zijn kraamverzorgende, kinder- en huisarts, gynaecoloog, zwangerschapsdocent en verloskundigen. Uit de literatuur is echter gebleken dat deze actoren zeker wel betrokken kunnen/moeten worden bij de preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen (hoofdstuk 3.6, tabel 3).

In alle protocollen wordt het belang van preventie benadrukt. Dit komt overeen met wat in het literatuur onderzoek bleek, namelijk dat preventie erg belangrijk is bij deze problematiek (hoofdstuk 3.6). Toch bestaan bij de preventie ook verschillen tussen de protocollen, vooral bij het 'dragen' en 'vervoeren' van zuigelingen. Terwijl de echt jonge zuigelingen juist vaak worden gedragen, en dit dus grote invloed kan hebben op het ontstaan van een voorkeurshouding. Ook het vervoer wordt een steeds evidentere onderdeel van de preventie. Dit komt doordat zuigelingen steeds meer en langer onderweg zijn (van/naar het kinderdagverblijf, gastouders enz) en omdat in de ontwikkeling van hulpmiddelen voor vervoer ontwikkelingen gaande zijn die niet lijken te helpen. Hierbij moet gedacht worden aan de hippe autozitjes die eenvoudig op een frame met wielen kunnen worden geklikt om meteen als kindervagen te dienen (figuur 4). De zuigeling zit zo erg lang in dezelfde houding.

In elf van de eenentwintig protocollen wordt ook helmtherapie genoemd. Omdat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van de helmtherapie kan hier geen oordeel over gegeven worden. Ook wordt in slechts twee protocollen het gebruik van fixatiemiddelen expliciet

afgeraden. Juist rond dit onderwerp bestaat veel onduidelijkheid over de wenselijkheid van gebruik. Hier zou dus juist aandacht aan besteed moeten worden in een protocol. Gebruik van fixatiemiddelen (zoals zijligkussen) wordt op gezaghebbende websites als www.wiegendood.nl afgeraden.

Registratie en verwijsp procedures ontbreken in de meeste protocollen. Mede hierdoor zijn op dit moment geen prevalentie en incidentie cijfers bekend. Daarnaast kan het gebrek aan procedures voor verwijzen ertoe leiden dat ook anderen dan de arts gaan verwijzen. Wanneer dit gebeurt wordt dus niet automatisch gecontroleerd op comorbiditeit. De arts is immers de enige die lichamelijk onderzoek mag uitvoeren. Zowel een voorkeurshouding als deformatieve plagiocephalie zijn aandoeningen die in een zeer kort tijdsbestek gesignaleerd en behandeld moeten worden voor het beste resultaat. Het is dan ook opvallend dat bij slechts zeven protocollen follow-up is vastgelegd terwijl dit een evident onderdeel is van doeltreffende zorgverlening.

Dat veel protocollen sterk op elkaar lijken en dat er een aantal protocollen zijn die op de methodologie (in het AGREE instrument) laag scoren wordt veroorzaakt doordat deze gebaseerd zijn op een ander protocol (voornamelijk dat van Noord Oost Brabant). Dit kan twee dingen betekenen: of het protocol van Noord Oost Brabant is van zo goede kwaliteit dat het niet de moeite loont te proberen een ander protocol te formuleren, of de overige JGZ-/GGD instellingen kunnen/willen niet zelf een literatuur onderzoek starten naar de mogelijkheden van preventie en behandeling van voorkeurshouding en plagiocephalie. Alleen het protocol van Noord Oost Brabant is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep. Dit is opvallend omdat in de literatuur het belang van een multidisciplinaire aanpak juist benadrukt wordt voor het ontwikkelen van een goed protocol met breed draagvlak (hoofdstuk 3.1).



Figuur 4: de hippe Bugaboo, "van kinderwagen in de auto en weer terug" (www.bugaboo.com)

4.1.5 Conclusie inhoudsanalyse protocollen

De tweede deelvraag: 'Bestaan in de huidige situatie protocollen voor professionals in de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding?' kan met een kort 'ja' worden beantwoord. Vervolgens worden hieronder een aantal conclusies getrokken uit de analyse van de bestaande protocollen.

De noodzaak van een goede landelijke richtlijn is groot. In vrijwel geen enkel bestaand protocol zijn procedures vastgelegd voor het verwijzen en registreren van zuigelingen met een voorkeurshouding en/of DP. Hierdoor zijn geen prevalentie en incidentie cijfers bekend voor voorkeurshouding en DP bekend. Ook kunnen bestaande protocollen niet worden beoordeeld op de effectiviteit. Er kan immers niet worden gekeken of het aantal zuigelingen met een voorkeurshouding en/of DP sinds de invoering van een protocol is afgenomen.

Zeker is dat de kinderfysiotherapeut, de JGZ-arts en -verpleegkundige een rol moeten krijgen in de landelijke richtlijn. Onduidelijk is of ook de kraamverzorgende, kinder- en huisarts, de gynaecoloog, zwangerschapsdocent en verloskundige een rol moeten krijgen. Preventie wordt in alle protocollen belangrijk gevonden. Dit geldt niet voor follow-up, hier wordt in vrijwel geen enkel protocol aandacht aan besteed.

In het focusgroep onderzoek zullen een aantal dingen verder onderzocht moeten worden. Ten eerste hoe wenselijk het is om kraamverzorgende, kinder- en huisarts, gynaecoloog, zwangerschapsdocent en verloskundige een plaats te geven in de landelijke richtlijn. Ten tweede moet gekeken worden of procedures voor verwijzing, registratie en follow-up van zuigelingen opgenomen moeten worden.

4.2 Folders

Voor deze inhoudsanalyse zijn in totaal dertig folders gebruikt. Deze zijn afkomstig van JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD instellingen uit het hele land. De analyse aan de hand van het schema heeft plaats gevonden aan de hand van een aantal criteria, ingedeeld in categorieën (appendix G). Deze criteria zijn vrij gebaseerd op de aandachtspunten die volgens Boere-Boonekamp et al (2005) in voorlichtingsfolders werden gebruikt. De resultaten van de analyse zijn te vinden in het schema in appendix H. De resultaten worden in hoofdstuk 4.2.1 kort samengevat.

4.2.1 Resultaten analyse folders

Bij het analyseren van de folders valt ten eerste op dat veel van de folders op andere folders zijn gebaseerd. Hierbij is niet duidelijk welke folder de basis vormt voor de andere.

Algemeen

Vier van de dertig folders, die van Oude & Nieuwe Land, Carinova, Amstelland en Groene Kruis Domicura, geven geen informatie over wat een voorkeurshouding is. Zeven folders geven geen informatie over wat deformatieve plagiocephalie is. Minder dan de helft van de folders maakt daarnaast gebruik van illustraties ter verduidelijking van de houding- en hanteringsadviezen.

Buikligging

In alle folders wordt geadviseerd de zuigeling ook in buikligging te laten liggen. De uitgebreidheid van dit advies verschilt nogal. Zeventien folders adviseren de zuigeling na het verschromen enige tijd op de buik te leggen. In drie van de folders (van Oude & Nieuwe Land en Gooi- & Vechtstreek) wordt niet genoemd dat het bij buikligging van belang is de armen naar voren te leggen, zodat het makkelijker wordt het hoofd op te tillen. Acht van de folders geven niet aan dat het mogelijk is wat druk op de billen te geven en dertien folders geven niet aan dat het mogelijk is een opgerold handdoekje onder de oksels te leggen om te helpen bij het oprichten van het hoofd. Vijf van de folders geven de mogelijkheid om de zuigeling bij de ouders op de buik te leggen.

In bed

Vier van de folders (van AVEANT JGZ, Oude & Nieuwe Land, Carinova en De Friese Wouden) geven niet aan dat het hoofdje van de zuigeling tijdens de slaap kan/moet worden gedraaid. In de folders van Oude- & Nieuwe Land en Carinova wordt niets gemeld over de mogelijkheid het bedje te verplaatsen om de niet-voorkeurskant te stimuleren.

Verzorging

Één folder adviseert de zuigeling tijdens het verzorgen zo neer te leggen dat hij/zij naar de niet-voorkeurskant moet kijken om de ouder te zien. Zeven folders adviseren de zuigeling recht voor de ouder te leggen (zodat hij/zij ervaart wat recht liggen is). Twintig folders adviseren beide. In de folders van Oude- & Nieuwe Land en Carinova wordt helemaal niet ingegaan op de verzorging.

Voeding

In drie folders wordt het geven van borstvoeding in rugbyhouding geadviseerd. In vier folders (van Oude- & Nieuwe Land, Carinova, Kenmerland en ZuidZorg) wordt niets gezegd over het afwisselen van de houding tijdens het geven van flesvoeding. Alleen in de folders van Groene Kruis Domicura en STWB wordt niet de suggestie gegeven de zuigeling recht voor de ouder op de benen te leggen tijdens de voeding.

Dragen en oppakken

In vijf folders (van Oude- & Nieuwe Land, Carinova, Livio, De Friese Wouden en Icare JGZ) wordt niets gezegd over het afwisselen van de arm waarop de zuigeling wordt gedragen. Zestien folders gaan in op het draaien van het hoofdje naar de niet-voorkeurskant tijdens het dragen in een buikdrager. Vijf folders (Oude- & Nieuwe Land, Carinova, Groene Kruis Domicura, Livio en Icare JGZ) gaan in op het belang van roterend oppakken om overstrekken te voorkomen. Negen folders gaan in op het dragen met de rug tegen de schouder en tien op het dragen tegen de schouder. Wat verder opvalt is dat er één folder (van de Friese Wouden) is die op geen enkele wijze iets over dragen en oppakken meldt.

In de box

In vier folders (van Zuid West Friesland, Oude- & Nieuwe Land, Stichting Carinova en Livio) wordt niet ingegaan op het belang van het aan verschillende kanten stimuleren van de zuigeling wanneer deze in de box ligt. Daarnaast wordt in vier folders, namelijk die van Oude- & Nieuwe Land, Stichting Carinova, Careyn Jeugd & Gezin en Noord Oost Brabant, niet de mogelijkheid genoemd speelgoed recht boven de zuigeling te hangen (op navelhoogte).

In zeventien folders wordt het plaatsen van de zuigeling in zijligging in de box genoemd, zij vermelden hierbij allemaal dat dit onder toezicht moet gebeuren. In drie folders (De Friese Wouden, Meander en STWB) wordt het belang van een zachte ondergrond in de box benadrukt. Ook wordt in drie folders (Noord Oost Brabant, Livio en STWB) ingegaan op het belang van ruim zittende kleding voor de zuigeling.

Vervoer en zitten

In de folders van Oude- & Nieuwe Land, ZuidZorg, Livio, STMR en Valent wordt niet ingegaan op het belang van het beperkt gebruiken van een maxi cosi en/of een wipstoeltje. Wel suggereren negentien folders om wanneer de zuigeling op schoot zit, te praten aan de niet-voorkeurskant. Ook valt op dat in geen enkele folder iets gezegd wordt over de eerder genoemde 'trendy' autozitjes die ook als kinderwagen kunnen worden gebruikt.

Bijzonderheden

De folders van Oude- & Nieuwe Land, Stichting Carinova, STMG en Noord Oost Brabant dienen enkel ter preventie van het ontstaan van een voorkeurshouding, vijftien folders dienen enkel ter vermindering van een voorkeurshouding. Vijf JGZ-/GGD instellingen (Sensire Yunio, Rivas Zorggroep, GGD Zeeland, Westelijke Mijnstreek) hebben zowel een folder voor preventieve als een folder voor behandeling (al dan niet in één folder samengebracht).

In de folder van de Gooi- & Vechtstreek wordt geadviseerd de zuigeling gedurende de eerste twee weken in zijligging te slapen te leggen. De folders van de Gooi- & Vechtstreek en STWB gaan als enige in op het belang van goede vering in de kinderwagen.

Alleen in de folder van Noord Oost Brabant wordt het gebruik van fixatiemiddelen expliciet afgeraden.

4.2.2 Discussie inhoudsanalyse folders

Voor de analyse van de folders zijn dertig folders gebruikt. Deze zijn op dezelfde manier verkregen als de protocollen. Namelijk door Nederlandse JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD-instellingen via e-mail te verzoeken hun folders op te sturen (als zij deze hebben). Ook voor de analyse van de folders geldt dus dat onduidelijk is waarom sommige instellingen wel hebben gereageerd en andere niet. Ook hier is het mogelijk dat de overige instellingen niet over folders over dit onderwerp beschikken of dat hun folders bijvoorbeeld niet goed genoeg gevonden worden om op te sturen. Dit (selectie bias) kan ook hier de validiteit van dit onderzoek bedreigen. Ook voor de folders geldt echter dat de ze wel afkomstig zijn uit het hele land waardoor regionale verschillen vermeden worden.

Zeven folders geven geen informatie over wat deformatieve plagiocephalie is. Dit is opvallend aangezien de folders wel over dit onderwerp gaan en er in de praktijk juist weinig kennis blijkt te zijn over wat deze begrippen inhouden. Minder dan de helft van de folders maakt daarnaast gebruik van illustraties ter verduidelijking van de houding- en hanteringadviezen. Het visueel maken van de adviezen lijkt van groot belang om de adviezen ook begrijpelijk te maken voor mensen die minder thuis zijn in de Nederlandse taal en/of meer visueel ingesteld zijn. Voor hen kan de uitleg lastiger te begrijpen zijn, zij kunnen erg geholpen zijn bij visuele ondersteuning (interviews ouders consultatiebureau Schiedam).

In alle folders wordt wel iets gezegd over buikligging. Dit komt overeen met de evidence. Buikligging lijkt belangrijk in de preventie van voorkeurshouding (hoofdstuk 3.4).

Wat verder opvalt, is dat er maar twee folders zijn die op geen enkele wijze iets over verzorging melden. Daarnaast is er maar één folder is die op geen enkele wijze iets over dragen en oppakken meldt. Daaruit kan opgemaakt worden dat alle instellingen wel het belang van adviezen op deze vlakken erkennen, maar wellicht geen overeenstemming bestaat over welke adviezen er gegeven moeten worden.

In één folder wordt geadviseerd de zuigeling gedurende de eerste twee weken in *zijligging* in bed te leggen. Dit is zeer verontrustend omdat dit al jaren afgeraden wordt (in verband met preventie wiegendood). Waarschijnlijk is deze folder dus erg gedateerd. In twee folders wordt niets gezegd over de ondergrond van de box. In twee andere folders wordt niets gezegd over het belang van ruim zittende kleding. Deze beide items zijn toch volgens de huidige consensus wel relevant in de preventie van voorkeurshouding. Daarnaast wordt in slechts één folder het gebruik van fixatiemiddelen expliciet afgeraden. Zoals eerder bij de analyse van de protocollen werd genoemd is dit juist een onderwerp waar veel onduidelijkheid over bestaat. Er zou dus juist in de folders advies over gegeven moeten worden voor de ouders.

In slechts drie folders wordt niet ingegaan op het belang van het beperkt gebruiken van een maxi cosi. Hieruit blijkt dat dit in de meeste folders dus wel gebeurt. Dit is belangrijk omdat in de moderne samenleving, zoals gezegd, iedereen steeds vaker en langer onderweg is. Dit geldt ook voor zuigelingen.

4.2.3 Conclusie inhoudsanalyse folders

De bestaande folders hebben een aantal adviezen allemaal goed opgenomen. Dit zijn de adviezen die gelden wanneer de zuigeling in bed ligt en de adviezen over het afwisselen van de houding tijdens de verzorging. Ook wordt in bijna alle folders iets over dragen en oppakken gemeld. Hieruit blijkt dat alle JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD-instellingen deze onderwerpen belangrijk vinden. Wel geven ze allemaal een heel verschillende invulling aan deze adviezen.

Daarnaast bestaan nog meer verschillen tussen de folders. Voor de adviezen over buikligging is het vooral van belang ook de adviezen om de zuigeling te helpen bij het oprichten van het hoofd (druk op de billen, armpjes naar voren en handdoekje onder de oksels) in de folder op te nemen. Wat bij vrijwel alle folders ontbreekt, is informatie over de ondergrond van de box, deze zou idealiter zacht moeten zijn. Ook moeten zuigelingen ruim zittende kleding dragen, zodat zij vrij kunnen bewegen. Deze adviezen zouden wel in de folder genoemd moeten worden, omdat zij redelijk eenvoudig uit te voeren zijn en waarschijnlijk een gunstig effect hebben.

Bij het vervoer ontbreekt bij alle folders informatie over de hippe nieuwe autozitjes die op een frame geplaatst kunnen worden om als kinderwagen dienst te doen (figuur 4). Zoals ook al in hoofdstuk 4.1.4 is gezegd is het wel belangrijk hier aandacht aan te besteden. Laatste punt waar over nagedacht moet worden is hoe men kan bereiken dat de folder daadwerkelijk gelezen wordt. Hier kan het gebruik van illustraties aan bijdragen, wat nu te weinig gebeurt.

5. Interviews ouders

Op 17 februari 2009 zijn in een consultatiebureau in Schiedam eenentwintig ouders van zuigelingen geïnterviewd. Dit deel van het onderzoek dient ter voorbereiding van het focusgroep onderzoek. Daarom zullen in dit hoofdstuk alleen de meest relevante resultaten kort worden weergegeven.

5.1 resultaten interviews ouders

De ouders die deelnamen aan de interviews hadden zeer gevarieerde nationaliteiten. In totaal zijn ouders van dertien verschillende nationaliteiten geïnterviewd. De jongste kinderen van deze ouders zaten in de leeftijd tussen 3,5 weken en 1,5 jaar. Gemiddeld waren de zuigelingen 9,5 maand oud (appendix J). Van de zuigelingen wordt 52,4% op de rug in bed gelegd. Van de zuigelingen bepaalt 19% zelf de slaaphouding (appendix K). 52,9% van de ouders geeft flesvoeding meestal met dezelfde arm (appendix L). 61,9% van de zuigelingen ligt overdag in de box (appendix M). Ook geven negentien ouders aan dat hun kind overdag in de wipstoel of maxi cosi zit. De tijd die het kind hierin doorbrengt varieert van 'alleen tijdens het reizen' tot '4 uur per dag'. Van de ouders geeft 57,1% aan niet te weten wat een voorkeurshouding is. Van de ouders weet 42,9% niet wat de gevolgen van een voorkeurshouding kunnen zijn (appendix N). Negen ouders hebben bij hun eigen kind een voorkeurshouding gezien, dit waren allemaal zonen (appendix O). Vijf ouders hebben bij hun eigen kind een DP gezien, dit waren vier zonen en één dochter. De meeste preventieve informatie wordt gegeven door de JGZ-arts (8 ouders), kraamverzorgende (7 ouders) en JGZ-verpleegkundigen (7 ouders). Zij zijn ook de belangrijkste actoren voor het verstrekken van behandelende adviezen (respectievelijk 5, 5 en 3 ouders). De meeste ouders willen deze informatie mondeling krijgen, voornamelijk omdat zij dan ook vragen kunnen stellen als iets onduidelijk is.

5.2 Discussie interviews ouders

Er is voor dit deel van het onderzoek bewust voor gekozen in het westen van het land te werken. Zo kunnen ouders van veel verschillende nationaliteiten bij het onderzoek betrokken worden. Niet alle geïnterviewde ouders zijn dan ook even goed in de Nederlandse taal. Dit kan het onderzoek negatief beïnvloeden doordat het soms moeilijk te doorgronden is of ouders de vragen goed begrijpen. Tegelijkertijd is deze taalbarrière een bevinding op zich. Het pleit voor folders met illustraties en het voordoen van houding- en hanteringadviezen om de barrière te overwinnen.

52,4% van de zuigelingen wordt in rugligging in bed gelegd. Dit is nog opvallend weinig gezien de intensiteit van de wiegendood preventie. Wel is het zo dat daarnaast 19% van de zuigelingen zelf de slaaphouding bepaalt. Deze zuigelingen zijn al wat ouder en lopen dus minder risico op wiegendood. Het overgrote deel van de ouders biedt flesvoeding altijd met dezelfde arm aan. Dit kan twee dingen betekenen. Zij zijn niet op de hoogte van het belang van het afwisselen van de houding, of zij vinden dit niet belangrijk genoeg om hun gewoontes aan te passen. Ook ligt meer dan zestig procent van de zuigelingen overdag in de box. Dit betekent dat het extra opvallend is dat in slechts drie folders aandacht wordt besteed aan het belang van een zachte de ondergrond in de box (hoofdstuk 4.2.1). Ook bij de interviews met ouders komt het belang van aandacht voor de moderne autozitjes (hoofdstuk 4.1.4) naar voren. Zuigelingen brengen soms erg veel tijd in maxi cosi (en wipstoel) door. Meer dan de helft van de ouders weet niet wat een voorkeurshouding is. Ruim veertig procent van de ouders weet daarnaast niet wat de gevolgen van een voorkeurshouding kunnen zijn. Er is dus nog weinig bekendheid van voorkeurshouding onder ouders. Dit is verontrustend omdat de preventie en behandeling van VKH de eerste levensmaanden moet gebeuren. Hierbij is juist het handelen van ouders van belang. De belangrijkste actoren op dit moment zijn de JGZ-verpleegkundigen, JGZ-arts en de kraamverzorgende. Vooral deze laatste actor is opvallend omdat deze vrijwel nergens een plaats had in de protocollen.

5.3 Conclusie interviews ouders

Folders die gebruikt worden bij de voorlichting moeten illustraties bevatten om taalbarrières te kunnen overwinnen. Daarnaast kan het helpen de folders in verschillende talen uit te geven. Ook moeten houding- en hanteringadviezen voorgedaan worden om te zorgen dat alle ouders goed begrijpen wat de bedoeling is. Ouders hebben op dit moment nog te weinig kennis over voorkeurshouding. Hierdoor zijn zij waarschijnlijk ook minder bereid (of in staat) het ontstaan van een voorkeurshouding te voorkomen. Een manier om deze motivatie groter te maken kan zijn ouders beter te informeren over mogelijke gevolgen (DP). Ook de kraamverzorgende is betrokken bij het vergroten van de kennis van ouders. Idealiter zou de informatie mondeling moeten worden gegeven. Vervolgens moet een folder mee naar huis worden gegeven zodat de ouders het nog eens rustig na kunnen lezen.

6. Focusgroep onderzoek

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een 'self-contained focus group'. Dit houdt in dat de resultaten van de focusgroep op zichzelf staan (Morgan, 1988). Eerst wordt in hoofdstuk 6.1 kort ingegaan op de voorbereiding van de focusgroep, vervolgens wordt in hoofdstuk 6.2 ingegaan op de resultaten. Dan zal in hoofdstuk 6.3 een conclusie worden getrokken. Een korte beschrijving van de deelnemers aan de focusgroep is te vinden in appendix Q. Het transcript van het focusgroep onderzoek is te vinden in appendix R, een schematische weergave van de resultaten is te vinden in appendix S t/m X.

6.1 Voorbereiding focusgroep onderzoek

Voor dit focusgroep onderzoek worden uitgenodigd: 3 JGZ-artsen, 3 JGZ-verpleegkundigen, 2 kinderfysiotherapeuten, 1 manueel therapeut, 2 verloskundigen en 2 kraamverzorgenden. Één van de kraamverzorgenden had zich van tevoren wegens omstandigheden afgemeld. De overige deelnemers kwamen allemaal. Alle deelnemers waren enthousiast over het onderwerp en over de richtlijnontwikkeling. Ook hadden alle deelnemers op wat voor manier dan ook ervaring met voorkeurshouding bij zuigelingen. Dit droeg bij aan het feit dat alle deelnemers actief deelnamen aan de discussies die tijdens het focusgroep onderzoek ontstonden.

6.2 Resultaten focusgroep onderzoek

De uitgebreide resultaten zijn te vinden in de appendices N t/m S over respectievelijk: Preventie, Signalering, Verwijzing, Aanpak en Follow-up. Hieronder zullen de meest opvallende resultaten van het focusgroep onderzoek worden weergegeven.

Preventie (Appendix S)

Bij alle ketenpartners bestaat overeenstemming over het ideaalbeeld bij de preventie van een voorkeurshouding. Binnen dit ideaalbeeld wordt door de verloskundige en de kraamverzorgende al aandacht geschonken aan de mogelijkheden voor preventie. Vervolgens wordt hier dan door de JGZ-verpleegkundigen op teruggekomen en later ook door de JGZ-arts.

De kraamverzorgende geeft aan dat deze beroepsgroep over te weinig kennis beschikt om antwoord te kunnen geven op vragen van ouders over dit onderwerp.

Verschillende ketenpartners zijn het erover eens dat er een standaard folder zou moeten komen. Deze moet volgens hen beschikken over afbeeldingen. Ook afbeeldingen van kindjes met plagiocephalie zodat ouders 'wakker worden geschud'. Motivatie van ouders blijkt namelijk een probleem te zijn bij het voorkomen en verminderen van voorkeurshouding. Deze folder moet volgens de kraamverzorgende en verloskundigen opgenomen worden in het kraamdossier.

Over het algemeen gezien valt tijdens de focusgroep op dat er heel verschillende mate van bekendheid met mogelijkheden van preventie is. Waar de kraamverzorgenden niet veel meer adviezen geven dan het bedje omdraaien, geven de JGZ-verpleegkundigen nog veel meer houding- en hanteringadviezen.

Daarnaast wordt door zowel de verloskundigen als de JGZ-verpleegkundigen en de JGZ-artsen benadrukt dat de moderne kleding ook niet handig is bij preventie van voorkeurshouding. Deze kleding gaat heel eenvoudig aan, waardoor kinderen tijdens het aankleden niet meer automatisch op de buik gedraaid hoeven te worden. Daarnaast is deze kleding vaak erg stug (zoals spijkerstof) en strak, waardoor zuigelingen 'als een plank in hun bedje liggen'.

Bij Naviva geldt als protocol dat de eerste twee weken zijligging wordt geadviseerd (in verband met spugen). Dit is in tegenstelling tot wat bij de andere organisaties gebeurt.

Ten slotte wordt door de fysiotherapeuten benadrukt dat niet alleen de houding maar ook het bewegen symmetrisch moet zijn. Ook stippen zij het gevaar aan van de 'trendy' maxi cosi die op een onderstel ook als kinderwagen kan worden gebruikt. Volgens hen is het daarnaast nog eens extra van belang vroeg met de buikligging te beginnen omdat kinderen die dat doen ook een betere motorische ontwikkeling laten zien.

Signaleren (Appendix T)

Bij zowel de verloskundigen als de kraamverzorgenden vindt geen actieve signalering plaats. Dit in tegenstelling tot de JGZ-verpleegkundigen en –artsen die wel actief signaleren. Zowel de JGZ-verpleegkundigen als de –artsen controleren of er sprake is van comorbiditeit is wanneer zij een voorkeurshouding signaleren. Zowel de JGZ-verpleegkundigen, de JGZ-artsen en de kinderfysiotherapeuten geven aan dat er registratie in het JGZ-dossier plaatsvindt van het aantal zuigelingen dat vanuit de JGZ naar KFT wordt verwezen.

Ten slotte geven de fysiotherapeuten aan dat de PCM een handig middel is om als houvast te dienen voor ouders (om de ontwikkeling van de plagiocephalie in de gaten te houden). PCM wordt gebruikt door kinderfysiotherapeuten als middel om mede het kinderfysiotherapeutisch beleid te bepalen en om eventueel helmadvies te indiceren. Wel zet een van hen een kanttekening bij de betrouwbaarheid in de praktijksituatie, wellicht t.g.v. onvoldoende ervaring met het instrument tot dan toe.

Verwijzing (Appendix U)

De verloskundigen geven aan ook ouders naar de osteopaat te verwijzen.

Door de vrije toegankelijkheid van KFT wordt in de praktijk ook door verloskundigen en JGZ-verpleegkundigen KFT geadviseerd wanneer zij een sterke voorkeurshouding zien. Onder de artsen zijn hier verschillende opvattingen over. De één vindt dit geen goede ontwikkeling en wil altijd de zuigeling nog zelf zien voordat verwezen wordt (om ook comorbiditeit uit te sluiten). De ander vindt het juist een prima ontwikkeling omdat de arts de zuigeling toch al met 1 maand heeft gezien. Bij de JGZ-verpleegkundigen wordt bevestigd dat er op dit moment geen vaste afspraken bestaan met betrekking tot het verwijzen. Dit gebeurt volgens de JGZ-verpleegkundigen en fysiotherapeuten ook lang niet altijd met een verwijsbrief (ook weer door die vrije toegankelijkheid). De fysiotherapeuten vinden dit echter niet echt een probleem indien er geen sprake is van comorbiditeit, zij gaan dan bij de behandeling op het verhaal van de ouders af. Zowel de JGZ-artsen als de fysiotherapeuten geven aan dat vaak al voor de derde maand wordt begonnen met KFT (zoals dat wel gebeurt volgens het protocol van Leo van Vlimmeren). Zij zijn hier blij mee, omdat in die eerste drie maanden de grootste vergroeiing plaatsvindt en na drie maanden de plagiocephalie al behoorlijk hardnekkig is.

De JGZ-artsen verwijzen ook naar KFT als er een asymmetrie in het bewegen is, of als de ouders extra steun nodig hebben. Volgens de fysiotherapeuten moet het al dan niet verwijzen naar hen afhankelijk zijn van de mate van plagiocephalie. Zuigelingen die zij extra snel willen zien zijn zuigelingen waarbij de plagiocephalie snel toeneemt en zuigelingen waarvan de ouders meer steun nodig hebben. De manueel therapeut voegt hier aan toe dat ook de mate van buikligging belangrijk is als indicator voor welke zuigelingen snel gezien moeten worden.

Aanpak (Appendix V)

Houding- en hanteringsadviezen worden gegeven door zowel de verloskundigen als de JGZ-verpleegkundigen en -artsen. De kraamverzorgende geeft aan over te weinig kennis te beschikken om dit te doen. De overige actoren geven wel een aantal adviezen, maar deze zijn niet volledig.

Door de JGZ-verpleegkundigen en -artsen worden bij de aanpak folders uitgedeeld met houding- en hanteringsadviezen. Dit gebeurt dus pas als er al sprake is van een voorkeurshouding.

JGZ-verpleegkundigen, -artsen en fysiotherapeuten zijn het er over eens dat hoog opgeleide ouders over het algemeen minder goed de adviezen opvolgen. Terwijl allochtone ouders juist zeer therapietrouw zijn. Bij deze allochtone ouders geldt dat er soms wel sprake is van een taalbarrière, waardoor het voordoen van de adviezen extra belangrijk wordt. Ook zijn al deze actoren het er over eens dat men het scheve hoofdje moet laten zien om ouders te motiveren de adviezen op te volgen. Volgens de JGZ-verpleegkundigen scheelt het hierbij als een thuisbezoek heeft plaatsgevonden, omdat dan een goede inschatting gemaakt kan worden over wat men met de adviezen zal gaan doen. Bij de JGZ-artsen en fysiotherapeuten bestaat twijfel over het nut van de redressiehelm. Ook vinden de JGZ-artsen het bij deze vorm van therapie onduidelijk hoe lang een dergelijke helm dan gedragen moet worden. Wanneer ouders twijfelen over het al dan niet aanschaffen van zo'n helm is volgens de artsen de mening van de fysiotherapeut doorslaggevend. Tegelijkertijd is volgens de fysiotherapeuten bij twijfel de mening van de JGZ-arts dan doorslaggevend. De fysiotherapeuten gebruiken voor de advisering over de helmtherapie de plagiocephalometrie. Hierbij lijkt het zo te zijn dat bij jongetjes vaker voor een helm wordt gekozen dan bij meisjes, waarschijnlijk omdat jongetjes later kaal worden en korte haartjes krijgen.

Tegenwoordig wordt bij veel gezinnen één of meer dagen per week opgepast door gastouders, daarom vinden de fysiotherapeuten het belangrijk dat zij ook bij de behandeling betrokken worden. Voor kinderen die naar een kinderdagverblijf gaan kan ook hier de behandeling plaatsvinden. Zo worden ook meteen de werknemers daar ingelicht over wat gedaan moet worden. De overige actoren zijn niet op de hoogte van deze mogelijkheid.

Ten slotte geven de fysiotherapeuten aan dat het ronde bolletje vaak geen prioriteit heeft bij ouders, zij moeten zich al over zoveel dingen zorgen maken dat het hoofdje 'nog wel komt'.

Follow-up (Appendix W)

Bij de verloskundige en kraamverzorgende vindt geen follow-up plaats. Bij de overdracht van verloskundige naar kraamverzorgende en van kraamverzorgende naar consultatiebureau wordt geen aandacht besteed aan een eventuele voorkeurshouding. Bij de overige actoren vindt wel follow-up plaats. Hierbij wordt doorgaans gerapporteerd aan de JGZ-arts, niet aan de huisarts. De huisarts heeft volgens de verschillende actoren te weinig ervaring met zuigelingen.

De fysiotherapeuten rapporteren op de leeftijd van 6 maanden naar de JGZ-arts. Eventueel vindt bij de fysiotherapeut zelf ook nog na 9 maanden follow-up plaats. Bij de manueel therapeut vindt follow-up plaats zodra de zuigeling zelfstandig kan lopen.

Risicofactoren (Appendix X)

Opvallend is dat de JGZ-verpleegkundigen aangeven niet op de hoogte te zijn van het feit dat er vaker een voorkeurshouding naar rechts is dan naar links. Daarnaast worden door de verschillende actoren nog een aantal mogelijke risicofactoren genoemd (waar overigens geen evidentie over bekend is). Zuigelingen met een cephaal hematoom en met een voorkeurshouding tijdens de zwangerschap zouden eerder een voorkeurshouding ontwikkelen. Daarnaast zouden zuigelingen snel een voorkeurshouding ontwikkelen doordat zij de eerste tijd een reflex hebben om overal tegenaan te drukken. Ook de vorm van het bekken van de moeder zou van invloed zijn. Tegelijkertijd wordt door de verloskundigen geen duidelijke relatie gezien met bevallingen met een vacuüm pomp of een tang. Wel wordt door de JGZ-artsen een relatie gezien met heupdysplasie.

6.3 Discussie

Aan het focusgroep onderzoek deden 12 actoren mee. 3 JGZ-artsen, 3 JGZ-verpleegkundigen, 2 fysiotherapeuten, 2 verloskundigen, 1 manueel therapeut en 1 kraamverzorgende. Er waren oorspronkelijk 2 kraamverzorgenden uitgenodigd, één van hen was helaas verhinderd. Daardoor bestaat hierbij het risico dat de visie van 'de kraamverzorgenden' te veel afhankelijk is van de persoonlijke mening van de deelnemster. Doordat er bij dit onderzoek voor gekozen is één focusgroep te houden bestaat dit gevaar vanzelfsprekend bij alle ketenpartners. Er was wegens tijdgebrek echter niet of nauwelijks mogelijkheid nog een focusgroep te houden. Bovendien kwam uit de eerste focusgroep al zeer veel bruikbare informatie. Een tweede focusgroep zou waarschijnlijk geen relevante nieuwe informatie opleveren. De deelnemers hadden allemaal al een aantal jaren ervaring in hun vakgebied. Dit varieerde van vijf jaar tot eenendertig jaar ervaring. Gemiddeld hadden de deelnemers iets meer dan veertien jaar ervaring. Door dit gevarieerde gezelschap wordt voorkomen dat bias op kan treden op basis van leeftijd of jaren ervaring. Daarnaast werken alle deelnemers in 'gemengde' wijken. Hierdoor hebben zij ervaring met zowel hoogopgeleide als wat minder hoogopgeleide ouders, maar ook met allochtone ouders (appendix Q). Hoewel tijdens de focusgroep werd geprobeerd zoveel mogelijk iedereen aan het woord te laten was er toch een aantal deelnemers die wat meer aan het woord waren en een aantal deelnemers die wat minder aan het woord waren. Dit 'probleem' werd opgevangen doordat er van iedere discipline wel iemand was die redelijk veel aan het woord was. Hierdoor was het niet zo dat een beroepsgroep onderbelicht bleef. Dit kan hoogstens gelden voor de manueel therapeut, maar hierbij kan opgemerkt worden dat deze beroepsgroep niet tot de kern van de ketenpartners bij deze problematiek behoort. Onder de deelnemers bestond groot enthousiasme over de ontwikkeling van een landelijke richtlijn en over het lopende onderzoek naar helmtherapie. Daardoor hadden ook alle deelnemers iets te vertellen over dit onderwerp. Dit heeft waarschijnlijk mede bijgedragen aan de grote hoeveelheid relevante informatie die verkregen is.

Het algemeen heersende ideaalbeeld voor de preventie van voorkeurshouding bij zuigelingen was dat de verloskundige en kraamverzorgende al aandacht schenken aan de houding- en hanteringadviezen. Vervolgens wordt hier dan tijdens het huisbezoek door de JGZ-verpleegkundige en later door de JGZ-verpleegkundige en –arts op het consultatiebureau op teruggekomen. Hierdoor wordt informatie vaker herhaald en zal deze waarschijnlijk beter blijven hangen bij ouders. Wat vervolgens opvalt, is dat terwijl de kraamverzorgenden dus heel belangrijk worden gevonden bij de preventie, zij tegelijkertijd over te weinig kennis zeggen te beschikken om antwoord te kunnen geven op vragen van ouders over dit onderwerp. Dit is ook opvallend omdat uit de interviews met ouders is gebleken dat de kraamverzorgende juist één van de belangrijkste bronnen van informatie is voor ouders over voorkeurshouding (hoofdstuk 5.1).

Moderne kleding voor zuigelingen, zoals spijkerpakken, zijn vaak te stug. Hierdoor wordt de bewegingsvrijheid van de zuigeling beperkt. Dit wordt op dit moment alleen bevestigd door practice-based evidence. Daarnaast is de kleding te snel aan te doen. Er zit vrijwel nooit meer een sluiting op de rug. Hierdoor wordt de zuigeling tijdens het aankleden niet meer automatisch op de buik gedraaid. Terwijl uit de analyse van de protocollen bleek dat het belangrijk is de zuigeling tijdens/na de verzorging op de buik te draaien (hoofdstuk 4.1.3).

Bij zowel de verloskundigen als de kraamverzorgenden vindt geen actieve signalering plaats. Dit is in tegenstelling tot wat op basis van de literatuur vermoed werd (hoofdstuk 3.6, tabel 3). Zowel de JGZ-verpleegkundigen, de JGZ-artsen als de kinderfysiotherapeuten geven aan dat registratie plaatsvindt van het aantal zuigelingen dat vanuit de JGZ naar KFT wordt verwezen. Dit is in tegenstelling tot wat uit de analyse van de protocollen bleek. Door de vrije toegankelijkheid van KFT wordt in de praktijk ook door verloskundigen en JGZ-verpleegkundigen KFT geadviseerd wanneer zij een sterke voorkeurshouding zien. Dit past ook niet bij wat in de analyse van de protocollen was gebleken.

Ten slotte geven de fysiotherapeuten aan dat de PCM een handig middel is om de ontwikkeling van de plagiocephalie in de gaten te houden. Wel zet een van hen een kanttekening bij de betrouwbaarheid. Dit is in tegenstelling tot de literatuur (Van Vlimmeren et al, 2006). Mogelijk heeft dit idee te maken met het onvoldoende uitvoeren van de methode volgens de instructies en te weinig ervaring met het instrument.

Zowel de JGZ-artsen, kinderfysiotherapeuten en manueel therapeut geven ten slotte allemaal aan dat vanwege de frequente bezoeken aan het CB automatisch wel follow-up plaatsvindt. Dit kan verklaren waarom tijdens de analyse van de bestaande protocollen bleek dat de follow-up in de protocollen niet of nauwelijks werd genoemd.

6.4 Conclusie focusgroep onderzoek

Met behulp van het focusgroep onderzoek wordt antwoord gegeven op de derde deelvraag. Deze luidt: *‘Waar liggen knelpunten waar professionals in de keten van zorg voor zuigelingen met een voorkeurshouding tegenaan lopen?’*

Bij de preventie van een voorkeurshouding bij zuigelingen is het vooral van belang dat de verloskundige en kraamverzorgende hierbij betrokken worden. Om dit mogelijk te maken moet de kennis van deze beroepsgroepen over dit onderwerp vergroot worden. Daarnaast moet een opvallende standaard folder worden ontwikkeld, die onder andere door middel van illustraties in staat is ouders te motiveren de nodige preventieve maatregelen te treffen. De bestaande folders zijn van sterk wisselende kwaliteit en belanden vaak onder op de stapel folders die rond de geboorte door de ouders ontvangen worden. Bij de signalering valt vooral de gemiste kans op die ontstaat doordat de kraamverzorgenden (en de verloskundigen) niet actief signaleren. Ook dit hangt weer samen met het kennistekort bij deze beroepsgroep(en).

Opvallend bij de verwijzing was vooral dat de verloskundigen aangeven ouders naar osteopathie te verwijzen. Voor deze behandeling is de effectiviteit niet aangetoond, het is zelfs mogelijk dat deze behandeling schadelijk is. Al is het maar doordat door het volgen van deze behandeling andere (bewezen effectieve) behandelingen uit- of afgesteld worden.

Mede door de vrije toegankelijkheid van KFT lijkt de verwijzing naar deze therapie door een arts minder noodzakelijk. Door de vaste bezoeken aan het consultatiebureau worden alle zuigelingen op verschillende momenten gezien door de JGZ-verpleegkundigen en –artsen. Niet alle artsen zijn het echter eens met de verminderde noodzaak van het verwijzen door de arts. Zij willen de zuigeling toch nog zien voordat met de KFT wordt begonnen.

Bij de aanpak valt op dat eigenlijk alleen de JGZ-verpleegkundige en -arts de volledige houding- en hanteringsadviezen geven. De overige beroepsgroepen geven slechts een aantal van deze adviezen. Daarnaast valt op dat pas in deze fase de folders worden uitgedeeld door JGZ-verpleegkundigen (dus niet preventief). Zowel bij de JGZ-artsen als bij de fysiotherapeuten bestaat twijfel over de werking van de redressiehelm. Verder onderzoek op dit gebied is gewenst en vindt op dit moment ook al plaats. Etniciteit lijkt niet of nauwelijks een rol te spelen in het geheel. Hoewel soms een taalbarrière bestaat kan deze vaak omzeild worden door adviezen ook voor te doen. Vervolgens zijn allochtone ouders volgens de zorgverleners over het algemeen meer therapietrouw dan autochtone ouders. Ook gastouders of kinderdagverblijf kunnen betrokken worden bij de behandeling van een voorkeurshouding en DP.

De follow-up lijkt bij de zorgverleners niet echt een issue. Doordat, zoals eerder werd gezegd, de zuigelingen standaard op verschillende tijden worden gezien door de JGZ-verpleegkundige en –arts. Wel blijkt hier dat de huisarts geen actieve deelnemer is aan het zorgproces. Dit is opvallend omdat in het Nederlandse zorgstelsel de huisarts fungeert als gezinsarts en poortwachter. De huisarts zou dus zeker op de hoogte moeten zijn van de situatie in het gezin (en dus de situatie van de zuigeling).

Ten slotte wordt door de zorgverleners nog een aantal risicofactoren gesuggereerd, waar geen evidentie voor is in de literatuur.

7. Conclusies

De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt: *“wat zijn voor professionals in de keten van zorg voor zuigelingen de knelpunten in de preventie, vroegsignalering en aanpak van een voorkeurshouding?”* Op deze vraag zal hieronder antwoord worden gegeven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen procedurele- en inhoudelijke conclusies.

7.1 Procedureel

- Primaire preventie is van doorslaggevend belang bij de problematiek betreffende de voorkeurshouding bij zuigelingen. Deze preventie is soms echter in strijd met de preventie van wiegendood.
- Op dit moment worden niet alle relevante beroepsgroepen betrokken bij de preventie van voorkeurshouding bij zuigelingen. Misschien wel de belangrijkste ontbrekende beroepsgroep zijn de kraamverzorgenden.
- Op dit moment worden niet alle relevante instellingen betrokken bij de preventie van voorkeurshouding bij zuigelingen. Instellingen die ontbreken zijn bijvoorbeeld gastouderbureaus en kinderdagverblijven.
- JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD-instellingen hebben op dit moment allemaal verschillende folders. De kwaliteit van deze folders is erg wisselend.
- Gedurende de eerste periode na de geboorte is bij ouders sprake van informatie overload. Eventuele folders die ouders in deze periode ontvangen worden vaak niet eens gelezen.
- Een aantal JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties en GGD-instellingen heeft op dit moment eigen protocollen over het voorkomen en behandelen van voorkeurshouding bij zuigelingen. Zowel de inhoudelijke als de methodologische kwaliteit van deze protocollen is over het algemeen niet hoog, hoewel deze wellicht in sommige gevallen te streng beoordeeld zijn omdat het werkinstructies zijn in plaats van protocollen.
- Op dit moment bestaan er geen duidelijke criteria voor verwijzing. Dit schept ook veel onduidelijkheid voor de zorgverleners zelf. Hierdoor ontstaat het gevaar dat te veel of juist te weinig zuigelingen worden verwezen naar KFT of helmredressietherapie.
- Op dit moment bestaat er geen vaste procedure voor het verwijzen. Hierdoor wordt door veel verschillende beroepsgroepen verwezen. Hierdoor ontstaat het gevaar dat te veel zuigelingen worden verwezen naar bijvoorbeeld KFT. Ook wordt zo soms het CB niet betrokken bij de behandeling, zo wordt niet optimaal gebruik gemaakt van de expertise van de JGZ. Ook wordt, door beroepsgroepen die te weinig kennis hebben over de voorkeurshouding, soms zelfs verwezen naar een therapievorm (zoals osteopathie) waar geen evidence voor is. Dit kan de voorkeurshouding zelfs verergeren.
- Op dit moment vindt onvolledige registratie plaats. Er wordt wel vastgelegd hoeveel zuigelingen vanuit de JGZ worden verwezen naar KFT, maar niet om welke reden. Daarnaast worden de zuigelingen die behandeld worden door houding- en hanteringadviezen niet geregistreerd. De prevalentie- en incidentie cijfers van voorkeurshouding en DP zijn daardoor onbekend. Ook kan hierdoor het effect van de landelijke richtlijn (en verschillende behandelvormen) niet worden gemeten.
- Op dit moment vindt de follow-up voornamelijk plaats richting het CB. De huisarts wordt bij het gehele proces van preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding niet betrokken.
- Follow-up vindt op dit moment automatisch plaats tijdens de bezoeken die elke maand aan het CB worden afgelegd. Dit kan verklaren waarom in de bestaande protocollen niet/nauwelijks aandacht wordt besteed aan follow-up. Daarnaast regelen de fysiotherapeuten zelf vaak ook een follow-up na een behandeling. Dit gebeurt dan wanneer de zuigeling 6 maanden oud is. De Huisarts speelt geen rol bij de follow-up.

7.2 Inhoudelijk

- Primaire en secundaire preventie moet zich richten op postnatale risicofactoren: een voorkeurshouding tijdens de slaap, wijze van voeden (flesvoeding), altijd dezelfde positionering tijdens het voeden, altijd dezelfde positie tijdens verzorgen, altijd het hoofd aan dezelfde kant van de borst dragen, weinig in buikligging spelen (<3x per dag) en een langzame motorische ontwikkeling.
- Primaire preventie van voorkeurshouding is soms in strijd met preventie van wiegendood.
- De kraamverzorgende heeft op dit moment weinig kennis over voorkeurshouding en DP. Hierdoor kunnen zij nu ook niet veel doen aan preventie.
- Bij de preventie wordt vaak geen advies gegeven over de kleding van de zuigeling. Moderne kleding is vaak te strak en stug, waardoor de zuigeling sterk beperkte bewegingsvrijheid heeft. Ditzelfde geldt voor 'trendy' autozitjes die op een frame geplaatst kunnen worden om dienst te doen als kinderwagen.
- Een goede motivatie van de ouders is gedurende het hele traject van preventie tot behandeling van een voorkeurshouding bij zuigelingen van groot belang. Om deze motivatie groter te maken moeten zorgverleners de DP van het hoofdje uitdrukkelijk aan de ouders laten zien.
- Etniciteit is nauwelijks van invloed op de preventie, vroegsignalering en aanpak van voorkeurshouding bij zuigelingen. Er kan sprake zijn van een taalbarrière, maar deze is over het algemeen te overwinnen door niet alleen mondeling adviezen te geven, maar ze ook voor te doen. Wanneer allochtone ouders doordrongen zijn van het belang van het opvolgen van de adviezen zijn zij over het algemeen meer therapietrouw dan autochtone ouders.
- Signalering gebeurt op dit moment door JGZ-verpleegkundigen en –artsen.
- Bij het bepalen van het beleid van de kinderfysiotherapeut en bij het stellen van de indicatie voor helmtherapie wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van de plagiocephalometrie.
- Aandacht is nodig voor goede scholing en bijscholing van kinderfysiotherapeuten voor het volgens de instructies (blijven) uitvoeren van de plagiocephalometrie. Dit is van belang om de in onderzoek aangetoonde reproduceerbaarheid ook in de praktijk hoog te houden.
- De betrouwbaarheid van PCM lijkt gevoelig te zijn voor de vaardigheid van de gebruiker. Bij het gebruik van plagiocephalometrie (PCM) is goede scholing van de gebruikers dan ook van groot belang. Daarnaast moeten duidelijke instructies worden gegeven en opgevolgd voor het gebruik van het thermoplastbandje.
- De behandeling van een voorkeurshouding en/of deformatieve plagiocephalie bestaat op dit moment uit het geven van houding- en hanteringadviezen aan de ouders (door JGZ-verpleegkundige en –arts), KFT en helmredressietherapie. Niet alle beroepsgroepen zijn even goed op de hoogte van de houding- en hanteringadviezen.
- Vaak worden folders pas uitgedeeld wanneer al sprake is van een voorkeurshouding en/of DP. Dus niet primair- maar secundair preventief.
- Over het algemeen wordt al voor de derde levensmaand begonnen met KFT. Dit is een goede ontwikkeling omdat de schedelvervorming na drie maanden al relatief hardnekkig is. Ook gastouders en kinderdagverblijven kunnen betrokken worden bij de fysiotherapeutische behandeling. Hiervan zijn andere beroepsgroepen dan de fysiotherapeuten op dit moment niet op de hoogte.
- Over de werking en noodzaak van helmredressietherapie bestaat bij de zorgverleners twijfel. Ook in bestaande literatuur kan hier geen uitsluitend gegeven worden.
- Er bestaat veel onduidelijkheid over de wenselijkheid van het gebruik van fixatiemiddelen.

8. Aanbevelingen

Op basis van de in hoofdstuk 7 behandelde conclusies zal hier een aantal aanbevelingen worden gedaan waaraan in de te ontwikkelen landelijke richtlijn aandacht moet worden besteed. Ook hier wordt onderscheid gemaakt tussen procedurele en inhoudelijke aanbevelingen.

8.1 Procedureel

- In een landelijke richtlijn kunnen de definities voor voorkeurshouding en deformatieve plagiocephalie worden gebruikt die ook in dit onderzoek zijn gebruikt. Daarnaast moet de landelijke richtlijn 'Preventie, vroegsignalering en aanpak van een voorkeurshouding bij zuigelingen' regelmatig herzien worden.
- In de landelijke richtlijn moet de primaire preventie een belangrijke rol spelen.
- Beroepsgroepen die een plaats moeten krijgen in de landelijke richtlijn zijn: zwangerschapsgym docent, verloskundige, kraamverzorgende, JGZ-verpleegkundige, JGZ-arts en (kinder)fysiotherapeut.
- Instellingen die een plaats moeten krijgen in de landelijke richtlijn zijn in ieder geval: gastouderbureaus en kinderdagverblijven.
- De landelijke richtlijn moet ondersteund worden door een standaard folder. De folder moet vooral zorgen voor bewustwording van ouders. Hierbij zijn illustraties/foto's van scheve hoofdjes van zuigelingen belangrijk. In deze folder staan ook de houding- en hanteringadviezen, verduidelijkt door illustraties/foto's. Hierbij wordt ook kort uitgelegd waarom de adviezen van belang zijn. De folder moet worden uitgegeven in verschillende talen (zoals Turks en Engels).
- De standaard folder (of een verwijzing daarnaar) moet opgenomen worden in het kraamdossier. Zo is de informatie altijd terug te vinden door ouders en te gebruiken als naslagwerk.
- In de standaard folder moet aandacht geschonken worden aan alle bekende houding- en hanteringadviezen.
- De landelijke richtlijn moet worden opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep om een zo groot mogelijk draagvlak te creëren. In deze werkgroep moeten de belangrijkste ketenpartners in de zorg voor zuigelingen vertegenwoordigd zijn.
- Het gebruiken van een bestaand protocol als basis voor de landelijke richtlijn lijkt vanuit methodologisch oogpunt niet aan te raden. Mocht dit toch de voorkeur hebben, dan is het protocol van Noord Oost Brabant op basis van inhoudelijke compleetheid het meest geschikt.
- In de landelijke richtlijn moeten procedures voor verwijzing worden vastgelegd. Hierbij moet ook vastgelegd worden door wie verwezen mag/moet worden. In welke periode en onder welke omstandigheden precies verwezen moet worden naar kinderfysiotherapie (KFT) moet nader onderzocht worden.
- Registratie van het aantal zuigelingen dat een voorkeurshouding en/of DP heeft moet gekoppeld worden aan de verwijscodes die de JGZ nu al in moet voeren voor de gemeente. Door een kleine aanpassing kunnen aparte codes ingevoerd worden voor 'verwijzing naar KFT vanwege voorkeurshouding'. Zo kan, zonder extra werk voor de JGZ-artsen, inzichtelijk worden gemaakt hoe hoog de incidentie en prevalentie van voorkeurshouding bij zuigelingen in Nederland zijn. Ook kan zo de effectiviteit van de landelijke richtlijn beoordeeld worden.
- Voor de follow-up moeten standaard procedures worden vastgesteld. Wat deze procedures precies moeten zijn moet nader worden onderzocht. Ook moet hierbij gelet worden op de deskundige aan wie wordt terug gerapporteerd. Dit kan zijn aan de JGZ-arts (die de meeste ervaring heeft met zuigelingen) en/of aan de huisarts (die de functie van gezinsarts vervult).

8.2 Inhoudelijk

- Primaire en secundaire preventie moet zich richten op postnatale risicofactoren: een voorkeurshouding tijdens de slaap, wijze van voeden (flesvoeding), altijd dezelfde positionering tijdens het voeden, altijd dezelfde positie tijdens verzorgen, altijd het hoofd aan dezelfde kant van de borst dragen, weinig in buikligging spelen (<3x per dag) en een langzame motorische ontwikkeling.
- Alle beroepsgroepen die betrokken zijn bij het zorgproces moeten bijgeschoold worden om te zorgen dat iedereen op de hoogte is van de laatste stand van kennis. Speciale aandacht moet hierbij uitgaan naar de kraamverzorgenden. Zij kunnen een sleutelrol spelen in succesvolle preventie van voorkeurshouding bij zuigelingen, mede door ouders direct vanaf het begin te leren de houding van de zuigeling af te wisselen.
- Gedurende de eerste periode na de geboorte is er sprake van een informatie overload bij ouders. Om deze voor te zijn moet de zwangerschapsgym docent en verloskundige betrokken worden bij de preventie. Door deze al aandacht te laten besteden aan de problematiek en de houding- en hanteringadviezen (en eventueel al de folder uit te laten delen) hebben ouders meer tijd om zich hierin te verdiepen.
- Tijdens de zwangerschapsperiode (de periode waarin de eerste aankopen voor de zuigeling worden gedaan) moeten ouders al voorgelicht worden over het belang van soepele en ruimzittende kleding voor de zuigeling. Ook moet in deze periode voorlichting gegeven worden over waar op gelet moet worden bij de aanschaf van een kinderwagen (goede vering, voldoende bewegingsvrijheid). Hierbij moet ook ingegaan worden op de autozitjes die ook als kinderwagen dienen.
- Wanneer een deformatieve plagiocephalie wordt gesignaleerd moet men deze ook heel duidelijk aan de ouders laten zien. Dit draagt bij aan grotere motivatie voor de behandeling.
- In de landelijke richtlijn moet worden vastgelegd wie verantwoordelijk zijn voor de signalering. Dit kan alleen de JGZ-arts zijn of zowel de JGZ-arts als de –verpleegkundige. Hier moet nader onderzoek naar verricht worden.
- Voor de signalering blijft vooralsnog de subjectieve beoordeling door JGZ-verpleegkundige en -arts het belangrijkste. Het gebruik van PCM is voor het consultatiebureau te tijdrovend. Wel wordt deze methode door fysiotherapeuten gebruikt, als houvast voor ouders en voor het bepalen van het beleid. (Bij)Scholing van de gebruikers van belang om de betrouwbaarheid groot te houden.
- Het geven van houding- en hanteringadviezen en KFT lijken afdoende methoden voor de aanpak van een voorkeurshouding en/of DP. Deze kunnen eventueel (afhankelijk van de uitkomst van lopend onderzoek) aangevuld worden met helmredressietherapie. Wel moeten alle relevante beroepsgroepen dan op de hoogte zijn van de houding- en hanteringadviezen.
- In de landelijke richtlijn moet worden vastgelegd dat de folder primair preventief dient te worden ingezet.
- Bij behandeling met KFT moet standaard nagegaan worden of, en hoeveel dagen per week, de zuigelingen door anderen dan de ouders wordt verzorgd. Deze anderen (bijvoorbeeld gastouders of kinderdagverblijf) moeten dan ook betrokken worden bij de behandeling.
- Nader onderzoek moet plaatsvinden naar de effectiviteit en efficiëntie van helmredressietherapie voordat hiernaar verwezen kan worden in een landelijke richtlijn.
- De wenselijkheid van het gebruik van fixatiemiddelen moet in de landelijke richtlijn expliciet worden besproken.
- Ten slotte moet na een vooraf bepaalde periode de effectiviteit van de landelijke richtlijn worden beoordeeld. Hierbij moet gekeken worden naar de prevalentie van zuigelingen met een voorkeurshouding, het aantal zuigelingen dat naar KFT wordt verwezen en het aantal zuigelingen dat naar helmredressietherapie wordt verwezen.

Literatuur

Babbie E. (2004), *The practice of social research*, 10th edition. Wadsworth, Thomson learning, Inc.

Balan P. et al (2002), *Auditory ERP's reveal brain dysfunction in infants with plagiocephalie*, In: Journal of Craniofacial Surgery 13, pp 520-525.

Boere-Boonekamp M.M. et al (2005), *Voorkeurshouding bij zuigelingen: prevalentie, preventie en aanpak*, In: Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg 5, pp 92-97.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1836032&blobtype=pdf>

Boere-Boonekamp M.M. & Linden-Kuiper van der A.T. (2001), *Positional preference: Prevalence in infants and follow-up after two years*. In: Pediatrics, Official journal of the American Academy of Pediatrics 107, pp 339-343.

Boere-Boonekamp M.M., Linden-Kuiper van der A.T. & Bunge-Van Lent F.C.G.M. (1999), *Geen asymmetrie van de hoofddrotatie en -vorm bij driekwart van de 2-3 jarigen die als zuigeling een voorkeurshouding hadden*. In: Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde 143, pp 569-571.

Boere-Boonekamp M.M., Linden-Kuiper van der A.T. & Es van P. (1997), *Voorkeurshouding bij zuigelingen; groot beroep op de gezondheidszorg*. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 141, pp 769-772.

Boland W. & Eijkhout H. (2007), *Protocol Voorkeurshouding GGD Amstelland de Meerlanden*.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1836032&blobtype=pdf>

Geurts P. (1999), *Van probleem naar onderzoek*. Coutinho: Bussum.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1836032&blobtype=pdf>

Hutchison B.L. et al (2004), *Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study*. In: Pediatrics, Official journal of the American Academy of Pediatrics 114, pp 970-980.

Incidentie van wiegendood in Nederland, Stichting Wiegedood, Geraadpleegd op 23 december 2008.
<http://www.wiegedood.nl/modules/content/index.php?section=21>

Jonge de G.A. et al, (1989), *Cot death and prone sleeping position in the Netherlands*. In: British Medical Journal 298, pp 722. Geraadpleegd op: 23 december 2008.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1836032&blobtype=pdf>

Ketenzorgafspraken: Preventie en vroegsignalering voorkeurshouding Brabant Noord Oost (2008). Werkgroep Voorkeurshouding bij zuigelingen. Geraadpleegd op 23 december 2008.
<http://www.kraamsupportonline.nl/download/20080915%20%20ketenzorgafspraken%20voorkeurshouding.pdf>

Kordestani R.K., et al, (2006). *Neurodevelopment delays in children with deformational plagiocephaly*. In: Plastic and Reconstructive Surgery 18, pp 808-809.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2004), *Handleiding Focusgroep Onderzoek*, Sept 2004.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2005), *Evidence-based richtlijnontwikkeling; Handleiding voor werkgroepen*, April 2005.

Miller R.I. & Clarren S.K. (2000), *Long-term developmental outcomes in patients with deformational plagiocephalie*, In: Pediatrics, Official journal of the American Academy of Pediatrics 105, E26.

Morgan D.L. (1988), *Focus Groups as Qualitative Research*, Newbury Park: SAGE publications.

Peitsch W.K., et al (2002), *Incidence of Cranial Asymmetry in Healthy Newborns*. In: Pediatrics, Official journal of the American Academy of Pediatrics 110, pp 1-8.

Persing J.A. (2001), *Discussion on: neurodevelopment in children with single-suture craniosynostosis and plagiocephaly without synostosis*. In: Plastic and Reconstructive Surgery 108, pp 1499-1500.

Persing J.A. Et al (2004), *Prevention and management of positional skull deformities in infants*. In: Pediatrics, Official journal of the American Academy of Pediatrics 112, pp 119-202.

Pruyn A. & Wilke H. (2001), *Sociale Psychologie voor Managers*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Ruys J.H., Engelberts A.C. & Velzen-Mol van H.W.M (2007), *Richtlijn Preventie Wiegendood*. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Geraadpleegd op: 23 december 2008.
<http://www.nvk.pedinet.nl/pdfs/lww.pdf>

Teger A. & Pruitt D.G. (1967), *Components of group risk taking*, In: Journal of Experimental Social Psychology 3, pp 189-205.

The AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) instrument*. Geraadpleegd op: 13 februari 2009. www.agreecollaboration.org

Vlimmeren van L.A., et al (2006), *Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study*. European Journal of Pediatrics 165, pp 149-157.

Vlimmeren van L.A. (2007), *Asymmetry in infancy; the effect of paediatric physical therapy on the course of deformational plagiocephalie and subsequent developmental delay*, april 2007.

Vlimmeren van L.A., et al (2007), *Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at seven weeks of age – a prospective cohort study*. In: Pediatrics, Official journal of the American Academy of Pediatrics 119, pp 408-418.

Vlimmeren van L.A., et al (2008), *State of the art. Zuigelingen asymmetrie; voorkeurshouding en deformatieve plagiocephalie*. In: Nederlands Tijdschrift der Fysiotherapie 118(4), pp 95-100.

ZonMw projectenpoort (2008), *Richtlijnontwikkeling jeugdgezondheidszorg: Preventie, vroegsignalering en aanpak van voorkeurshouding en plagiocefalie*. Geraadpleegd op 24 december.
<http://zonmw.collexis.net/projectssummary.asp?foreignid=156000007>

Wieringen van J.C.M (2008), *Wat is Jeugdgezondheidszorg?* Geraadpleegd op: 8 april 2009.
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html

Begrippenlijst

AGREE / Appraisal of Guidelines of Research and Evaluation

Het AGREE instrument is een methode voor het systematisch beoordelen van richtlijnen. Het instrument is tot stand gekomen door internationale samenwerking tussen onderzoekers uit 13 landen. Doel van het instrument is het bieden van een raamwerk voor het beoordelen van de methodologische kwaliteit van klinische richtlijnen (The AGREE Collaboration, 2001).

CB / Consultatiebureau

Het consultatiebureau is een onderdeel van de Jeugdgezondheidszorg. Het verzorgt de medische basiszorg en preventie bij kinderen van 0 tot 4 jaar. Bij het consultatiebureau zijn een JGZ-arts en een JGZ-verpleegkundige werkzaam. Zij worden ondersteund door een assistente.

DB / Deformatieve Brachycephalie

Afplatting van de schedel aan de middenachterkant.

DP / Deformatieve Plagiocephalie

'Assymetrie van het hoofd en mogelijk het gelaat van de baby, als gevolg van prenatale en/of postnatale krachten op de groeiende schedel' (Van Vlimmeren, Helders, Van Der Graaf et al, 2008).

EBRO / Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling

Een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming door professionals in de zorg, dat gebaseerd is op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Richtlijnen zijn bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Incidentie

Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte per tijdseenheid per aantal van de bevolking. Meestal per honderdduizend personen per jaar.

JGZ / Jeugdgezondheidszorg

'Jeugdgezondheidszorg is preventieve gezondheidszorg die aan alle kinderen van nul tot negentien jaar in Nederland wordt aangeboden. Het doel van de jeugdgezondheidszorg is het volgen van de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen en het signaleren van stoornissen daarin, gericht op het tijdig aanbieden van interventies. In de eerste vier levensjaren ligt het accent voornamelijk op de lichamelijke (bijvoorbeeld groei, motoriek), psychische (bijvoorbeeld angstig, hechting) en cognitieve ontwikkeling (logisch denken, taalontwikkeling) en mogelijke risico's in het eerste milieu' (Van Wieringen, 2008).

KFT / Kinderfysiotherapie

Zorg die geleverd wordt door een fysiotherapeut die zich heeft gespecialiseerd in de behandeling van kinderen.

PCM / Plagiocephalometrie

Plagiocephalie is een recent ontwikkelde meetmethode om de vorm van de schedel op eenvoudige wijze vast te kunnen stellen. Er wordt met behulp van een zacht en warm bandje thermoplast een nauwkeurige afdruk gemaakt van de grootste transversale omtrek van het hoofd (als het ware vlak boven de oren langs). Op dit bandje worden dan de posities van de oren en de neus aangegeven. Dit bandje wordt vervolgens gekopieerd op papier, waardoor bijvoorbeeld verschillende metingen eenvoudig vergeleken kunnen worden.

Prevalentie

Hoeveel mensen uit een gegeven aantal op enig moment aan een ziekte lijden.

VKH / Voorkeurshouding

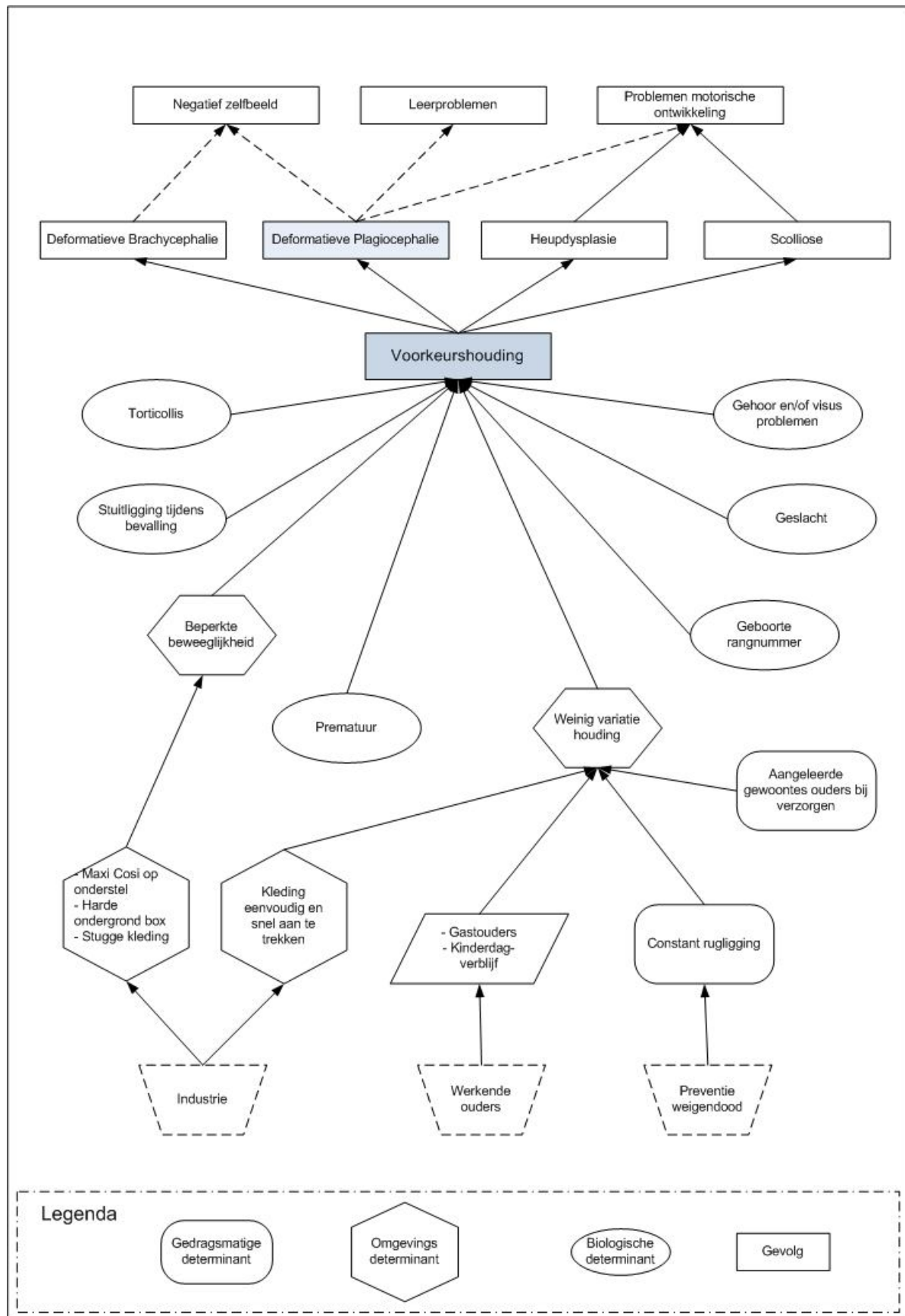
'De toestand van de zuigeling waarbij deze in rugligging spontaan het hoofd of naar de rechterzijde of naar de linkerzijde geroteerd houdt gedurende driekwart van de observatietijd (minimaal 15 minuten), zonder actieve rotatiemogelijkheid van het hoofd over de volledige 180 graden' (Boere-Boonekamp & Linden-Kuiper, 2001).

Appendix

A: Aangeschreven organisaties

Organisatie	Protocol	Folder
Allevo Zorg- en Dienstverlening	-	-
Careyn, Thuiszorg Breda	-	-
Careyn, Zuid-Hollandse Eilanden (ZHE)	-	-
GGD regio Nijmegen	-	-
Stichting Amsterdam Thuiszorg, locatie Baarsjesweg	-	-
Stichting Carint Reggeland Groep	-	-
Stichting De StromenOpmaat, Opmaat	-	-
Stichting De Zorgboog	-	-
Stichting Philadelphia Zorg, Kruiswerk West-Veluwe	-	-
Stichting Zorgbeheer De Zellingen, Thuiszorg	-	-
Verian	-	-
Vivent	-	-
Zorggroep Ter Weel Zorgstroom	-	-
Zorggroep STR, Ouder & Kindzorg Rotterdam BV	-	-
GGD Gooi en Vechtstreek	-	+
GGD Zeeland	-	+
Kwadrantgroep, Thuiszorg De Friese Wouden	-	+
Livio	-	+
Meavita Nederland	-	+
Orbis Medisch en Zorgconcern	-	+
Rivas Zorggroep	-	+
Stichting Aveant	-	+
Stichting Florence	-	+
Stichting Thuiszorg & MaWe Rivierenland	-	+
Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	-	+
Vierstroomzorgring B.V.	-	+
Zorgbalans, Jeugdgezondheidszorg Kennemerland	-	+
Zorggroep Oude en Nieuwe land	-	+
Activite	+	-
Beweging 3.0	+	-
Evean Jeugdgezondheidszorg	+	-
Omring	+	-
Zorggroep Almere	+	-
Careyn	+	+
Evean, Icare Jeugdgezondheidszorg	+	+
GGD Amsterdam	+	+
Hulpverleningsdienst Groningen	+	+
MeanderGroep Zuid-Limburg	+	+
Meavita Nederland, Sensire Yunio	+	+
Meavita Nederland, Vitras/CMD	+	+
Pantein - STBNO Groep, Thuiszorg	+	+
Stichting Carinova	+	+
Stichting GroenekruisDomicura	+	+
Stichting Thuiszorg Midden Gelderland	+	+
Stichting Thuiszorg West Brabant	+	+
Stichting Thuiszorg Zuidwest Friesland	+	+
Stichting Valent RDB voor Zorg, Welzijn en Wonen	+	+
Stichting ZuidZorg	+	+
Zorggroep Noord- en Midden Limburg, Thuiszorg Midden Limburg	+	+

B: Causaal veldmodel voorkeurshouding



C: AGREE instrument invulformulier

AGREE INSTRUMENT INVULFORMULIER

ONDERWERP EN DOEL

- | | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|------------------------|
| 1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |

BETROKKENHEID VAN BELANGHEBBENDEN

- | | | | | | | |
|---|----------------------|---|---|---|---|------------------------|
| 4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |

METHODOLOGIE

- | | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|------------------------|
| 8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |
| 14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld. | Ze
er
E
ens | 4 | 3 | 2 | 1 | Ze
er
O
neens |

AGREE INSTRUMENT INVULFORMULIER

HELDERHEID EN PRESENTATIE

- | | | | | | | | |
|--|--------------|--|---|---|---|---|----------------|
| 15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

TOEPASSING

- | | | | | | | | |
|---|--------------|--|---|---|---|---|----------------|
| 19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

ONAFHANKELIJKHEID VAN DE OPSTELLERS

- | | | | | | | | |
|--|--------------|--|---|---|---|---|----------------|
| 22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd. | Zeer
Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer
Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

ALGEMEEN OORDEEL

Zou u deze richtlijn aanbevelen voor gebruik in de praktijk?

- | | |
|---|---|
| Sterk aan te bevelen | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen) | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| Niet aan te bevelen | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| On zeker | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

D: Analyse van protocollen met het AGREE instrument

Het AGREE instrument maakt gebruik van een lijst met drieëntwintig vragen. Deze zijn opgedeeld in verschillende deelonderwerpen. De protocollen die in dit onderzoek worden geanalyseerd zijn erg verschillend in uitgebreidheid en kwaliteit. Er is daarom voor gekozen alleen de scores van deze deelonderwerpen op te nemen in het onderzoek (in plaats van de scores per vraag).

Het eerste deelonderwerp is 'Onderwerp en doel', vraag hierbij is of het doel, het onderwerp en de patiëntenpopulatie specifiek staan beschreven. 'Betrokkenheid van belanghebbenden' gaat over de vraag of het protocol is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep, of het patiëntenperspectief duidelijk is en of de beoogde gebruikers zijn vermeld. De 'Methodologie' gaat, zoals de naam al zegt, over de vraag of en hoe wetenschappelijke literatuur is gebruikt bij het formuleren van aanbevelingen. Daarnaast gaat het hier om de vraag of het protocol door externe experts is beoordeeld en of er evaluatie procedure is vastgelegd. Bij 'Helderheid en presentatie' gaat het om de eenvoud in het dagelijks gebruik: is in één oogopslag door de gebruiker te vinden wat hij/zij moet weten. De 'Toepassing' gaat over organisatorische en financiële belemmeringen, de 'Onafhankelijkheid van de opstellers' gaat over de mogelijke invloed van financierende instanties en belangenconflicten van werkgroepleden.

Alle protocollen zijn door dezelfde persoon (N. de Jong) beoordeeld. Hierdoor wordt voorkomen dat verschillende scores worden gegeven door onderzoekerbias. Dit is nog extra getest door, met enige tijd ertussen, het protocol van de West Friese Omring twee maal te beoordelen. Hier kwam een verschil van één punt uit (40 en 41).

Tabel 4: AGREE scores van bestaande protocollen

	Groningen	Friesland	West Friese Omring	Sensire Yunio	STMG	Amant	Zorggroep Almere	Evean	Amstelland	ActiVite	Noord Oost Brabant	ZuidZorg	Limburg	Meander	Groene Kruis	Stichting Vitras/CMD	Stichting Carinova	Careyn Jeugd & Gezin	STWB	Valent	Icare JGZ
Onderwerp en doel	6	4	8	8	9	8	8	9	8	4	9	8	10	6	8	4	6	7	9	8	9
Betrokkenheid belanghebbenden	6	7	7	8	7	6	8	5	8	5	10	7	5	7	10	7	6	7	10	9	8
Methodologie	10	9	11	10	15	11	10	14	12	8	20	12	9	9	17	8	7	9	10	10	14
Helderheid / presentatie	5	5	7	8	7	7	6	7	4	7	8	8	8	8	7	8	8	7	7	8	9
Toepassing	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Afhankelijkheid schrijver	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Totaal	35	33	41	42	46	40	38	43	38	31	56	43	40	38	50	35	35	38	44	43	48

E: Beoordelingscriteria protocollen op basis van literatuur

De protocollen worden op basis van de literatuur beoordeeld op een aantal categorieën criteria. Deze worden hieronder kort besproken.

Algemene criteria

Ten eerste zijn een aantal algemene criteria van belang: is het jaar van opstellen gegeven, wordt het doel van het protocol duidelijk weergegeven en worden de begrippen voorkeurshouding en plagiocephalie uitgelegd. Het jaar waarin het protocol is opgesteld is relevant omdat daaraan gezien kan worden of het protocol naar de laatste stand van kennis is opgesteld. Dat het doel duidelijk wordt weergegeven is vooral relevant in het dagelijkse gebruik van een protocol. Gebruikers moeten in een paar seconden kunnen zien waarvoor men dit protocol dient te gebruiken. Uitleg van de begrippen voorkeurshouding en plagiocephalie is vooral van belang om te zorgen dat iedereen over hetzelfde praat. Het is zo ook relatief eenvoudiger zorg op elkaar af te stemmen.

Kwalitatieve criteria

Ten tweede zijn een aantal kwalitatieve criteria opgenomen in het schema. Hier wordt gekeken of er een evaluatie datum is vastgelegd. Dit is van belang om te kunnen zien of het protocol meegaat met de laatste stand van kennis over het onderwerp. Daarnaast wordt gekeken of verwijsmethoden zijn vastgelegd en of gevallen van voorkeurshouding en plagiocephalie die men tegenkomt ook worden geregistreerd. Deze beide criteria zijn vooral van belang voor het mogelijk maken van efficiënte zorg. Wanneer verwijsmethoden zijn vastgelegd kan wellicht geprobeerd worden te voorkomen dat onderzoeken dubbel uitgevoerd moeten worden. Het registreren van gevallen van voorkeurshouding en plagiocephalie kan een rol spelen in toekomstig onderzoek naar preventie en behandeling van voorkeurshouding en plagiocephalie. Er kan door de registratie bijvoorbeeld eenvoudiger worden gekeken of er bepaalde overeenkomsten zijn tussen kinderen met voorkeurshouding en/of plagiocephalie.

Organisatorische criteria

Vervolgens is gekeken naar een aantal organisatorische criteria. Hierbij is belangrijk te kijken of alle (volgens de literatuur) relevante actoren worden betrokken bij de preventie, signalering en aanpak van een voorkeurshouding en plagiocephalie. Aan de andere kant is het ook belangrijk dat actoren die volgens de literatuur *geen* positieve bijdrage kunnen leveren aan de preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding niet aangeraden (of zelfs afgeraden) worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor manueel therapeuten. Volgens de literatuur kan deze therapie zelfs schadelijk zijn voor zuigelingen met een voorkeurshouding, omdat andere therapieën dan niet gevolgd/uitgesteld worden.

Preventie

Voorkomen is nog steeds beter dan genezen. Vandaar dat ook criteria over preventie niet kunnen ontbreken in de analyse van de bestaande protocollen. Bij de preventie van het ontstaan van een voorkeurshouding en plagiocephalie zijn een aantal maatregelen bewezen effectief. Deze zouden dan ook opgenomen moeten zijn in de protocollen. Het gaat hierbij om houding- en hanteringadviezen aangaande het slapen, het verzorgen, het voeden, het dragen, het spelen en het vervoeren. Bij al deze aspecten gaat het erom dat de houding van de zuigeling zoveel mogelijk afwisselend is, en dat niet constant druk wordt uitgeoefend op de voorkeurskant.

Signalering

Bij de criteria over signalering gaat het vooral om de vraag of er standaard richtlijnen bestaan voor het signaleren van een voorkeurshouding en plagiocephalie. Worden bijvoorbeeld bepaalde onderzoeken voorgeschreven (en uitgelegd) aan de hand waarvan een voorkeurshouding (en DP) vastgesteld kunnen worden. Daarnaast is het bij de signalering heel belangrijk dat onderliggende pathologie en comorbiditeit worden uitgesloten. Zodat niet met verkeerde behandeling wordt gestart.

Verwijzing

Bij de criteria over verwijzing gaat het voornamelijk om de vraag of er richtlijnen worden gegeven wanneer zuigelingen verwezen moeten worden (en naar welke soort therapie). Als dit gebeurt komt dit de efficiëntie van de zorgverlening ten goede, doordat degene die de zuigeling doorverwijst niet telkens opnieuw hoeft te bedenken welke therapie het best werkt in de specifieke situatie van de zuigeling. Ook wordt gekeken of de manier van verwijzen en rapporteren is vastgelegd. Gebeurt het verwijzen bijvoorbeeld schriftelijk of telefonisch, of is hier helemaal niets over bekend?

Aanpak

Aan de hand van de aanpak criteria wordt gekeken of er standaard bepaalde behandelingen moeten worden uitgevoerd, en of deze worden beschreven. Hierbij kan gedacht worden aan beschrijving van wat tijdens KFT gebeurt.

Follow-up

Follow-up is bij voorkeurshouding en plagiocephalie extra belangrijk omdat alles van signalering tot de uitvoering van verschillende therapievormen op zeer korte termijn gebeurt. Zo moet met KFT bij voorkeur in de 3^e levensmaand begonnen worden, en met helmredressietherapie in de 6^e levensmaand (Van Vlimmeren et al, 2008). Dit houdt in dat de ontwikkeling van de zuigeling tijdens de behandeling scherp in de gaten gehouden moet worden om tijdig op veranderingen in te kunnen spelen.

Folder

Bij deze criteria gaat het om de eenvoudige vraag of de instelling ook een folder voor ouders heeft. Deze folder kan informatie geven voor preventie van het ontstaan van een voorkeurshouding of kan informatie geven om een bestaande voorkeurshouding te verminderen/verhelpen.

Schrijver(s)

Wanneer een protocol door een multi-disciplinair team wordt geschreven is de kans groter dat het berust op zo breed mogelijke informatie en ervaringen. De kans dat het protocol goed werkt en met zoveel mogelijk aspecten van de zorgverlening rekening houdt is dan zo groot mogelijk.

F: Beoordelingsformulier protocollen op basis van literatuur

Formulier 1: beoordeling protocollen

	Groningen	Friesland	West Friese Omling	Sensire Yunio	STMG	Amant	Zorggroep Almere	Evean	Amstelland	ActiVite	Noord Oost Brabant	ZuidZorg	Limburg	Meander	Groene Kruis	Stichting Vitras/CMD	Stichting Carinova	Careyn Jeugd & Gezin	STWB	Valent	Icare JGZ
Algemeen																					
Jaar van publicatie	08	08	05	-	08	07	08	08	07	-	08	08	03	06	06	07	99	09	09	08	07
Doel protocol	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	-	+	0	+	+	+
Definitie VKH	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	0	+	+	-	+
Definitie DP	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	0	+	-	-	+
Kwaliteit																					
Geldigheidsdatum	+	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+	-	+	+
Registratie VKH/DP	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Verwijsmethoden	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organisatorisch																					
JGZ arts	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kinderartsen	+	-	-	-	+	-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Huisarts	+	-	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+	-	+	+
Gynaecoloog	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kinderfysiotherapeut	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Manueel therapeut	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kraamverzorgende	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+	-	+	-	+
JGZ verpleegkundige	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+
Verloskundigen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zwangerschapsgym	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Helmtherapeut	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+		+	+	+	+	0	-	-	-	-	-
Preventie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+
Slapen	+	+	+	+	+	+	0	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	-	+	+	0
Verzorgen	+	+	+	+	+	+	0	+	+	-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-
Voeden	+	+	+	+	+	+	0	+	+	-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-
Dragen	-	-	-	+	+	+	0	+	-	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	+	-
Spelen	+	+	+	+	+	+	0	+	-	-	+	+	+	-	+	-	+	-	+	-	-
vervoer	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-

Formulier 1: Vervolg

	Groningen	Friesland	West Friese Omring	Sensire Yurio	STMG	Beweging 3.0	Zorggroep Almere	Evean	Amstelland	ActiVite	Noord Oost Brabant	ZuidZorg	Limburg	Meander	Groene Kruis	Stichting Vitras/CMD	Stichting Carinova	Careyn Jeugd & Gezin	STWB	Valent	Icare JGZ
Signalering																					
Voorkeurshouding	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-
Plagioceph.	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-
Uitsluiten co-morbiditeit	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+
Verwijzing																					
Voorkeurshouding	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	-	+	+	+	+
Plagiocephalie	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	-	+	+	+	+
Rapportage/communicatie vastgelegd	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aanpak																					
Voorkeurshouding	+	+	+	+	+	0	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Plagiocephalie	-	+	+	+	+	0	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Follow- Up																					
Voorkeurshouding	-	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	0	-	+	0
Plagiocephalie	-	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	0	-	+	0
Folder																					
Preventie	-	-	?	-	+	-	-	-	-	+	?	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Behandeling	+	-	?	-	-	-	-	-	+	+	?	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+
Schrijver(s)																					
Weergegeven	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
Multi-disciplinair	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	?
Bijzonderheden*	1	2, 3	3	-	-	-	4	1, 5	-	3, 6	7	-	-	-	-	8	3, 8	1,9	-	10	11

*** Een korte beschrijving van de bijzonderheden:**

- 1: fixatiemiddelen afgeraden
- 2: KISS-syndroom uitgelegd
- 3: stroomschema beleid voorkeurshouding
- 4: speciale bijlage richtlijn verwijzing redressiehelmettherapie
- 5: volgens dit protocol is het risico op voorkeurshouding *hoger* bij tweede en volgende kinderen
- 6: als 'folder' ontvangen, maar is protocol
- 7: veel andere protocollen zijn op dit protocol gebaseerd.
- 8: zeer beperkt protocol
- 9: manueel therapie expliciet afgeraden
- 10: verwijzen naar fysiotherapie niet vastgelegd
- 11: protocol geldt niet voor deformatieve brachycephalie

Legenda:

- + Wordt besproken
- 0 Wordt alleen genoemd
- Wordt niet genoemd

G: Beoordelingscriteria folders op basis van literatuur

De folders worden op basis van de literatuur beoordeeld op een aantal categorieën criteria. Deze worden hieronder kort besproken.

Algemeen

Ten eerste wordt ook bij de analyse van de folders een aantal algemene criteria getoetst. Gekeken wordt of er beschrijvingen worden gegeven van een voorkeurshouding en plagiocephalie. Daarnaast wordt gekeken of er bij de voorlichting aan ouders in de folder gebruik wordt gemaakt van verduidelijkende illustraties. Ook wordt aangegeven of de folder een preventief dan wel behandelend doel heeft.

Buikligging

Voor wat betreft de buikligging zijn een aantal adviezen bekend. Zo wordt vaak geadviseerd de baby na het verschonen even onder toezicht op de buik te leggen (als geheugensteuntje, zodat dit regelmatig gebeurt). Bij de buikligging is het belangrijk dat de armpjes naar voren liggen omdat de zuigeling zo op de onder armpjes kan steunen bij het optillen van het hoofd. Als de zuigeling nog moeite heeft met het oprichten van het hoofd, kan licht met de hand op de billen worden gedrukt of kan een opgerolde handdoek onder de oksels dienen als steuntje. Ook kan de baby in buikligging op de buik van een ouder worden gelegd.

In bed

Op tijden dat de zuigeling in bed ligt is het van belang dat stimuli van verschillende kanten (of de niet-voorkeurskant) komen. Zo wordt gestimuleerd dat de zuigeling het hoofd probeert te draaien naar de kant waar de stimulus vandaan komt. Om dit voor elkaar te krijgen kan het zijn dat de positie van het bedje aangepast moet worden. Ook kan het hoofd van de zuigeling tijdens de slaap door de ouders naar de niet-voorkeurskant gedraaid worden. Zo wordt de voorkeurskant belast zonder dat de zuigeling daar zelf last van heeft. Daarnaast kan geadviseerd worden de zuigeling tijdens de eerste twee levensweken in zijligging te slapen te leggen (met de armpjes naar voren om doorrollen naar buikligging te voorkomen).

Verzorging

Tijdens de verzorging is het van belang dat de commode/het verschoningskussen zo geplaatst wordt dat de zuigeling recht voor de ouder/verzorger ligt. Op deze manier leert de zuigeling hoe het voelt om recht te liggen en wordt wederom het bewegen van het hoofd om de voorkeurskant te ontzien bevordert.

Voeding

Wanneer een zuigeling borstvoeding krijgt wordt in principe de houding tijdens het voeden al goed afgewisseld. Als een voorkeurshouding bestaat kan overwogen worden de voeding aan één kant in rugbyhouding aan te bieden. Hierdoor wordt de voeding dan alleen aan de niet-voorkeurshouding aangeboden. Bij flesvoeding is het belangrijk afwisselend met de rechter- en de linker arm te voeden. Ook kan bij beide vormen van voeden de zuigeling recht voor de ouder op de bovenbenen gelegd worden (met het hoofd richting de knieën). De voeten van de ouder moeten hierbij op een steuntje worden gezet. Ook hierbij gaat het erom dat de zuigeling ervaart hoe het is om recht te liggen en de voorkeurskant wordt ontzien.

Dragen en oppakken

Het oppakken van de zuigeling moet idealiter roterend gebeuren. Hierbij wordt optimaal steun gegeven aan de nek. Bij het dragen is afwisseling van belang, dit moet dan ook afwisselend op de linker- en rechterarm gebeuren. Wanneer de zuigeling in een buikdrager wordt gedragen is het belangrijk het hoofdje naar de niet-voorkeurskant te draaien, zodat geen druk wordt uitgeoefend op de voorkeurskant. Een andere optie om dit voor elkaar te krijgen is het dragen van de zuigeling met de rug tegen de ouder aan. Bij het dragen tegen de schouder (bijvoorbeeld om te troosten of een boertje te laten) is het van belang dat de niet-voorkeurshouding tegen de schouder ligt.

In de box

Tijdens het verblijf in de box is het belangrijk dat de zuigeling van verschillende kanten wordt gestimuleerd (bijvoorbeeld door geluiden of speelgoed). Daarnaast kan speelgoed recht boven de zuigeling (op navelhoogte) worden opgehangen, dit stimuleert het rechtleggen van het hoofdje. In de box kan de zuigeling ook af en toe in zijligging worden gelegd. Hierbij kan ter ondersteuning een handdoekje onder het hoofd worden gelegd (tegen terugrollen naar rugligging door spanning in de nek) en de armen naar voren (tegen doorrollen naar buikligging). Ook is het belangrijk dat de ondergrond zacht is (tegen overmatige druk op de voorkeurskant) en dat de zuigeling geen strakke kleding draagt zodat hij/zij vrij kan bewegen.

Vervoer en zitten

Tijdens het vervoer in een autozitje wordt de bewegingsvrijheid van de zuigeling sterk beperkt. Het is dan ook van belang de tijd dat de zuigeling in een dergelijk zitje doorbrengt tot een minimum te beperken. Ditzelfde geldt voor het wipstoeltje.

H: beoordelingsformulier folders op basis van literatuur

Formulier 2: beoordelingsformulier folders

	AVEANT JGZ	Zuid West Friesland	Groningen	Oude & Nieuwe Land	Stichting CariNova	Sensire Yunio	STMG	Kennemerland	Amstelland	Gooi- & Vechtstreek	Vierstroom zorging	Rivas Zorggroep	ZuidZorg	Noord Oost Brabant	GGD Zeeland	Groene Kruis Domicura	Orbis	Limburg	Noord-West Twente	Livio	De Friese Wouden	Meavita	Meander Zuid Limburg	Stichting Vitras/CMD	Florence	Careyn Jeugd & Gezin	STWB	STMR	Valent	Icare JGZ	
Algemeen																															
Informatie VKH	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Informatie DP	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+
Illustraties	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+
Preventief	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+
Behandelend	+	+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Buikligging																															
Na verschoning	-	+	+	-	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-
Armen naar voren	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+
Druk op billen	-	+	+	-	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+
Handdoek onder oksels	+	-	+	-	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	+	-	-	+
Bij ouders op buik	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
In bed																															
Hoofd draaien tijdens slaap	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Positie bedje	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Verzorging																															
Naar niet-voorkeur kant laten kijken	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Recht voor leggen	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Voeding																															
Rugbyhouding borstvoeding	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afwisselen houding	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Recht voor op benen	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Dragen en oppakken																															
Linker / rechter arm	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Hoofd draaien buikdrager	-	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+	+
Roterend oppakken	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Dragen met rug tegen je aan	-	-	+	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Niet-voorkeur kant op schouder	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+

Formulier 2: Vervolg

	AVEANT JGZ	Zuid West Friesland	Groningen	Oude & Nieuwe Land	Stichting CariNova	Yunio	STMG	Kennemerland	Amstelland	Gooi- & Vechtstreek	Vierstroom zorgring	Rivas Zorggroep	ZuidZorg	Noord Oost Brabant	GGD Zeeland	Groene Kruis Domicura	Westelijke Mijnstreek	Groene Kruis	Noord-West Twente	Livio	De Friese Wouden	Meavita	Meander Zuid Limburg	Stichting Vifras/CMD	Florence	Careyn Jeugd & Gezin	STWB	STMIR	Valent	Icare JGZ	
In de box																															
Verschillende kanten stimuleren	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Speelgoed	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	
Zijligging (armen voor, handdoek onder hoofd)	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	
Zachte ondergrond	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	
Geen strakke kleding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	
Vervoer en zitten																															
Beperkt gebruik wipstoel/maxi-cosi	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Op schoot praten vanaf niet-voorkeurskant	-	+	+	-		+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	
Bijzonderheden	-	-	-	1	2	3	4	-	-	5 6	-	3	-	7	3	-	8	-	-	-	9	-	-	-	-	-	7	7	-	-	-

*** Een korte beschrijving van de bijzonderheden:**

- 1: algemene folder preventie wiegendood
- 2: folder tillen en dragen
- 3: aparte folder preventie/ behandeling
- 4: er wordt geadviseerd de baby (ter afwisseling) korte tijd in het wipstoeltje te leggen.
- 5: er wordt geadviseerd de baby in de eerste twee weken op de zij te slapen te leggen, en in buikligging de armpjes gevouwen onder de schouders te leggen.
- 6: Zijligging tijdens eerste 2 levensweken geadviseerd
- 7: ook vering van kinderwagen wordt genoemd
- 8: fixatiemiddelen afgeraden
- 9: aparte folder 'builigging' en 'overstrekken'.

Legenda:

- + Wordt behandeld
- 0 Wordt alleen genoemd
- Wordt niet genoemd

I: vragenlijst ouders consultatiebureau

Richtlijn voorkeurshouding en plagiocefalie

Voor TNO Kwaliteit van Leven voeren wij een onderzoek uit naar voorkeurshouding en een scheef/plat hoofdje bij jonge baby's. Graag stellen we u daar een paar vragen over.

1. Hoeveel kinderen heeft u? Leeftijd? Geslacht? Nationaliteit
_____ kind(eren), leeftijd(en):
2. Krijgt uw (jongste) baby borst- of kunst(fles)voeding?
☐ borstvoeding ☐ kunst(fles)voeding ☐ combinatie borst- en kunst(fles)voeding
☐ anders, namelijk _____
3. Bij kunst(fles)voeding, heeft u uw baby dan meestal op dezelfde arm tijdens het voeden of wisselt u de arm per voeding?
☐ meestal zelfde arm ☐ wisselt per voeding ☐ anders, namelijk _____
4. Hoe legt u uw baby te slapen?
☐ op de buik ☐ op de rug ☐ op de zij ☐ baby bepaalt zelf slaaphouding
☐ anders, namelijk _____
5. Ligt uw kind overdag ook wel eens in de box?
☐ ja ☐ nee ☐ anders, namelijk _____
6. Hoe ligt uw baby in de box (buik, rug, zij) en hoe lang ligt hij in deze houding?
☐ op de buik, _____ minuten per keer. Hoe vaak? _____
☐ op de rug, _____ minuten per keer. Hoe vaak? _____
☐ op de zij, _____ minuten per keer. Hoe vaak? _____
☐ baby bepaalt zelf houding (kan draaien)
☐ anders, namelijk _____
7. Ligt uw baby overdag wel eens in een wipstoel of maxi cosi?
☐ ja, _____ minuten per keer. Hoe vaak? _____
☐ nee ☐ anders, namelijk _____
8. Weet u wat een voorkeurshouding bij baby's inhoudt?

9. Weet u wat de gevolgen van een voorkeurshouding kunnen zijn?

10. Heeft iemand (wie?) u wel eens iets verteld hoe u een voorkeurshouding kunt voorkomen?
☐ ja, wie? ☐ verloskundige/gynaecoloog ☐ kraamverzorgende
☐ JGZ verpleegkundige ☐ jeugdarts ☐ ziekenhuis ☐ anders, nl. _____
☐ nee ☐ anders, namelijk _____
11. Is u bij één van uw eigen kinderen wel eens een voorkeurshouding opgevallen? J/M
☐ ja ☐ nee ☐ anders, namelijk _____
12. Is u bij één van uw eigen kinderen wel eens een scheef/plat hoofdje opgevallen? J/M
☐ ja ☐ nee ☐ anders, namelijk _____

13. Hoe denkt u dat dit bij uw kind is ontstaan?

14. Hoe vond u het of hoe zou u het vinden als uw baby een voorkeurshouding heeft/zou hebben?

15. Hoe vond u het of hoe zou u het vinden als uw baby een scheef/plat hoofdje heeft/zou hebben?

16. Wat vindt u daar erg aan? Waar bent u dan bang voor?

17. Hebt u adviezen gekregen om de voorkeurshouding te verminderen?

- ☐ ja, van ☐ verloskundige/gynaecoloog ☐ kraamverzorgende
☐ JGZ verpleegkundige ☐ jeugdarts ☐ ziekenhuis ☐ anders, nl. _____
☐ nee ☐ anders, namelijk _____

18. Welke adviezen kreeg u?

19. Hoe kreeg u de adviezen (mondeling/schriftelijk)?

20. Vond u de adviezen die u kreeg duidelijk?

- ☐ ja, want _____
☐ nee, want _____

21. Welke adviezen zou u het liefst krijgen? Op welke manier (folder/mondeling/anders)?

22. Wanneer uw kind een voorkeurshouding zou hebben, welke behandeling zou dan uw voorkeur hebben? Waarom wel/niet?

- ☐ houdingsadviezen, ja/nee _____
☐ fysiotherapie, ja/nee _____
☐ manuele therapie/anders, ja/nee _____
☐ verwijzing kinderarts, ja/nee _____
☐ anders, namelijk _____

23. Wanneer uw kind een scheef/plat hoofd zou hebben, welke behandeling zou dan uw voorkeur hebben? Waarom wel/niet?

- ☐ houdingsadviezen, ja/nee _____
☐ fysiotherapie, ja/nee _____
☐ manuele therapie/anders, ja/nee _____
☐ verwijzing kinderarts, ja/nee _____
☐ helmtherapie, ja/nee _____
☐ anders, namelijk _____

J: Leeftijd jongste kinderen geïnterviewde ouders

Statistics

Leeftijd jongste kind in maanden

N	Valid	21,00
	Missing	,00
	Mean	9,55
	Minimum	,75
	Maximum	48,00

K: Houding waarin geïnterviewde ouders hun baby te slapen leggen.

Hoe legt ouder kind te slapen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid op de buik	3	14,3	14,3	14,3
op de rug	11	52,4	52,4	66,7
op de zij	3	14,3	14,3	81,0
baby bepaalt zelf de houding	4	19,0	19,0	100,0
Total	21	100,0	100,0	

L: Houding waarin ouders hun zuigeling flesvoeding geven

Houding bij flesvoeding

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid meestal dezelfde arm	9	42,9	52,9	52,9
wisselt per voeding	3	14,3	17,6	70,6
recht voor ouder	2	9,5	11,8	82,4
anders	3	14,3	17,6	100,0
Total	17	81,0	100,0	
Missing 5	4	19,0		
Total	21	100,0		

M: Aantal kinderen dat overdag in de box ligt.

Ligt het kind overdag in de box

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	13	61,9	61,9	61,9
	nee	4	19,0	19,0	81,0
	op de grond	4	19,0	19,0	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

N: Kennis van ouders over (gevolgen van) voorkeurshouding

Weet ouder wat voorkeurshouding is

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ouder weet wat VKH is	7	33,3	35,0	35,0
	ouder heeft verkeerd beeld van VKH	1	4,8	5,0	40,0
	ouder weet niet wat VKH is	12	57,1	60,0	100,0
	Total	20	95,2	100,0	
Missing	4	1	4,8		
Total		21	100,0		

Weet ouder wat gevolgen van voorkeurshouding zijn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ouder weet wat gevolgen kunnen zijn	6	28,6	37,5	37,5
	ouder weet beetje wat gevolgen kunnen zijn	1	4,8	6,2	43,8
	ouder weet niet wat gevolgen kunnen zijn	9	42,9	56,2	100,0
	Total	16	76,2	100,0	
Missing	4	5	23,8		
Total		21	100,0		

***O: Eerste contact potentiële deelnemers focusgroep
(verloskundigen)***

Geachte mevrouw X,

Mijn naam is Nienke de Jong, ik studeer Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Vanuit mijn studie ben ik op dit moment bezig met een bachelor afstudeeropdracht. Ik houd mij hiervoor bezig met de ontwikkeling van de JGZ richtlijn "Preventie, signalering & aanpak van voorkeurshouding en plagiocephalie". Deze richtlijnontwikkeling is een ZonMw project en wordt uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven, met Magda Boere-Boonekamp als projectleider. Ik zal hiervoor een knelpuntenanalyse uitvoeren, waarvoor ik uw hulp wil vragen. In het kader van de knelpuntenanalyse wil ik samen met de projectleiding een focusgroep houden met professionals in de keten van zorg: verloskundigen, kraamverzorgenden, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en kinderfysiotherapeuten.

Ketenzorg is voor preventie van voorkeurshouding van groot belang. Daarom ben ik op zoek naar 2 verloskundigen om deel te nemen aan de focusgroep. De focusgroep zal plaatsvinden op woensdag 25 februari, van 19.30-21.30 uur in een ruimte van de Universiteit Twente (Enschede). De deelnemers ontvangen van ons een VVV bon als blijk van waardering voor hun deelname.

Ik kreeg uw naam via Magda Boere-Boonekamp van Marlies Rijnders (TNO). Mijn vraag is of ik u zou willen deelnemen aan deze focusgroep. Als u niet wilt of kunt, kent u dan een collega die zou willen/kunnen deelnemen en hoe zou ik deze dan het beste kunnen benaderen.

In ieder geval bedankt voor de moeite.

Met vriendelijke groet, mede namens Magda Boere-Boonekamp,

Nienke de Jong
Student Gezondheidswetenschappen
Universiteit Twente
06-55118202

P: Uitnodiging deelnemers focusgroep onderzoek

Enschede, 18 februari 2009

Geachte deelnemers aan het focusgroep interview,

Ten eerste hartelijk dank voor uw enthousiaste reacties op ons verzoek om deel te nemen aan een focusgroep gesprek over het onderwerp voorkeurshouding en plagiocephalie (scheef hoofdje).

Dit gesprek vindt plaats in het kader van de ontwikkeling van de JGZ richtlijn "Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en plagiocephalie". Deze richtlijnontwikkeling is een ZonMw project dat wordt uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven, met Magda Boere-Boonekamp als projectleider.

De focusgroep waaraan u deelneemt, zal gaan over de knelpunten die u als zorgverlener tegenkomt in de preventie, signalering en aanpak van een voorkeurshouding en plagiocephalie. Diverse professionals in de keten van zorg voor de pasgeborene en zijn ouders zullen aan het gesprek deelnemen.

Plaats en tijdstip van het focusgroep interview:

Tijdstip: Woensdag 25 februari 2009, 19.30 -21.30 uur

Plaats: Universiteit Twente, Capitool,
Capitool 15, Enschede. (tegenover NS station Enschede Drienerlo; zie routebeschrijving)

We zien uit naar uw komst op 25 februari en hopen op een vruchtbare bijeenkomst.

Met vriendelijke groet, mede namens Magda Boere-Boonekamp,

Nienke de Jong
Student Gezondheidswetenschappen
Universiteit Twente
06-55118202

Q: Transcript focusgroep onderzoek 25-02

Korte Voorstelronde *Tijd 0.00.00*

Magda Boere (MBB): Ik begin met voorstellen, ik zal eerst mezelf voorstellen. Ik ben Magda Boere en ik ben werkzaam bij de Universiteit Twente, maar daarnaast ben ik werkzaam bij TNO. Bij TNO ben ik bezig met de richtlijn ontwikkeling Plagiocephalie. Ehm, en een voorkeurshouding natuurlijk he, voorkeurshouding en plagiocephalie. En omdat ik daar projectleider ben doe ik deze focusgroep, in het kader van een knelpuntenanalyse. En verder heb ik in het verleden nogal eens onderzoek gedaan op dit gebied. Dan mag jij je voorstellen Hilde.

Hilde Nijland (HN): Ehm, ik ben Hilde Nijland. Ik ben student hier aan de Universiteit en ik doe onderzoek met betrekking tot de preferenties van de ouders in de behandeling van plagiocephalie. Dus ik zit in het stadium na de voorkeurshouding. Dus eh, vandaar dat ik vandaag mag assisteren bij deze focusgroep. Ik hoop er het één en ander van op te steken.

FD: Goed, ik ben FD. Ik werk als JGZ verpleegkundige hier in Enschede, ehm ik werk veel op Boswinkel en Padmos. Dat zijn dus achterstandswijken. Maar ik werk ook wel in hoogopgeleide wijken. Nou, mijn aanraking met voorkeurshouding is eigenlijk al bij het eerste huisbezoek dat je vertelt over de ligging van kinderen en ja, dan begin je al preventief bezig te zijn. Hoewel dit niet altijd lukt.

IV: IV, verloskundige, verloskundigen praktijk Enschede Zuid. Wij hebben spreekuur locaties in Boswinkel, Udokia (het nieuwe gezondheidscentrum) en Zuidwijk (Stroinkslanden). Voorkeurshouding is voor ons, ja, wel iets dat voorkomt bij pasgeborene, ja.

MBB: Daar horen we straks meer over.

LP: Ik ben LP, ik ben ook verloskundigen. Wij zitten samen in dezelfde praktijk. En ik denk eigenlijk dat er nog te weinig gebeurt ter preventie van een voorkeurshouding, dat we nog wel wat meer informatie mogen geven.

JJ: Ik ben JJ, verpleegkundige in de JGZ 0 tot 4 jaar. We beginnen dus bij het eerste huisbezoek (dat is met 14 dagen), echt al duidelijk voorlichting te geven over die voorkeurshouding. Hoe te voorkomen. Dat schrijven we ook altijd in het dossier. Nou en dan komen ze de volgende keer, met 1 maand, bij de arts. En dan met 2 maand weer bij ons, dan controleren we altijd goed of het hoofdje mooi rond blijft enzovoort. Weer voorlichting en eh ja, dat is eigenlijk één van de hot items waar we in het begin druk mee zijn.

AO: Ik ben AO, Ook JGZ verpleegkundige in Haaksbergen. Ehm, nou ja, eigenlijk kan ik mij aansluiten bij het verhaal van Fokje en Jos. Dus bij het huisbezoek de preventie, en eh ik vind wel dat het regelmatig voorkomt. Ook na al je goedbedoelde adviezen. Of ouders het zelf niet zien of er niet alert genoeg op zijn. En dat ze zich soms echt verbazen als je laat zien hoe scheef het eigenlijk al is.

MB: Daar komen we straks allemaal nog aan toe.

AVE: Ik ben AVE, kinderfysiotherapeut en ik heb tot 1 januari gewerkt in kinderfysioteam Enschede. En als ze bij een consultatiebureau zien dat een kindje een scheef hoofdje heeft, wordt het meestal rechtstreeks naar de kinderfysiotherapeut verwezen. Onder andere naar onze praktijk, ik zeg nog even 'onze praktijk'. Van mijn werk was ongeveer 1/3 deel met zuigelingen met een plagiocephalie, dus eh. Ja, dat is best wel veel. Mijn focus lag ook op die groep, op die doelgroep, dus ja, in die zin voel ik me wel een beetje thuis in dit. En het heeft me altijd heel erg geïnteresseerd en eh, ja, ook het werk van Leo van Vlimmeren enzo.

NS: Ik ben NS, ook kinderfysiotherapeut. Regio Borne, en eh zitten ook nog in Rijssen. Ik heb destijds meegedaan met het onderzoek van Leo van Vlimmeren en Veghel ten aanzien van plagiocephalie en van de zin van KFT daarbij. Daarbij hebben we 400 kinderen gevolgd over een periode van een kleine twee jaar. In de leeftijd van 0-2 jaar. De eerste kindjes werden al gemeten op de dag van de geboorte, of in ieder geval binnen 24 uur. En eh, alle kinderen gevolgd bij 6 weken, 3 maanden, 6 maanden, 1 jaar, 1.5 jaar en 2. Ja, uit m'n hoofd, of zeg ik er nou één te veel, 3

maanden? Nou ja, in ieder geval eh, daar veel ervaring ook opgedaan. Want op dat moment zat ik ook nog in de opleiding KFT. Op een gegeven moment zie je dan zoveel kinderen, de hele dag zag je ook kinderen in dezelfde leeftijdscategorie. En ja, daardoor wel veel ervaring opgedaan die ik nou in de praktijk tot uiting breng. Over het algemeen zie ik de kinderen voor het eerst tussen de 6 weken en 3 maanden. En wat vaak voorkomt is toch vaak bij de eerstgeborenen dat de ouders toch nog een beetje onwetendheid hebben. Dat ze zeggen: het is wel verteld, maar er komt zoveel informatie op me af. En vooral als het ook niet binnen de familie of vriendengroep bekend is dan merk je dat ouders ook zeggen: ik had er nog nooit van gehoord ik kende het helemaal niet. Terwijl ik denk, er is zo veel aandacht, media aandacht alleen al geweest. Maar dan toch, ja dat blijft altijd lastig. En ja, die kinderen zie ik dan aan huis en ook wel een heel groot deel van de kinderen. Maar eh, ik kan dat niet in getallen uitdrukken.

Onbekende stem: media aandacht?

JDB: Ik ben JDB en ik ben consultatiebureau arts. Ik werk in West in Enschede. Dat is inderdaad een zeer gevarieerde wijk, van zeer hoog tot zeer laag op de sociale ladder mag je wel zeggen. En eh, het aantal plagiocephaliën is toch wel aanzienlijk. En ik ben ook wel blij dat dit onderzoek er komt, want ik vind ook wel dat het aantal helmdragers hand over hand toeneemt. En ik ben zeer benieuwd of dit eigenlijk wel zinnig is of niet.

MB: Dat is overigens, dat onderzoek dat komt er ook he, maar dit onderzoek is voor de richtlijn. Even om het onderscheid te maken. Misschien, ik weet niet of iedereen weet dat er een onderzoek komt naar het effect van helmbehandeling. Dat wordt ook hier vanuit de Universiteit georganiseerd. Dat is eigenlijk vanaf 1 februari, wordt dat langzaam opgestart. Maar daar gaan we het vanavond niet over hebben, maar dat loopt in ieder geval ook. Er komt nog allerlei informatie over.

ET: Mijn naam is eh, ET. Misschien een beetje een vreemde eend in de bijt aangezien ik de enige manueel therapeut en man ben. Sinds 5 jaar werk ik intensief samen met een kinderfysiotherapeut. Waarin wij dus samen, zoals dat heet de tandem, zuigelingen zien met plagiocephalie en voorkeurshouding. Tot 1 januari was ik werkzaam in Enschede. En sinds 1 januari werk ik in Hengelo. In een nieuwe praktijk. De laatste vijf jaar is die samenwerking tussen fysiotherapeut en manueel therapeut eigenlijk toch steeds meer gegroeid. Dat de sprong is gemaakt van het behandelen van zuigelingen met manueel therapie naar ook behandelen van kinderen met ontwikkelingsstoornis, loopstoornissen en houdingsafwijkingen. Waarin je vaak ook ziet in de praktijk dat dit voorheen kinderen waren die voorkeurshouding hadden of zich overstrekten. Daarnaast zijn we sinds anderhalf jaar actief met een kleine projectgroep. Bestaande uit een aantal manueel- en kinderfysiotherapeuten die allemaal in tandem vormen moeten kijken van: komen we samen in consensus en kunnen we samen een duidelijk beleid neerzetten dat misschien voor andere manueel therapeuten en kinderfysiotherapeuten die willen samenwerken als leidraad kan zijn. En daar zijn we nu zeg maar een jaar mee bezig. We hebben laatst een presentatie gedaan aan de overige CB artsen. En nu is het eigenlijk nog zaak het nog wat verder uit te diepen en wat meer de publiciteit te zoeken. Dus ik ben heel benieuwd naar wat er vanavond eigenlijk uit komt qua diverse invalshoeken over dit onderwerp.

EH: EH, ik werk sinds acht jaar, in Glanerbrug als CB arts. Glanerbrug is inderdaad ook een heel gevarieerde wijk. Van laagopgeleid tot nieuwbouw en hoogopgeleid. Ja, plagiocephalie komt inderdaad veel voor. Het valt mij ook op bij de ouders dat je een groep hebt die het niet ziet maar er is ook een groep die er al vanaf dat één bang voor is zeg maar. En dan inderdaad dat is dan ook de groep die al snel naar een helmpje grijpt. Ik denk dat het ook voor die groep goed is om op een gegeven moment te zeggen als je er zo en zo mee omgaat, dat weet je nu al wel, je bent toch uit aan het leggen en signaleren en aan het adviezen geven.

JDM: Ik ben JDM, kraamverzorgende. Nou ja, wij krijgen natuurlijk in de eerste acht dagen al zulke specifieke vragen waar we als kraamverzorgende eigenlijk niet goed antwoord op kunnen geven. Dus ja, ik ben eigenlijk ook wel heel erg benieuwd hoe dit verder verloopt en dan spreek ik niet alleen namens mij maar namens vele collega's. Wij werken ook in alle lagen van de bevolking natuurlijk en ja, wij beginnen eigenlijk al met zijligging. Dus we moeten eigenlijk al uitleggen waarom en dus dan komen eigenlijk de vragen al wel. En wij zijn niet genoeg op de hoogte om alles te kunnen beantwoorden.

MB: Ok, daar komen we straks vast ook nog wel op.

EG: Ja, ik kon het niet vinden. Goed, ik ben CB arts op Oost, Enschede Oost. Wij hebben dus ook een heel gemengde wijk eigenlijk, het opleidingsniveau is inderdaad van laag tot hoog.

MB: Ok, nou jij nog Nienke.

Nienke de Jong (NJ): Ja, ik ben Nienke de Jong. Student Gezondheidswetenschappen hier aan de UT. En ik houd mij als afstudeerproject bezig met deze knelpuntenanalyse. Dus ik ben ook heel erg benieuwd wat er vanavond allemaal gezegd wordt.

MB: Geweldig ehm, jullie merken misschien aan de samenstelling van de groep dat de meeste nadruk ligt op de JGZ. Het is ook bedoeling dat wij een JGZ richtlijn ontwikkelen. Maar wij hebben gezegd, wij kunnen geen JGZ richtlijn ontwikkelen voor dit onderwerp zonder alle ketenpartners te betrekken. En juist dat betrekken willen we dus in heel sterke mate doen. We willen heel graag ook andere partners in de keten de ruimte geven om op alles te reageren en hun ideeën te geven.

Tijd: 0.11.46

MB: Goed, ik heb de avond ingedeeld in vijf onderdelen eigenlijk. We beginnen met preventie, dan komen we op signalering, verwijzing, aanpak en follow-up. Dus die vijf onderdelen gaan we doen. Dus het kan zijn dat, als jullie te veel van het ene in het andere overstappen, dat ik toch ga zeggen van goh, dat komt straks nog. Dus als je dat in je achterhoofd houdt, dat komt dus allemaal nog aan bod. Waar we ook heel erg in geïnteresseerd zijn, is in verschillen in Sociaal Economische Status (dus achterstandskinderen of hoogopgeleide mensen), allochtone mensen. We zijn erg geïnteresseerd wat dat betekent voor preventie, voor signaleren en hoe mensen het percipiëren, wanneer vinden ze het een probleem. Daar zijn we dus heel erg in geïnteresseerd. Als je daar meer over kunt vertellen, dan heel graag.

Preventie *Tijd: 0.12.50*

MB: Nou beginnen we de avond met preventie. De vraag is eigenlijk wat doen de verschillende stappen in de keten aan preventie. Er is al kort iets over gezegd maar ik zou graag willen beginnen, en dan begin ik denk ik toch maar bij de verloskundigen natuurlijk want dat is toch de eerste die eh moeder en kind tegenkomt. Kunnen jullie ook vertellen wat jullie eh, nou ja je spreekt natuurlijk vooral namens jezelf maar misschien ook een beetje namens wat er in de opleiding of wat er zo gaande is in jullie kring.

IV: Ja, als kinderen duidelijk een voorkeurshouding hebben dan begint het al met adviezen over zijligging te geven. De trend nu is nog steeds rugligging. Hoewel dat nu toch weer wat aan het verschuiven is naar meer zijligging. Dus het is ja, adviezen geven om kinderen wisselend neer te leggen. En dan kijken we na de eerste week of kinderen meer symmetrisch gaan bewegen, maar verder laten we het toch aan het consultatiebureau over, want het is maar een week he.

LP: Als kinderen al heel duidelijk een voorkeurshouding hebben dan sturen we al wel door naar de kinderfysiotherapeut.

MB: Ja, als verloskundige ook?

LP: Ja. Nou ja, doorsturen, dan geef je het advies. En kinderen die overstrekken gaan naar de eh, hoe heet die?

IV: Osteopaat, adviseren wij dan.

JDM: Zoals Naviva heeft een richtlijn, dat we de eerste week tot veertien dagen zijligging geven. Dat is het protocol van Naviva, dus ja, daar begint het eigenlijk al mee. Dat wij zijligging geven. We zien soms toch al aan de borst een soort voorkeurshouding. Maar ook in het bedje. En dan, wij slimme kraamverzorgers, draaien het bedje wel eens om of leggen ze andersom in bed als het heel extreem is. Ik hoop dat het slim is, haha. Maar in ieder geval soms merk je er toch wel wat van. Maar dan is het inderdaad in de eerste acht dagen al heel extreem.

LP: Maar qua voorlichting wordt er eigenlijk weinig door ons gedaan.

JDM: Door ons ook niet, wij zeggen alleen, dus volgens het protocol zijligging. Maar dan om het spugen en het niet draaien op de buik, en daarna rugligging.

EH: Dat zeggen jullie altijd wel heel duidelijk erbij?

JDM/LP: Ja

EH: Dat komen we inderdaad wel eens tegen, niet dat het niet gezegd is, maar dat ouders het dan eng vinden he.

JDM: Ja maar dan zijn wij alweer uit beeld, na 14 dagen. En de JGZ neemt het dan over. Maar wij komen wel heel veel vragen tegen. Direct al.

MB: Ik wil nog eventjes op jou terugkomen. Is het echt iets waar jullie actief op letten, of zeg je van, alleen als het ons opvalt dan?

IV: Alleen als het echt opvalt. Want de kinderen direct na de geboorte, ja die moeten al wennen aan de ruimte die ze om zich heen hebben. Nadat ze continu ingesloten zijn in de baarmoeder. Dus ja, we geven dat wel de tijd. Pas op het eind van het kraambed, aan het eind van de eerste week of het begin van de tweede week, als je dan heel duidelijk ziet dat het kind een voorkeur naar 1 kant heeft, dan adviseren we inderdaad om er wat mee te doen.

LP: Of dat kraamzorg dat signaleert inderdaad.

MB: Jij wilde nog wat zeggen?

NS: Ja ik vroeg mij af, want jij zegt dat Naviva die twee weken hanteert. Maar ik hoor ook heel veel dat gewoon meteen rugligging wordt gedaan.

LP: Ja, dat was het eerst.

JDM: Ik weet dus niet wat andere instellingen eh. Wij zijn natuurlijk heel groot, 86% hebben wij. Dus dan is het eigenlijk best wel heel...

NS: Nee maar jullie hebben dat als vast protocol? Want over het algemeen hoor je vaak dat de jongere kraamverzorgsters meteen rugligging zeggen en, wat ze vaak zeggen, de mensen met 'de ervaring' zeggen heel snel 'oh, maar zijligging is ook goed'.

LP: Ja, en dan na twee weken dan wordt het weer rugligging. Dus dan is het in het begin wel zoals wij het ook heel graag zien, maar daarna gaat het toch weer naar de rugligging toe. Sinds wanneer is het protocol zijligging? Want het is toch wel heel lang rugligging geweest he?

AO: Rugligging is nog steeds de standaard richtlijn. Want die eerste twee weken zijligging, dat is eh, ja vanaf twee weken rugligging wordt geadviseerd vanwege het risico van doordraaien op de buik.

(17.10) Maar het is ook een tijdje rugligging geweest.

AO: Dat is toch al wel een jaar geleden hoor!

NS: Anderhalf jaar geleden. Bij mijn zoontje. Ja want ik zei heel duidelijk, ik wil mijn zoontje in zijligging. En zij zegt: dan is het jouw eigen verantwoordelijkheid maar ik moet adviseren rugligging.

AVE: Zo moeten wij het ook steeds zeggen.

En nu is het zijligging?

LP: Soms heb je er wel eens moeite mee om het juiste advies te geven geloof ik of niet?

JDM: Ja want wij draaien ook maar met het molentje mee.

MB: Ik meen dat de huidige consensus is rugligging vanaf de geboorte. Maar daar zijn we hier niet

voor, om te kijken wat de huidige consensus is. Ik wil graag weten wat er gebeurt.

AVE: Als een kind bij ons komt dan zijn ze meestal zo rond de vier weken, tot acht. Tussen de vier en acht weken. Dan begint zich dat te ontwikkelen en dan krijgen wij ze van CB doorverwezen. En dan is dat dus al rugligging. En wij proberen dan weer de zijligging en buikligging er weer in te krijgen. En dan alleen onder toezicht. En wij zeggen dat dan ook heel duidelijk erbij van, het mag alleen onder toezicht. En daar heb je ook altijd weer uitzonderingen. Want er zijn er wel weer ouders die zeggen: ja, maar mijn kind slaapt alleen maar op de buik. Nou ja, dat mag van mij wel, maar dan op je eigen verantwoording. Ik heb er zelfs wel eens een huisarts over gebeld, van eh, wat moeten we ermee. Want het was inderdaad, als je het kind op de buik legde was hij rustig en als hij op de rug lag begon hij te huilen. Maar de huisarts wilde ook de verantwoording er niet voor nemen. Dus ja, dan blijft de verantwoording bij de ouders en dan kun je het gewoon wel doen. Dan is het gewoon prima, maar dan moeten ze er alleen even voor tekenen bij ons. Zijligging houden we dus als standaard, onder toezicht erin, en de buikligging een paar keer per dag. Voor zover dat kan.

JJ: Eigenlijk is dat ons advies ook. Exact hetzelfde. Dus het is niet dat wij een ander advies geven dan jullie. Zo gauw wij op zuigelingen huisbezoek komen met veertien dagen, adviseren we al regelmatig een aantal keren per dag, meerdere minuten op de buik. En dat langzaam maar zeker opvoeren. En dan lekker bij de peuterzaal. Het is ook goed tegen krampjes. Dat pak je lekker in een bedje, dat ze het ook echt gaan doen.

AVE: Alleen lukt het niet altijd meteen. In het begin wil die buikligging niet altijd meteen lukken. Dat is het probleem. Ze willen het wel, maar dan gaat het niet altijd meteen goed, dat ze toch met het neusje naar beneden gaan of dat de ouders toch wat bang zijn. Zo van, gaat het wel goed. En het kind gaat direct huilen of overstrekken. Dan is het gewoon rustiger op schoot.

AO: Dat zien wij ook wel eens. En wat ik dan wel vaak doe is als ouders onzeker zijn, het even voor doen. En dat je dan met je hand op de billen van het kindje en dat dan het hoofdje wat makkelijker omhoog gaat. Omdat anders het kontje omhoog gaat omdat het hoofd relatief zwaar is natuurlijk. En dan laat ik het vaak wel even zien. Maar je ziet dus ook als kinderen wat ouder worden, dat ouders dan zeggen ja maar hij vindt het helemaal niet leuk. Nou leg een aankleedkussen op tafel, ga er voor zitten met een leuk speeltje.

AVE: Ja of je begint eerst heel hoog, dus bijna verticaal beginnen zeg maar, dat het bijna zit. En dan heel langzaam naar beneden zakken. Want juist die hele horizontale buikligging vinden baby's soms nog een beetje moeilijk, daar zijn ze nog niet zo aan gewend. En als je dan begint met gewoon op de borst en dan in zit, en dan langzaam naar beneden zakken. Dan zeg ik altijd tegen moeder: ga maar lekker onderuit op de bank. En dan zakken ze steeds verder naar beneden met het kind. En dan is het kind er eigenlijk al zo ver mee dat het allemaal lukt. En dan is het een kwestie van langer volhouden. Ja. En wat wij ook nog wel zeggen is leg er maar eerst eens een handdoekje opgerold onder. Dat ze met de elleboogjes kunnen steunen. Dan komt automatisch die oprichting er wat beter in. En dan kunnen ze het ook al beter volhouden.

MB: Ik geloof dat dat ook ongeveer het JGZ advies is of niet?

JJ: Ja, het is allemaal exact hetzelfde.

AVE: Er is ook geen enkel ander advies, het enige verschil is dat wij het in de thuis situatie zien, dan kun je zien: waar zitten de ouders nu, op dit moment. Wat gaat nu goed en wat lukt nog net niet. En op dat stukje, daar gaan we dan met ze oefenen. Dan proberen we eigenlijk verder te krijgen zeg maar. Dat het langer wordt, en hoger wordt en beter wordt.

EH: Dat hebben gewoon een aantal ouders sneller

JDM: Adviseren jullie altijd dat ouders alert blijven? Als de baby op de buik is?

AVE: Ja, ze mogen alleen onder toezicht de baby op de buik leggen. Het is heel verleidelijk om te zeggen van, doe het maar gewoon wel, maar wij kennen de cijfers heel goed dus eh... ook al zijn ze van heel lang geleden, het is gewoon heel duidelijk. En dat probeer je dus ook elke keer wel heel duidelijk te zeggen.

MB: Ik wil nog even terug naar eh de kraam. Zijn er ook nog andere adviezen die jullie geven? Behalve de buik- of de zijligging?

JDM: Nee, eigenlijk de eerste veertien dagen zijligging.

MB: Maar ook in dat verzorgen, zijn daar nog andere aspecten die je daarin meeneemt?

JDM: Ehm, soms leggen we wel een rolletje vanaf de nek zo en dan ook echt die foetus houding op de zij. Dat wel ja.

AVE: Wij gebruiken dat zijlig kussen daarvoor dan. Dat mogen wij dan nog gebruiken van onze praktijk deskundigen.

AO: Maar zoals het voeden op beide armen als het kindje de fles krijgt, zorgen dat het recht voor je ligt?

JDM: Ja dat sowieso, met flesvoeding om te wisselen. En een keer andersom in bed te leggen of het bedje een keer te draaien. Als we echt in die acht dagen al iets extreems signaleren.

AO: Maar niet preventief zeg maar?

JDM: Nee.

AVE: De ervaring is ook dat als ze wat ouder zijn, dat het bedje verzetten ook niet zoveel meer helpt. Want dan zitten ze er al helemaal in vast zeg maar, en dan komen ze daar niet zomaar uit door de lichtinval te veranderen.

JDM: Niet? Wij denken, oh misschien heeft dat nog wel invloed. Maar...

AVE: Ja, in de kraamperiode heeft dat nog wel zin.

JDM: Maar wat mij wel opvalt is dat er bij ouders wel heel veel vragen over zijn.

MB: Maar is het nou ook zo dat jullie preventief adviseren op verschillende armen te voeden?

JDM: Met flesvoeding wel zo eh. Bij borstvoeding gebeurt dat sowieso al. Maar daarbij doen we ook wel eens het rugbyvoeden/madonnahouding. Wat dat betreft: in het kraambed heeft een baby toch wel veel verschillende houdingen he.

MB: En is het ook zo dat jullie dat ook nog onderbouwen naar ouders toe? Dat je een beetje vertelt waarom je dat doet?

JDM: Eigenlijk niet om de ehm.. hoe noem je dat

NJ: Scheef koppie

JDM: Ja, sorry. Maar meer om de houdingen voor de borst, de tepel. Om het dag-nachtritme beter voor elkaar te krijgen. Overdag dus veel in het licht en niet te veel in het donker in verband met de bilirubine. Dus er zijn eigenlijk veel verschillende aspecten, maar niet specifiek om het hoofdje.

MB: En hebben jullie ook tijd, om die dingen een beetje voor te doen. Om te laten zien hoe je het zou kunnen doen?

JDM: Ja, daar kunnen we zeker tijd voor maken. Als het in de toekomst belangrijk zou zijn, zouden we daar zeker tijd voor kunnen maken.

NS: Werk je gewoon vier uur extra!

Als we daarmee een heleboel dingen kunnen voorkomen, doen we het graag.

JDM: En het leeft ook wel onder mijn collega's hoor, omdat er zoveel vragen zijn.

MB: En jullie hebben daar ook een protocol voor he, zei je.

JDM: Ik weet in ieder geval het advies wat nu is, is de zijligging de eerste veertien dagen. En dan meer gerelateerd aan de wiegendood dan aan het hoofdje. Want wiegendood is echt het open kamertje, bedje zonder stof eraan, elke dag luchten, niet te lange autoritten, en ja, meer die dingen. En inderdaad geen dekbedje, en nou ja, daar ook eigenlijk bij de zijligging.

JDB: Maar, voor die wiegendood werd juist die rugligging geadviseerd. Wat is dan de reden geweest dat Naviva toch weer terug is gegaan naar de zijligging, weet je dat?

LP: Vanwege het hoofd.

JDM: Maar ook voor het spugen denk ik, of niet? Tenminste wat ik van collega's....

LP: Ja, maar ook vanwege het hoofd.

NS: Ja want dat spugen is ook nog wel een ding natuurlijk he.

JDM: Daarom ook die foetushouding in de eerste week. Want ze zijn nog zo in elkaar en...

NS: Vooral kindjes die iets te vroeg geboren zijn.

JDM: Dat krijg je dan echt niet voor elkaar (rugligging)

LP: Maar veel ouders vinden dat ook eng he. Die vinden het eng om dat kind op de rug te leggen, die hebben ook zelf het kind het liefst op de zij hoor. De meesten.

EH: Ja en die overgang is echt moeilijk dan.

JJ: Dan heb ik eigenlijk nog even een vraag. We hebben het eigenlijk alleen maar over de scheven hoofden, maar ik vind eigenlijk dat de platte hoofden in hetzelfde meegenomen moeten worden. Want je ziet ook nog kinderen met echt platte hoofden. Zo plat als een leesboek.

NS: Vooral buitenlandse kindjes.

JJ: Ja, jammer dat we nou eigenlijk alleen maar over de scheve hoofdjes praten.

MB: We hebben het niet alleen over scheve hoofden, ook over de platte hoofden. Daar komen we straks ook nog wel op. Maar dat in het hele verhaal hoort dat eigenlijk ook wel erbij. En dan nog eventjes over het CB. Straks komen we nog bij de KFT maar nog daarvoor preventie, de verpleegkundigen hebben we gehoord. Maar de artsen? Nog iets bijzonders of sluit dat allemaal aan?

JDB: In principe als de mensen bij mij komen, dan zijn die kinderen 1 maand oud. Dan is de verpleegkundige al thuis geweest. En die verpleegkundige heeft eigenlijk al gevraagd en uitgebreid gepraat over preventie. Ik kom er, nou niet altijd, maar wel regelmatig op terug om even te kijken of het allemaal duidelijk is. Waarom de rugligging en ook de buikligging en de wisselligging onder toezicht belangrijk zijn. En verder kijken we met name naar hoe de kinderen zich ontwikkelen en of ze inderdaad een voorkeurshouding aan het ontwikkelen zijn of niet.

EH: Ja en ik vind ook, als je al een kleine plagiocephalie ziet, met vier weken, dat is wel fors zeg maar. Als het zich dan al ontwikkelt dan ben ik ook sneller geneigd naar de fysiotherapeut door te verwijzen. Ja, want dat zie je toch niet zo snel, meestal ontwikkeld het iets later. Als je het dan al ziet, en zeker als je het idee hebt van er is toch iets met dat kindje of de ouders kunnen wel wat steun gebruiken...

AVE: Je hebt dan ook kans dat je een torticollis ofzo ziet.

EG: Ja...

FD: Of ze draaien het hoofdje dan niet meer mee he.

AVE: Ik wou er ook nog even op aanhaken, op die houdingen. Dat het niet alleen over de houdingen gaat, maar ook over de bewegingen. Want symmetrie in houding is wel belangrijk, maar ook de symmetrie in beweging is belangrijk om te voorkomen dat een kind een plagio krijgt. En we letten dus heel erg op hoe een kind neergelegd en gehanteerd wordt, maar juist door ook uit te lokken dat het ook aan die kant speelt en aan die kant speelt. Dat is gewoon ook heel belangrijk. En door het van alle kanten te prikkelen en te benaderen, maar ook door vanuit het kind zelf dingen uit te lokken krijg je dat het toch ook beide kanten leert kennen. Want vooral die eerste 4 weken, kan ik wel wat over zeggen maar ik zie ze niet zo heel vaak, daar zie je vooral dat ze beginnen met het verkennen van hun eigen lijf. Dat hand-mond contact en hand-hand contact begint wel een beetje, het is wel spontaan en toevallig, maar dat zijn wel de eerste dingen om die variatie in bewegingen te krijgen.

MB: Ik denk dat ook op het CB daar op wordt gelet. (*artsen beamen*) Is er dan ook nog iets speciaals waar je zegt van, daar lopen wij tegen aan. Zo van, je signaleert dan he, zei jij Joke, je kijkt vooral of het al ontstaat. Merk je dan nog dat er speciale dingen zijn waardoor het bij deze groep kinderen of deze groep ouders ontstaan is of aan het ontstaan is?

EH: Er is een groep ouders die denken van: 'het komt allemaal wel goed'. En de buikligging is allemaal wel uitgelegd, maar dan hebben ze zoiets van 'noh, zal wel niet gebeuren bij mij'. En dan moet je behoorlijk uitleggen en praten enneh. Ja, die groep is er wel en ik kan niet zeggen dat is een groep hoog- of juist laag opgeleide ouders.

JDB: Nee, dat heeft daar niets mee te maken.

MB: En wat komt er wel goed?

EH: Nou, dat het niet allemaal zo erop aan komt. Of je wel afwisselt van de ene op de andere kant. Of de buikligging vindt hij helemaal niet leuk. Er is een groep ouders die, ik weet niet, misschien een soort beschermende groep ofzo, die heeft zoiets van: 'nou dat vindt hij niet leuk, dus dat doen we niet' zeg maar. En dat zie je dan natuurlijk later in de opvoeding dan ook weer terug. Maar daar begint het dan soms al. Ja, dat is echt zo! Die zeggen van 'noh, het kind vond het niet leuk'. En dan leg je natuurlijk uit van, als hij het beter kan vinden ze het juist wel leuk en, maar goed he, hoe je het dan ook hanteert...

LP: Is dat dan misschien hoe er inderdaad in het begin verteld wordt hoe het gedaan moet worden. Want ik denk inderdaad dat het er bij ons ingestampt is: beertje aan de ene kant, beertje aan de andere kant. Dat je niet vergat hoe het kindje moest liggen, weet je wel?

FD: Ja, maar dat doen ouders nog steeds wel. Met beertjes of wat dan ook...

LP: Maar goed, ik weet niet of er een groep mensen zijn die zeggen van, het doet er niet toe.

EH: Ja maar een buikligging onder toezicht bij een baby die dat niet leuk vindt. Ja als je ouder de relevantie er niet van inziet... dan denken ze het is wel goed!

FD: Nou ja, dat komt dan wel.

FD: Ja, dan neem je toch gewoon een helm (schertsend)

EH: Nee, dat is een andere groep denk ik!

AVE: Mijn ervaring is dat het ook heel veel met de oprichting van het hoofd te maken heeft. Een slap kindje dat gewoon niet op kan of wil richten, maar je hebt ook kindjes die juist super sterk zijn. Als je die op de zij ligt gaan ze ook helemaal zo met het hoofdje achterover liggen. Het is maar een gevoel, het is nog niet hard gemaakt, maar volgens mij is dat ook één van de oorzaken van de afplatting. Dat ze gewoon door de druk die ze zelf veroorzaken, gewoon harder tegen de onderlaag aandrukken, en dat daardoor het hoofdje plat wordt. En bij die slappe kindjes, die dus eigenlijk niet zo

goed kunnen bewegen, die kunnen het hoofd dus geen variatie geven naar de andere kant. En die platten ook sneller af. En kindjes die het niet kunnen omdat ze dus of een torticollis hebben, of die zo slap zijn... ik probeer altijd te kijken of ze met een flesje uit te lokken zijn om naar de andere kant te draaien. Dan kan ik ze ook passief voelen of ze de hele range kunnen maken. Dat vind ik ook heel belangrijk, want heel vaak denken mijn collega's dat ze niet zo ver kunnen bewegen. Dat ze bewegingsbeperkingen hebben, terwijl dat heel vaak niet zo is. Dat we wel een gewone beweging hebben, maar ze doen het niet omdat ze of toch wat gespannen zijn, of dat ze wat slap zijn. En dan doen ze het gewoon niet.

JDB: Er is ook een heel verschil in ouders. Er zijn ouders die zijn heel bekwaam in het hanteren van hun kind, en er zijn ouders die heel voorzichtig zijn met hun kind. Die durven dit niet en dat niet. En eigenlijk denk ik, valt het mij wel eens op dat met name hele jonge moeder eigenlijk veel gemakkelijker met die kinderen omgaan. Ik sta er soms wel eens van te kijken, met die tienermoeders. Dan denk ik, nou alsof ze al 20 kinderen hebben gehad bij wijze van spreken. En dan heb je een moeder die 36/37 is en het eerste kind krijgt, en die doet dan heeeeel voorzichtig ermee. Als het kind zo ligt en als het kind zo ligt is het tevreden, en dan zijn we er blij mee dus draaien we het maar niet andersom. En die vaardigheden daarbij, dat is ja, ik weet niet of dat ook met sociale status of wat dan ook te maken heeft, daar geloof ik eigenlijk helemaal niks van. Maar je hebt van die hele voorzichtige ouders en ik denk dat dat er ook heel veel mee te maken heeft.

MB: Heeft dat ook nog met etniciteit te maken of niet? Sowieso het effect van preventie, of maakt dat niet uit? Hoe je preventieve boodschap overkomt?

NS: Nee

JDB: Nou, nee zou ik niet durven zeggen.

FD: Je zit soms met een taalbarrière, als een ouder niet goed Nederlands verstaat. Als je het dan goed uit probeert te leggen, dan moet je het echt eerst goed voordoen, voordat het doordringt. Daar moet je natuurlijk altijd wel rekening mee houden.

JDB: Ik denk dat etniciteit er wél mee te maken heeft. Ik eh, over het algemeen zijn ouders die zelf uit grotere gezinnen komen al veel vaardiger in het omgaan met kinderen. En ik zie af en toe nog wel eens wat Afrikaanse ouders, hoe die met hun kinderen omgaan! Dat is eh, die worden soms aan één arm opgetrokken en weet ik veel wat (*instemmend gemompel*).

FD: Die lopen ook allemaal allang voor een jaar en...

JJ: Ja, die doen veel meer bewegingservaring op.

JDB: Ja, ik denk dus van wel. En zoals die Surinaamse mensen die oliebaden aan hun kinderen geven. Die doen daar ook al heel veel mee. Het lichamelijk contact is wel denk ik daar veel groter (*instemmend gemompel*).

AVE: Ja, vooral die bewegingsvaardigheid. Kinderen gaan dat overnemen, en die doen het dan uit zichzelf ook. Dan ben je ook niet zo bang dat ze een plagio krijgen.

JDB: Nee, want echt die hele donkere kinderen, daar zie ik dat weinig (*instemmend gemompel*).

MB: Is dat een ervaring van jullie allemaal? Daar zijn namelijk geen cijfers over he, over etnische verschillen bij het voorkomen van een voorkeurshouding.

AVE: Ik zie wel dat ze, dat de ouders er alert op zijn. Dat wel, de ouders zijn er wel precies op. (*welke ouders?*) De allochtone afkomst ouders. Die zijn er wel precies op dat het hoofdje recht is.

EH: Als de boodschap één keer overgekomen is, dan doen ze het ook naar mijn idee. Dan eh zijn ze er denk ik strikter in.

MB: Ellen, wilde jij daar nog iets aan toevoegen?

EG: Ja, ik wou mij daar bij aansluiten, bij wat jullie zo zeggen ja...

AVE: Ja, ze luisteren heel goed. En echt problemen met de uitvoering hebben wij niet echt. Want wij hebben meestal dat je er dan bij bent, dus dan doe je het inderdaad voor. Noh, dan hebben ze het zo, dan nemen ze het over dus. Dan is er misschien wel een communicatie probleem, dat je het verbaal niet kan overbrengen, maar je kunt het gewoon voordoen en dan gaat het wel goed. En dan zijn ze ook heel trouw. De therapietrouw is heel hoog.

MB: Nog even iets over preventie he. Over de aard van de adviezen in de JGZ. We hebben het gehad over de buikligging onder toezicht, het voeden op verschillende armen. Wat voor andere items besteden jullie nog meer aandacht aan bij de preventie?

JJ: Ik wou eerst even over dat veertien dagen huisbezoek. Daar moeten heel veel dingen behandeld worden. En ouders krijgen dan zoveel informatie, dat ik het gevoel heb dat ze maar. Eigenlijk zouden we twee huisbezoeken moeten doen. Want ze krijgen te veel te horen, en ze onthouden te weinig! Soms zeggen ze zelfs gewoon 'dat is niet behandeld'. En dan kun je gelukkig altijd laten zien van kijk, we hebben het opgeschreven, het is echt wel behandeld. En de laatste tijd zeggen wij erbij 'elke dat even controleren, achterkant van het hoofdje, of het mooi rond blijft. Want een voorkeurshouding kan in 1-2 dagen ontstaan en dan kan het hoofdje al wat platter zijn, en dan gaan ze daar juist op liggen omdat ze dat lekker vinden'. 'oh ja, is dat zo?' En dan heb ik het gevoel dat het kwartje valt. Ik bedoel, het is, het kwartje moet vallen bij die mensen. En noh ja, zo moet je bij alle voorlichting tijdens het eerste huisbezoek. Ze zijn zo onzeker over alles, over de voeding, of het kind wel genoeg groeit, over de navel. Echt over duizend dingen, en dan komt dit er nog eens een keer extra bij. Dus eigenlijk zouden wij nog een huisbezoek moeten doen, en dan denk ik dat het nou ja, echt beter wordt.

LP: Ja, maar wat je nou zegt denk ik, dat was vroeger de taak van de moeders. Wat de moeders hun dochters meegaven. En die geloven ze gewoon niet meer, want wat die moeder zegt dat klopt niet meer. Die weet er niets meer van. En dat merk je gewoon heel veel, dat merk je bij ons ook.

JDB: Maar ja, de moeders zijn allemaal opgevoed met zijligging tot zes maanden.

LP: Ja maar goed, ze willen ook niet meer wat hun moeder zegt he. Ik bedoel, die snapt het toch niet en die weet dat niet meer.

MB: Wat geven jullie nog meer voor adviezen dan?

EH: De verzorging ook afwisselen. He, hoe leg je het aankleedkussen. Draai dat ook maar om. Dragen op de arm, als ze in de box ligt of in het wipstoeltje; aan welke kant zit jij, waar komt het geluid vandaan. En ik heb dat papier, dat geef ik mee. Een a4'tje met al die dingen, ook buikligging.

AO: Maar ook bij rugligging dat je probeert met zo'n knuffeltje. Dat je onthoudt aan welke kant het staat. En elke keer als je het kindje weer in bed legt, het hoofdje naar de andere kant draaien. En ook opletten dat je het kind niet te veel op het achterhoofd laat liggen.

MB: Doet iedereen dat trouwens? In bed laten draaien, is dat een standaard advies?

FD: Ja, dat is wel standaard, naar rechts en naar links draaien.

AO: Enneh, wij vragen ook altijd aan ouders, met twee weken, van: zie je al of je kindje een voorkeurshouding heeft? En dat is heel vaak wel zo. Nou ik wil niet zeggen, maar ik denk wel in 75% van de gevallen denken de ouders dat het kind een voorkeurshouding heeft.

JJ: Ja, meestal naar rechts (*schertsend*).

AO: En dan ga je ook inderdaad van: de verzorging om en om op het aankleedkussen, recht voor je. Verschillende armen voeden...

NS: Zien jullie dat dan ook? Zien jullie die voorkeurshouding dan ook in 75% van de gevallen? Dat niet?

JJ: Neu, dat is meer de ervaring van de ouders. Dat ze het kind terugvinden in bed met het hoofd de ene kant op...

AO: Maar wat me wel opvalt in de negen jaar dat ik nu werk, de laatste jaren, dat bijna iedereen wel een kindje kent van vrienden of familie die een scheef hoofd heeft gehad. Dus als je zegt van: goh, misschien ken je wel iemand die dat heeft gehad. Dan krijg je van: oh, nee, dat willen we niet. En dat ze dan ook wel iets meer alert worden van hé, daar moeten we wat aan doen. Dus je zou haast foto's moeten laten zien...

JJ: Maar dan ontstaat het ook vaak niet. Als ze er al bang voor zijn dan eh...

AO: Mensen geloven bijna niet dat het al in de eerste maand al zo fout kan gaan. En dan zeg ik altijd: het hoofdje is nog zo vormbaar en dat gaat heel makkelijk fout. In die eerste weken al. En daar zijn mensen wel over het algemeen gevoelig voor.

LP: Dus eigenlijk moet je één grote voorlichtingsronde bij ons en bij jullie.

JDM: Ja, want wij kunnen daar niks mee.

JJ: Maar dat is dus het nadeel, van dat wij zo veel moeten in korte tijd. Dan kan het best zijn dat zij nog in gedachten zijn blijven hangen bij wat je net verteld hebt, en dan ben jij alweer bezig met het volgende onderwerp. Ze onthouden maar 40% he.

LP: Ja maar goed als wij, de kraamzorg en verloskundigen, dat eerder zouden kunnen zeggen. Dan hebben ze het al eerder gehoord. En dan komen jullie er nog op terug...

AO/JJ/NS: Dat zou helemaal mooi zijn!

JDB: En voordoen. Want jullie (JGZ-verpleegkundigen) komen daar vertellen vooral. En je doet niet wat voor bij ouders. Ja af en toe misschien. Maar zo'n kraamverzorgende die is er natuurlijk veel meer betrokken bij. En die kan dat veel beter.

JDM: Wij zouden daar wel qua uren en tijd in kunnen investeren. Zeker.

AO: Als je merkt dat ouders onzeker zijn, dan doe ik het wel voor! Ook die buikligging en ook van de hand op de billen.

JDM: En laat je het de ouders dan ook doen, heb je daar dan ook nog de tijd voor?

JJ: En wat mij ook opvalt is dat bijna geen moeder weet met 14 dagen: oh, mag mijn kindje dan al op de buik liggen?! Dan zijn ze heel verbaasd!

LP: Ze doen het wel, want als ze bellen naar ons omdat een kind heel veel huilt, is het eerste wat we zeggen: leg 'm maar op de buik op jouw buik. En dan doen ze allemaal hoor!

JJ: Ja maar toch, in de box op de buik waar ze bij zijn bijvoorbeeld.

IV: Plus dat het ook met regelmaat ook wel geoefend wordt op het aankleedkussen. Na het badje, met het aankleden toch even het kind op de buik. Dus in principe wordt het wel al geoefend. Het is niet lang, maar...

MB: Is dat een standaard advies, dat jullie geven? Altijd na het baden of na het verschonen altijd even op de buik?

JD: Nee, dat is geen standaard advies in de kraamzorg, nee.

NS: En rond roterend hanteren?

AVE: Wij zeggen wel altijd standaard 'als je het kind teruglegt in de box, begin altijd met

buikligging'. Want dat is zo'n moment, je komt in de kamer en dan leg je het kind in de box en dan begin je met de buikligging.

LP: Joa, maar die eerste weken liggen ze natuurlijk praktisch niet in de box!

AVE: Nee daarom, dat kan dus in het begin nog niet, maar later...

LP: Maar wel op een aankleedkussen, ik bedoel dat zou best wel iets kunnen zijn.

JJ: Maar goed, waarom niet ook een paar minuten in de box op de buik. Met eh..

Nou ja die eerste weken heb je de box nog niet staan dus dat is lastig.

Dat kan wel hoor!

JJ: Meestal staan de cadeautjes er in. En de maxi cosi. Dan zeg ik altijd maxi cosi er uit en kind erin!

MB: Ik wil nog wat vragen over eh, als je nou helemaal niet op die buikligging zou letten. Zou een kind dat überhaupt nog wel op de buik komen, als je het niet zou adviseren. Wat verzorging betreft, moet je je kind nog omdraaien eigenlijk? Moet je nog iets vastknopen aan de achterkant.

JDB: Nou dat is wat ik wou vertellen, want ik doe dit werk sinds 1978 en als je ziet hoe de kleding veranderd is! Dat is echt heel erg!

NS: Je hebt nu ook nooit meer knoopjes aan de achterkant.

JDB: Er zitten geen strikjes meer, helemaal niets meer. En dat is eigenlijk heel erg jammer. Want toen moest je dus wel altijd omdraaien. En dat adviseer ik eigenlijk best nog wel eens. Want jij vroeg wat doe je dan bij zo'n eerste consult. Dan heb ik het wel eens over de kleding en als ze dan toch nog nieuwe hemdje's of dat soort dingen moeten kopen. Dan zeg ik weleens van 'doe maar eens iets dat niet zo gemakkelijk dicht gaat zodat je het kind echt op de buik moet leggen even om dat te doen'.

LP: Ja, misschien is het inderdaad wat om die luiheremdjes weer te introduceren. De knoopjes zitten meestal aan de voorkant nu he. Of aan de bovenkant.

MB: Jij wilde nog iets toevoegen?

JDM: Ja, wij als kraamverzorgenden zijn dan niet zo op de hoogte met die scheefgroei. Wij verkopen het meer zo van: even op de buik, dat is goed voor de rugspieren. Maar als je dan ook nog kan toevoegen dat het daarvoor ook nog goed is dan doen wij dat graag! Maar het is bij ons ook echt onwetendheid.

NS: Dat is ook echt. Ik heb dan voor mijn afstuderen voor kinderfysiotherapeut de 400 kinderen die in het onderzoek meededen bij Leo van Vlimmeren allemaal een ouder vragenlijst in laten vullen. Ook ten aanzien van 'wanneer werd het kindje voor het eerst op de buik gelegd' 'hoe vaak per dag' 'hoe lang hield het kindje dit vol per keer'. Dan zie je dat ouders daar actief vroeg mee begonnen dat die kinderen ook een betere motorische ontwikkeling laten zien. Dat is ook nog een heel goed verkooppunt naar ouders toe want buikligging is dus niet alleen voor de vorm van het bolletje maar ook echt voor de motorische ontwikkeling. Kinderen hebben het ook echt nodig natuurlijk om de fasen te gaan doorlopen. En als je dat dan tegen ouders zegt, dan krijg je ook van 'oh, als je dat dan zegt'.

JDM: Wij krijgen ook veel vragen over inbakeren. En wat voor effect heeft het daarop, ja dat zou ik dan ook niet weten. Als dat dan ook wel zo is, dan moeten wij dat ook wel adviseren.

NJ: Volgens mij moeten we een beetje de tijd in de gaten houden.

MB: Ja? Ok, heel goed dat je het zegt. Toch nog 1 vraag over de preventie. Het vervoer van kinderen, is dat aandacht voor? Zoals vervoer in de auto, kinderen zitten tegenwoordig nogal eens in de auto en in stoeltjes enzo. Is daar ook aandacht voor in de preventie?

AO: Ja: niet te lang, als je een wat langere reis moet maken het kindje er onderweg even uit halen. Even een andere houding. Niet te lang in een wipstoel laten zitten. Dat adviseer ik meestal wel.

MB: En als je thuiskomt? Zeggen jullie daar nog iets over?

AO: Niet standaard eigenlijk. Wel met die autoreizen, dat komt meestal wel aan bod hoor. Niet te lang in de maxi cosi of in de wipstoel.

NS: Die ronde houding is dan prettig. Dus het wordt ook wel eens gewoon thuis gedaan. Dat mensen gewoon thuis de kinderen in de maxi cosi. Want dat is zo leuke rond en dan zijn ze tenminste lekker rustig. Maar ook in de maxi cosi kun je natuurlijk prikkels van links of rechts aanbieden. Daar kun je natuurlijk ook goed op letten.

AVE: Mijn ervaring is wel wat anders. Ik vind dat het de laatste tijd beter is, dat het niet meer zo veel gebeurt, die maxi cosi in huis. Maar wel de wipstoel. Die wordt heel veel gebruikt. En het verschil vind ik toch de onderlaag, die van de wipstoel is wat zachter. En daardoor is het ook beter te doen en het dempt ook de tonus wat dus ze blijven daar ook wat meer ontspannen in liggen. En je kunt ze ook op de zij in de wipstoel leggen. Met goede ondersteuning. Dat kan ook. Wij zeggen meestal van, varieer gewoon. Als jij twee uur dit hebt gedaan, moet je daarna wat anders gaan doen. En wat je doet maakt eigenlijk niet zo veel uit. Als je maar op een dag alles een keer gedaan hebt, en die buikligging gewoon minimaal 3x aanhoudt, dan is het verder goed.

NS: Ja, want die maxi cosi wordt ook weer op een onderstel gezet en wordt dan soms zelfs nog als kinderwagen gebruikt! Ja, en dan ligt het kindje natuurlijk wel heel lang in dezelfde houding. Maar ik adviseer ook niet om ze daar lang in te leggen.

AVE: En de zijligging in de kinderwagen doen wij vaak. Omdat de zijligging ook na een maand ongeveer niet meer zo veel aan bod komt. Dus je moet ergens een plek hebben waar die zijligging nog kan, onder toezicht. Ja, je wilt ook graag je rugligging, je wilt de buikligging je wilt alles onder toezicht doen. Ja en dan vraag ik altijd naar hun dagprogramma, wat doen jullie zo overdag. En als ze dan een kinderwagen hebben staan in de gang, en ze gaan boodschappen doen met de kinderwagen, dan zeg ik dan gebruik je mooi de wandeling naar de supermarkt om je kind in zijligging te leggen. Dan heb je wel geen oogcontact helaas, maar dan heb je wel die zijligging mooi gedaan. Anders vergeten ze 'm toch weer. Dan schiet het er bij in. En dan heb je een vaste plek waar dat dan gebeurt.

ET: Maar Annet, wat is jouw ervaring met kinderen... we hadden het net ook over kinderen met juist dat platte hoofdje, daarbij geven wij wel eens het advies om ze juist in de maxi cosi te plaatsen. Om in ieder geval juist die strek tonus te doorbreken. En dan merk je toch wel dat die kinderen in principe veel rustiger worden.

AVE: Ja, maar daar doen wij die kussens voor. Die hoefijzer kussens. Maar ik vind dat hele lastige kindjes hoor. Want die slapen gewoon zo en die liggen zo en die bewegen soms ook heel weinig. Ik weet niet of dat bij alle kinderen zo is maar als ik ze zo voor me zie dan zijn dat toch vaak kinderen die gewoon weinig bewegen. Die blijven gewoon zo liggen en die vinden het allemaal wel best, het komt allemaal op hen af. Die vind ik moeilijker om ook naar de variatie in de rotaties te krijgen omdat die over die veel hardere randen moeten. Die hebben twee kanten waar ze echt overheen moeten.

MB: Ok, we gaan straks nog even over de behandeling verder.

JDB: Mag ik nog even over de preventie... Die voorkeurskussens waar je het over had, volgens mij zijn die niet meer te koop in de babywinkels.

AVE: Bij Duimeland nog wel, in Hengelo, daar zijn ze nog te koop.

AO: Wij mogen ze niet eens adviseren.

JJ: Nee, wij mogen ze niet adviseren, maar als ik het zie zeg ik altijd 'wij mogen het niet adviseren, maar er zijn fysiotherapeuten in Enschede die het wel adviseren'.

AVE: Ik heb dokter De Jong er zelfs een keer over opgebeld, die kinderarts. Ik zei: wat moeten we daar nou mee, want die ouders willen best wel wat, die willen alles wel doen wat je zegt. Maar wat mag je nog zeggen? Want wij zaten daar ook mee. En toen zei hij ook van: nou, als de ouders hun kind toch graag op de zij willen leggen, leg ze dan in zo'n kussen. Dan liggen ze in ieder geval nog veiliger.

NS: Maar dan wel op maat gemaakt. Dat is wel belangrijk denk ik. Want dat maakt, ze zijn toen een keer uit de handel genomen, omdat ze niet op maat waren. En het is voor een kind van 0-6 maanden, dus een kindje van 2-3 weken rolt gewoon nog op de rug, en kan ook nog op de buik rollen. En daarom, het schijnt dan ooit een keer mis te zijn gegaan, en toen abrupt allemaal uit de handel gehaald. Er staat ook geen voorlichting op de doos bijvoorbeeld, er zit geen gebruiksaanwijzing bij. Dus als er een zijligkussen wordt gebruikt moet je het wel even duidelijk uitleggen. En het voordoen hoe een kindje daar in moet liggen. Er heeft zelfs een keer ooit een foto van een kind dat daarin lag op internet gestaan. Door een winkel geplaatst, en dat kind lag op de rug! 'want dan werd het actief voor het spelen'. En zulke dingen moet je dan natuurlijk tegengaan.

MB: Daar komen we dan straks bij de aanpak nog even op terug. Worden hier ook folders gebruikt voor preventie?

JJ: Wij hebben dit stencil. Pas als er een voorkeurshouding is, dan geven we dit stencil. Niet preventief, niet al van te voren.

EH: Nee, maar dat geef je dan al wel bij vier weken. Soms al bij het huisbezoek zelfs.

JJ: Ja, als er een voorkeurshouding is. Maar als er niks is, dan gebeurt er niks. Dus niet preventief.

EG: Nee, het is op indicatie inderdaad.

MB: En dan is dat een folder met plaatjes erop? Die tekeningen?

JJ: Ja, ik heb 'm wel bij me!

AO: Dat is die ter voorkoming van overstrekking en voorkeurshouding, die he?

AVE: Dat zou je eigenlijk al moeten doen bij het ontslag bij de kraam.

MB: Ok, dan sluiten we het kopje preventie even af. Ik wil straks graag even de folder bekijken, in de pauze.

NS: Daar staat jouw naam bij. En dit is die van Leo van Vlimmeren. Dat is het stencil dat daarbij werd gebruikt. Die is ook overal in omloop.

MB: Kunnen we die straks even bekijken in de pauze? Om 20.50 hebben we 10 minuten pauze En dan kijken wij even of we die ook al hebben, wij verzamelen ze namelijk. Goed, volgens mij hebben we alles over preventie ook wel gehad zo'n beetje.

Signaleren *Tijd: 0.52.37*

MB: Dan gaan we nu naar het signaleren en ook het registreren. Ja, wie signaleert, de CB artsen zijn al genoemd, de verpleegkundigen signaleren natuurlijk ook. Wat doen jullie bijvoorbeeld aan signalering?

JJ: Adviezen geven. Dus ook inderdaad al bij huisbezoek 14 dagen, dan geven we deze. En alle adviezen nog een keer mondeling, dan ga je er dus heel uitvoerig op in. Maar je geeft dus ook de standaard adviezen.

FD: Maar als het dan al heel duidelijk is, echt heel duidelijk een scheef hoofdje. Dan verwijst je toch wel gelijk door naar de KFT.

MB: En verwijzen jullie zelf, of verwijst de arts?

AO: Nou, ouders kunnen tegenwoordig gewoon zelf contact opnemen met de fysiotherapeut. Dus we adviseren ouders dan om contact op te nemen met een kinderfysiotherapeut.

JDB: Ik begrijp juist dat de KFT juist wel graag een brief heeft van ons. Om te vertellen wat wij hebben gezien.

AO: Ja, nou dat is in Haaksbergen niet zo.

AVE: Wij krijgen bijna standaard al die kindjes van jullie rechtstreeks. Bijna niets via de huisarts.

MB: Wat vinden de CB artsen daarvan, dat dat rechtstreeks gaat, trouwens? Ja, dat het rechtstreeks naar de kinderfysiotherapeut gaat, dat snap ik. Maar dat...

JDB: De verpleegkundigen bij mij op de locatie die overleggen eigenlijk altijd wel even met mij en dan bekijk ik het kind en schrijf ik de verwijsbrief naar de KFT.

EH: Ik niet, ik heb ze dan al een keer gezien met vier weken, als het dan veel erger is geworden is het nu een beetje zo dat de verpleegkundige ook doorverwijst. En als ik ze zelf een keer gezien heb dan vind ik dat goed.

MB: Maar je wilt ze wel een keer gezien hebben?

EH: Ja, ik heb ze dan met vier weken wel zelf gezien ja.

MB: Waarom wil je ze dan een keer gezien hebben?

EH: Omdat je dan de algehele indruk van het kind hebt. Van de motorische ontwikkeling, van de tonus, alles zeg maar.

AO: Dat is ook meestal al zo he, dat ze al een keer gezien zijn. Maar soms komen kinderen wel eens op het inloopsprekeuur. Daar is niet altijd een arts aanwezig. En dan gaat het wel eens op deze weg. Maar als het bij het consultatiebureau is, bijvoorbeeld bij twee maanden consult, dan laat ik wel altijd de arts even meekijken.

JJ: Niet als het bijvoorbeeld zo ernstig is, dat je zegt van goh, je moet meteen actie ondernemen. En dan bespreken we het wel na, en dan is het ook altijd goed.

MB: Maar goed, er zijn natuurlijk ook andere dingen waar je aan kunt denken bij een voorkeurshouding. Meestal is het niks, gewoon een voorkeurshouding, maar...

JDB: Ja, soms heb je inderdaad een torticollis of.. Maar ik wil ook altijd even weten hoe de passieve rotatie is. Dat soort dingen ga ik altijd wel even bekijken. En de heupen.

NS: Je hebt soms scoliose.

AVE: Ja, de neurologie van het kind.

JJ: Ja, maar scoliose zijn ook wel nog steeds de meningen over verdeeld. Dat is weer een hele andere ehm...

MB: Goed, maar dat is dus wisselend begrijp ik.

AO: Het is denk ik afhankelijk van de wijk waarin je werkt en in welk team je zit en wat voor afspraken je daar over gemaakt hebt.

FD: Er staat niet iets vast op dit moment.

NS: Nee, en het valt allemaal toch nog onder de directe toegankelijkheid he. Want voor de KFT is het... Ja maar in principe moet er dan door een huisarts verwezen worden. Dat is nog het knullige eraan.

Algemeen: Nee, dat hoeft al jaren niet meer!

NS: Nee, dat begrijp ik wel, maar je hebt het verschil dus tussen de directe toegankelijkheid of via een arts. En dan moet het een huisarts zijn, dan valt het niet onder de directe toegankelijkheid. Maar als een consultatiebureau arts het schrijft valt het wel onder directe toegankelijkheid, dat bedoel ik. Daar zit ook nog een verschil in. En in principe, dit is dan buiten een huisarts om, maar dat is dan altijd weer aan ons, dat wij dat even met de huisarts kortsluiten.

AVE: Ja, terugnoteren wat je gezien hebt.

JDB: Maar als ik een verwijfsbrief schrijf naar een KFT. Dan doe ik altijd een kopie erbij, in een andere envelop, naar de huisarts. Zodat die ook op de hoogte is.

NS: Ja dat is het mooist natuurlijk. Om het op die manier te doen.

AVE: En in dit soort gevallen is het ook zo dat eigenlijk de CB arts de eerste is aan wie je terugrapporteert. Niet de huisarts, dat is ook heel vreemd. Dat is ook zo gegroeid.

JJ: Ik denk ook niet dat de huisarts daar veel ervaring mee heeft.

AVE: Nee, maar als dossier houder wel. Maar als degene die het kind ziet...

JDB: Maar de huisarts heeft ook niet zoveel nieuw geboren he. Gemiddeld heeft een huisarts 26 nieuwe kinderen per jaar. De gemiddelde huisarts. Dus dat is niet zoveel.

MB: Dan nog even, wanneer verwijfs je nou door naar een kinderfysiotherapeut. Het doet er dan even niet toe wie dat is. Wat is nou hierbij het criterium? Want zeker 12%, of zelfs 17% heeft een voorkeurshouding, die gaan we niet allemaal naar de fysiotherapeut verwijzen.

EH: Als er asymmetrie van bewegen is, als er andere dingen zijn in de motorische ontwikkeling, dan stuur je eerder door. En inderdaad als het ernstiger is. Of als je denkt dat de ouders echt meer ondersteuning nodig hebben. Dat ze het gewoon niet oppikken, dan hebben ze dat gewoon nodig.

EG: Ja, dat denk ik ook. Als je het gevoel hebt van ja die ouders zien het niet. Of ze zeggen zelf al van 'het lukt niet'.

NS: Het is niet altijd pas bij drie maanden. Want dat is een beetje het protocol dat Leo toen aanhield. Want drie maanden is dan aan het consultatiebureau, en is er na drie maanden ondanks alle adviezen, dan is het van 3-6 maanden de taak van de fysiotherapeut. Dat gaat niet op.

AVE: Nee, wij zien ze in Enschede wel eerder.

NS: Maar dat is ook goed, dat dat eerder is. Want juist de kinderen van 3 maanden is veel hardnekkiger, veel moeilijker te doorbreken. Kijk, dan kan je nog beter misschien iets meer kinderen zien maar dan kortdurender. Dat je net even het verlengde van het consultatiebureau kan aanbieden, dan dat je ze pas bij drie maanden ziet en dat eigenlijk al het grootste leed geleden is. Dat is een beetje de ervaring.

JDB: Ja, de meeste vergroeiing van de schedel vindt toch ook de eerste drie maanden plaats.

AVE: Ik heb nog een puntje, maar daar ben ik alleen maar heel benieuwd naar. Naar de fontanellen. Want ik voel de fontanellen ook, en dan heb je soms een baby die een hele grote fontanel heeft, en dan denk je toch op basis van de metingen van 'hé, die heeft ook meer ruimte om te verbeteren'. En de snelheid waarmee dat kind dan verbeterd, ja, dat zou dan misschien een indicatie kunnen zijn. Maar goed, is dat een indicatie om wel of niet snelle actie te ondernemen? Dat is mijn vraag eigenlijk. Een kleine fontanel bij twee maanden ofzo, weet je wel.

MB: Is dat voor jullie (artsen) een indicatie?

JDB/EH/EG: Nee.

NS: Nee, want dan is het ook gewoon het idee dat je het niet van buitenaf heel goed kan voelen. Ik heb ook één keer een kindje gehad waarvan ik dacht dat die nog een hele grote fontanel had, maar gewoon niet palpabel was. Wat toen uit een echo bleek. Dus ja, ik denk dat dat ook nog wel een hele lastige is.

JDB: Maar die fontanel was niet palpabel terwijl hij wel groot was?

NS: Ja, terwijl hij dus op een echo nog wel goed te zien was dat hij wel aanwezig was.

AO: Maar je kon hem met de hand niet voelen?

NS: Nee, want hij was niet palpabel, dus ik had echt bijna, want het kindje had een hele forse afwijking, dat ik dacht van het lijkt bijna een craniosynostose. En daar is toen ook een echo op gemaakt. Toen zei de kinderarts ook tegen mij je kan niet alle fontanellen even goed palperen.

AVE: Nee ok misschien niet, maar mijn ervaring is dat ik de grote meestal wel kan voelen. Maar jullie zijn daar nog veel bedrevenere in. Als ze bij ons komen dan doe ik dat toch meestal wel. Dat is ook weer iets wat ik niet hard kan maken, maar waarvan ik denk... een grote fontanel heeft meer mogelijkheden om te verbeteren. Afgezien van de andere factoren, want er zijn natuurlijk nog andere dingen. Maar een kleine fontanel, zit die dan ook eerder dicht, en heb je minder mogelijkheden om daar iets mee te doen? Of blijft die ook langer klein? Dat kan ook.

EH: Dat kan ook inderdaad. Het is ook nie taltijd gezegd dat het dan eerder dichtgroeit.

AVE: Maar ik zou dat best wel eens willen weten, of je daar als marker iets mee kunt. Dat zou voor ons wel fijn zijn.

MB: Voor zover ik weet is daar niets over bekend. Maar ik denk dat we even verder gaan. Want we hadden het nog over signaleren. En ik begreep dat ook de verloskundigen al signaleren. Of een kind een voorkeurshouding heeft he. En voor jullie is de consequentie dan.. wat? Als je signaleert, dat je adviezen gaat geven?

IV: Ja, je adviseert.

MB: En die adviezen zijn gewoon houding- en hanteringadviezen?

IV: Ja.

MB: Is er ook contact met de JGZ dan op de één of andere manier of een overdracht?

LP: Dat is via de overdracht van de kraamzorg.

JDM: Maar ik vraag me af of dat eigenlijk wel zo specifiek naar de JGZ wordt doorgegeven.

JJ: Nee, nooit.

JDM: Dat verwachtte ik al dat je dat zou zeggen.

AO: Er is wel overdracht, maar over andere dingen. Over de borstvoeding, over de tepels...

ET: Zien de verloskundigen eigenlijk nog een relatie tussen zeg maar de aard van de bevalling...

LP: Nou weet je, dat is wat door mij heen schoot. Dat is dacht van als er een vacuüm of een tang is gebruikt heb je het dan meer? Ik weet het niet

MB: Zien jullie daar een relatie?

IV: Niet heel duidelijk nee, maar bepaalde kinderen zien je wel... Maar dat is meer ook de

baringen die je zelf begeleidt. Als een kind lang in een bepaalde stand in het bekken blijft staan, als het kind dan geboren is, dat het kind dan de vorm weer aanneemt waarop het in utero heeft gezeten. Dat je dan zegt van 'hé ja kijk, zo heb ik hem dus ook de hele tijd gevoeld tijdens de baring'. Maar dat is alleen maar het percentage van de baringen die je zelf begeleidt.

LP: Ja, en bij een kunst verlossing zijn kinderen meer geprikkeld.

JD: En dan ook bij zo'n cervaal hematoom, wat je toch regelmatig ziet. Dan hebben ze sowieso al zo'n voorkeurshouding. Omdat het gewoon pijnlijk is, en dat je ook zo'n kind toch wel heel vaak op z'n andere zij legt.

JJ: Ja, die hebben heel vaak een voorkeurshouding.

ET: Wat wij zien in de praktijk zeg maar, met de tandem, is wat we met manueel therapie doen is toch ook kijken van goh, hoe is de baring geweest. En dan ook wat pre partum bekend is, heeft het kind in dwarsligging gelegen, of in stuitligging. Omdat er onderzoeksbevindingen zijn geweest in Duitsland, waar dan toch gezegd wordt van als een kind in dwarsligging of in stuitligging heeft gelegen er toch meer aanwijzingen zijn dat er in ieder geval dus in de nek problemen kunnen ontstaan. Bewegingsbeperkingen. En wat mijn ervaring ook is, en daar let ik dus ook op, dat soms bij tweede kinderen soms sprake is van een hele snelle bevalling. Waarbij je dus voorkeurshoudingen waarneemt. En dat is toch wel een redelijk grote groep. En ik heb er al een aantal waarbij het kind uit hetzelfde gezin kwam. Dus een moeder die drie kinderen had, waarbij drie kinderen een voorkeurshouding hebben ontwikkeld.

MB: Waar denk je dan dat dat aan ligt?

LP: Ligt dat dan aan de vorm van het bekken ofzo?

ET: Nou, daar zit ik wel aan te denken. Dat het toch ligt aan de vorm van het bekken...

LP: Maar ik kan mij niet voorstellen dat je aan een kind in stuit zoveel meer ziet. Omdat het eigenlijk de hele tijd met het hoofd naar beneden heeft gelegen.

JDB: Misschien is het wel de reden voor de stuit.

NS: Ja, maar ja, wat was er eerder: het kip of het ei.

EH: Nou, dysplasie natuurlijk wel. Ik heb het idee dat daar eh, ja stuitligging maar ook voorkeurshouding achteraf.

NS: Ja, dat is ook echt wel feitelijk bewezen.

MB: Maar verder zijn er wel weinig echte harde gegevens bekend over die relatie ligging en voorkeurshouding eigenlijk. Daarbij zijn de data die erover bekend zijn weinig hard.

AVE: Het enige wat ik nog misschien, dat is dat het bij pasgeboren kind een reflex is. Als het ergens tegen aan ligt, dan gaat het daar tegenaan drukken. Dus als het op de rug gelegd wordt gaat het tegen de achterlaag aanduwen. Als het op de buik wordt gelegd gaat het naar beneden duwen. Als het op de zij wordt gelegd gaat het... dus die druk tegen die onderlaag aan. Dat is een natuurlijke reflex die ze in het begin hebben. En ik weet niet hoe lang die blijft, maar die is de eerste weken zeker aanwezig.

JD: En wat je ook, als de baby de voetjes tegen het badje heeft, heb je altijd dat een baby toch afzet.

AVE: Ja, en als je die dan onderhoudt door het kind ook nog zo te laten liggen. Dan gaat hij die versterken en de andere kant wordt zwakker.

NS: En daarom heb je ook vaak die rechter kant he, wat dan de voorkeurskant is.

AVE: Maar ook de oprichting naar links en naar rechts. Als je 'm op de zij legt.

JJ: Waardoor denk je dat die rechterkant?

NS: Omdat dat de manier van hanteren is van ouders. Ook met de manier van wegleggen.

JJ: Ooh, want je ziet inderdaad dat al met veertien dagen, dat de meeste kinderen een voorkeur hebben naar rechts.

NS: Ja, 70% naar rechts. 20% naar het midden en 10% naar links. Dus dat is echt wel...

JJ: Daar heb ik eigenlijk nog nooit zo bij stilgestaan, dat is wel mooi om dat nog extra zo te benoemen.

NS: Ja, ouders hebben altijd vaste kant voor de fles geven, vaste kant wegleggen, vaste kant op de commode. Ja maar dat doe je ook en het is ook vaak heel onnatuurlijk om het anders te doen. Het mooiste is dan als vader linkshandig is en dat die het dan andersom doet.

JDB: Maar Laury en Ilona, er zijn toch getallen over bekend, hoeveel kinderen met de rug naar de rechterkant van de buik van de moeder liggen en hoeveel kinderen naar de linkerkant. En het is toch zo dat het meestal de rechterkant is?

LP: Ja, dat is de voorkeurshouding ja, in de buik.

EH: Dat is wel leuk!

MB: Even nog een paar dingen voordat we even pauzeren. Hoe verwijzen jullie, altijd met een brief? Even vanuit de JGZ en naar de verpleegkundigen.

JJ: Nee, niet altijd. Als ze bijvoorbeeld op inloopsprekuren komen, en dan staat er al wat in het dossier van: de voorkeurshouding in de gaten houden. Dan staat er in ieder geval wel in wat je dan moet doen. En als het dan toeneemt, ze mogen zelf naar de kinderfysiotherapeuten.

AO: En wat ik ook wel zie is dat ouders ook zelf wel initiatieven nemen. En dan met name richting osteopaat. In die eerste weken.

MB: Daar komen we zo nog even op. En als er geen brief is, wat vinden de kinderfysiotherapeuten daarvan? Of manueel therapeuten.

AVE: Nou over het algemeen, eigenlijk komt het best wel regelmatig voor dat er geen brief bij is, dus en. Ja wij horen dan van ouders het verhaal en op basis daarvan gaan we dan kijken of ons iets opvalt. Dus in principe, als het een 'normale' voorkeurshouding is, ja dan gaan we niet al te veel toeters en bellen daaromheen doen.

NS: Nee maar bij bijzonderheden zien wij ze ook te kort natuurlijk.

AVE: En dan ben je ook gewoon heel snel klaar eigenlijk. En als er iets mee aan de hand is, dan gaan we er wat langer mee door. En dan koppelen we terug naar de arts. Dat gebeurt niet altijd vanwege tijdgebrek. Die met één maand al komen, dat zijn ook de kinderen waar wij extra alert zijn, omdat die toch of een torticollis kunnen hebben, of dat daar al een neurologische ontwikkeling... Maar ja, het normale anamnese verhaal zeg maar van een voorkeurshouding, dan zetten we er niet zoveel op in verder.

MB: En dan nog even: wordt er ook ergens geregistreerd hoeveel kinderen er dan uiteindelijk vanuit de JGZ worden verwezen naar de kinderfysiotherapeut.

AVE: Ja

JJ: Ja, wij hebben registratie van

JDB: Ja

EH: Dat moet voor de gemeente, wij moeten verwijscodes invoeren. Maar niet waarvoor! Maar in het dossier staat natuurlijk wel altijd waarvoor verwezen is.

MB: Maar als de verpleegkundige verwijst dan?

JJ: Dan ook, altijd codes. En dat wordt allemaal keurig in het dossier gezet... Nee alles wel helemaal volgens de regels.

AO: Maar dat zijn dus geen exacte cijfers of het kinderen betreft met een voorkeurshouding.

MB: Dus niet in de overdracht van kraamverzorgende naar JGZ, daar heeft het onderwerp geen aandacht. Wel de verwijzingen, nou ja, daar vindt in ieder geval registratie van de aantallen plaats. En vaak ook de overdracht met een brief. Ja, dat is denk ik ongeveer wat ik daarvan wilde weten. Oh ja, nog even naar de fysiotherapeuten toe. Bij welke kinderen vinden jullie nou een snelle verwijzing geïndiceerd? Kijk heel veel kinderen hebben een voorkeurshouding, heel veel kinderen kunnen ook in de JGZ behandeld worden. Wat zijn nou de kinderen die jullie graag snel zouden willen zien?

NS: Bij het stukje extra begeleiding in de thuissituatie voornamelijk. Die wil je eigenlijk gewoon het liefst snel zien. En de kinderen waar extra zorg omheen gegeven moet worden. Ik denk dat dat het belangrijkste is. Maar er is wel een categorie waarvan je zegt: tot drie maanden gewoon puur de adviezen van het bureau. Maar dat contact heb je vaak wel met ouders, vaak weet het consultatiebureau wel wat voor vlees ze in de kuip hebben. En wat er met de adviezen gedaan wordt. Want dat is hetzelfde als: op het moment dat jij al je verhaal vertelt, dan zie je of iemand het opneemt en er ook daadwerkelijk wat mee doet. En soms denk je volgens mij is er niets van opgenomen en dan ga je het ook in praktijk brengen. En dan weten ze ook eigenlijk helemaal niet meer wat je net verteld hebt. Dus daar ligt wel een heel groot verschil in natuurlijk. En dat merk je over het algemeen wel. En dat is ook: zie je een kindje maar twee keer of bij sommige kinderen denk ik 'hier moet ik volgende week weer naartoe, en die week erna nog weer een keer, en als het dan niet gaat zoals ik zou willen dan ga ik dat ook meteen even kortsluiten met het consultatiebureau en wat nu te doen'. Want het is maar een heel klein deel wat je als kinderfysiotherapeut biedt. Want het is vooral het stukje voorlichting en advisering, instructie geven. Kijk als jij de instructie geeft van we zetten het bedje zo neer en we zetten de box zo neer. En je komt de volgende keer en het bedje staat weer anders en de box staat weer anders en dan staat weer die maxi cosi op dat onderstel. Weet je, dat zijn dan wel aanwijzingen dat je zegt van dat kind moet beter in de gaten gehouden worden.

AVE: Als aanvulling zou ik graag willen zeggen bij dat snel verwijzen als het snel toeneemt, dus de snelheid waarmee de plagio toeneemt is voor ons heel belangrijk. Want dat kan inhouden dat er of zich een neurologisch probleem aan het ontwikkelen is, of dat er een tonus of iets anders achter zit. Dat er onderliggend lijden is. Als jullie dat al signaleren is het helemaal goed want dan kan je rechtstreeks kinderarts en alles inschakelen. Maar anders als je mee wilt laten kijken, dan heel snel. Als je het vermoeden hebt dat er passieve bewegingsbeperkingen zijn in de gewrichten, oftewel het kan gelokaliseerd zijn in de nek, maar ook de heupen natuurlijk. Die gaan sneller afplatten. Dus dat is denk ik belangrijk voor ons om die sneller te zien.

MB: Erwin jij wilde nog wat zeggen?

ET: Nou ja, en de mate van buikligging. Want kijk met de tandem is het zo dat de kinderfysiotherapeut al eerste gaat kijken bij de zuigeling, die bepaalt ook in principe of er in eerste instantie een indicatie is of ik wel of niet meekijk. Vaak is het zo dat zij in eerste instantie de adviezen geeft en na twee weken of een week nog teruggaat. En als er geen verandering is, en dan zijn wij vooral heel erg gefocused op die buikligging. Als daar geen verbetering in is dan komt eigenlijk mijn rol. Dan kom je dus eigenlijk tegen de eerste functionele beperking op aarde, en dat is dat ze niet in buikligging kunnen liggen. En ik denk dat dat heel erg belangrijk is, om te kijken hoe de zuigeling zich verhoudt in buikligging. Hoe ervaart hij het, vindt hij het prettig of niet prettig. Maar hoe doet hij het ook, want mijn ervaring is dat na een behandeling eigenlijk dat je al meteen kan zien dat de zuigeling meer die extensie kan maken van de wervelkolom, en beter in die buikligging komt. Met minder problemen. Dus ik denk dat dat een hele belangrijke is.

MB: En nou nog even, dan speel ik even advocaat van de duivel, want Leo van Vlimmeren heeft onderzocht van: de ene groep wel KFT en de andere niet. En bij alle kinderen was de voorkeurshouding over he bij zes maanden. Welke kinderen moeten er nou wel verwezen worden en welke niet? Kun je dat zeggen?

NS: Ja ik denk dat de mate van afplatting, dat dat ook een grote rol speelt. Want dan kan met zes maanden de voorkeurshouding wel over zijn, maar het bolletje is nog niet rond natuurlijk. En ook wat dat doet met het gezin. Want je hebt natuurlijk ook de ouders erbij zitten die dat niet erg vinden, maar je hebt ook juist de ouders die dat HEEL erg vinden. Dus daar zit wel een stukje, en kijk: we zijn er wel, dit vak is er wel natuurlijk, dus er kan ook gebruik van gemaakt worden. Er moet niet overmatig gebruik van gemaakt worden. Maar ik denk dat het consultatiebureau daar nu juist en goed, tenminste ik heb het idee dat er genoeg kinderen worden doorverwezen en ik zie ook liever een kind dan één keertje te vaak. Weet je, wat je zegt, soms kan je een kind na twee keer al afsluiten, of dan is het hooguit van: vlak na de zesde maand komen we nog één keertje kijken hoe het gaat. En dan is het wel het stukje geruststelling ook naar de ouders toe. Want ze halen zich soms ook de gekste dingen in het hoofd. Juist als ze het in hun omgeving ook wel kennen en hebben gezien. En ook als het met andere dingen te maken heeft. En wanneer moet een kindje dan wel of niet naar de kinderarts, ja dat is natuurlijk iets wat je dan heel goed met het consultatiebureau kan kortsluiten.

MB: Ok, duidelijk. Dan gaan we even de benen strekken. Even een kopje koffie halen. Dan kunnen we rechtstreeks uit het apparaat, dat lijkt me het handigst, dan staan we ook allemaal even.

Pauze *Tijd: 01.15.20*

Aanpak *Tijd: 01.23.28*

MB: We gaan weer verder. Want we hebben nog vijftientig minuten. Nou, ik denk dat we verwijzing grotendeels gehad hebben. Dan gaan we verder met de aanpak. Wat is de ervaring met in de eerste plaats eens de eigen aanpak op het CB. Stel je hebt een kind met een voorkeurshouding, je adviseert, wat is jullie ervaring daarmee? Waar loop je tegenaan?

JDB: Nou wat els eigenlijk al in het begin zei, sommige ouders gaan daar heel serieus mee om en doen dat soms zelfs te krampachtig. En andere zeggen echt zoiets van: och, waar maak je je zorgen om.

MB: en maak je je dan zelf meer zorgen, of?

JDB: Nou, dan probeer ik toch wel de volgende keer eh... Ik had heel toevallig vanmorgen nog en kind, die was nu bijna vier maanden. En die is met twee maanden voor het laatst geweest bij de verpleegkundige, en die verpleegkundige had toen al aangegeven (dat was een inval bij ons) misschien is het toch verstandig naar de kinderfysiotherapeut te gaan. En die moeder kwam vanmorgen bij ons en die zei: nou, ik heb eens met de buurvrouw overlegd,. En die had gezegd: nou die kinderfysiotherapeut doet eigenlijk niets anders dan wat ik jou ook wel kan vertellen, dus daar was ze niet naar toe gegaan.

LP: Ja, maar we hebben veel knappe buurvrouwen in Nederland.

JDB: Maar dat kind had dus wel een plagio ontwikkeld, nou het ene oor zat echt wel zo'n stuk voor het andere oor. En dat is natuurlijk wel heel jammer, dus ik heb haar vanmorgen alsnog een brief meegegeven naar de KFT. In de hoop dat er dan wel wat mee gebeurt. En dat ze gaat.

AVE: Ja, dat oor dat blijft wel.

MB: En de anderen? Van de JGZ?

AO: Ja, ik zie ook gewoon heel verschillend hoe adviezen worden opgevolgd. Er is een groep mensen inderdaad die het niet zo belangrijk lijken te vinden. Die vinden het zelfs zeuren. Soms denk ik wel eens: ze zien het niet. Of dat je dan laat zien van goh ik zie toch een afplatting van het hoofdje als je het kindje op de buik legt. Nou en dan kijken ze echt of ze het in Keulen horen donderen! Dan moet je het echt laten zien zo en dan: oh ja!

- JJ: Je moet echt even ouders er bij, naast je halen, en dan aanwijzen. En dan duidelijk laten zien.
- AO: Maar dat is ook vaak de groep mensen die het vervolgens niet zo belangrijk lijkt te vinden.
- JDB: Vaak als je mensen van de bovenkant dan laat zien, dan zien ze het vaak beter.
- AVE: En dan zeg ik: kijk eens hoe scheef die oren al staan, en dat komt misschien helemaal niet meer goed! (*algemeen: oooooh, haha, wat gemeen!*)
- MB: Heb je ook het gevoel dat je kunt inschatten van welke ouders je wel en niet moet verwijzen?
- FD: Nou, sommige ouders denk je van, die volgen de adviezen wel op. En soms heb je wel het gevoel, als je ook in de thuissituatie bent geweest, dat je beter dat contact hebt dan wanneer je niet thuis bent geweest. Dan weet je vaak niet zo goed wat voor ouders je voor je hebt. Dat maakt wel verschil vind ik.
- NS: Ja en alle randvoorwaarden denk ik he. Kijk als het nou puur en alleen dat scheve bolletje is, dan kan je de twintig minuten (of wat is het) wat zo'n consult duurt, kan je helemaal daaraan... want dat merk ik ook nu ik een eigen kindje heb van: ja, als er een zorg is op een bepaald gebied, ben je vaak heel lang daarmee bezig. En bij mijn zoontje werd er amper naar het bolletje... Nou wisten ze van 'oh die moeder is fysiotherapeut dus die zal het wel in de gaten houden'. Maar dan nog denk ik, omdat mensen bij eerste kindjes dan die ervaring nog niet hebben. Dan is er echt die onervarenheid. En dan is de voeding ook heel belangrijk, en dan is het belangrijk dat het kindje weinig huilt, en goed slaapt en het ritme krijgt... en die vorm van het bolletje dat komt dan wel! Dat blijft natuurlijk wel een heel lastig ding. Ook voor ouders, want dat is ook daadwerkelijk, wat doet het met ouders, als het een huilbaby'tje is dan is dat het belangrijkste. En ook al slaapt het kindje dan in een voorkeurshouding, het slaapt. En daardoor kunnen ouders ook even rusten. Dat kom je echt tegen in de praktijk. En dan denken ze: ik ga niet ook nog met dat kind naar de fysiotherapeut. En dan zeggen ze we van: ja maar de kindfysiotherapeut komt bij u aan huis... 'ho, denken ze dan, niet nog meer!' Maar dat zijn wel de ouders die bij de JGZ van zes maanden daadwerkelijk zien van, oh maar het is toch wel heel erg scheef. Nou dan moeten we maar aan die helm. Want dat zie je dan natuurlijk ook wel. Want dan hebben ze ook ineens zoiets van: oh, we hadden er misschien wel iets aan kunnen doen maar eigenlijk is het nu een beetje te laat.
- JJ: En wat ik nog wel een groot probleem vind is kinderdagverblijven. Dan zie je dus een kind met voorkeurshouding, maar ze zijn maar zo weinig thuis. Dus die ouders kunnen ze maar zo weinig...
- NS: Maar daar kan ook de kindfysiotherapeut naar toe. Ja, dat doe ik ook.
- JJ: Ja maar ze willen daar niet, ze hebben daar niet extra tijd voor om zo'n kindje in de gaten te houden.
- NS: Jawel, op het moment dat je daar naartoe gaat, en het uitlegt dan vinden ze het over het algemeen wel heel interessant. Juist als je als kindfysiotherapeut bij een kinderdagverblijf komt vinden ze dat een meerwaarde.
- JJ: Goh, dat had ik nooit verwacht!
- MB: Hebben meer mensen daar ervaring mee? Wat voor kennis en ervaringen kinderdagverblijven hebben met het verzorgen van kinderen met een voorkeurshouding. Of met de preventie? Heeft iemand daar ooit iets over gehoord?
- AVE: Mijn ervaring is ze willen graag luisteren naar wat wij zeggen. En doen dat dan. Maar ze weten het niet uit zichzelf.
- NS: Nee, maar daar staan ze wel voor open. En ik geef dan ook vraag een stencil extra mee, want dat is ook tegenwoordig, je hebt ook heel veel gastouderbureaus. Er zijn ook heel vaak opa en oma's die misschien wel vier vijf dagen in de week oppassen. Maar dan spreek je vaak ook een keer af met moeder en met gastouder erbij. En dan leg je het ook uit. Want is juist belangrijk. Je wilt zeven dagen

in de week, vierentwintig uur per dag dat aan kunnen bieden.

AVE: Ik heb nog één puntje, dat is over het gedrag van ouders om dingen aan te leren. Als wij komen en we willen ze gedrag laten veranderen zeg maar, dan kost dat soms best wel moeite als het bijvoorbeeld over de voeding gaat. Dan gebruiken we wel eens het flesje om de voorkeurshouding te veranderen he. Dus dan ga je het flesje niet in het midden geven, maar wat meer aan de zijkant. Nou en als je dat eerder wilt doen, als je dat eerder er in zou brengen, dan zou dat veel makkelijker zijn. Want ouders die net beginnen horen dan van de kraam en van jullie allemaal hoe ze dingen moeten doen, en van ons horen ze het ook wel, maar dan moeten ze dat patroon doorbreken. En dat is heel lastig soms, niet elke ouder, en dan hebben ze er nog een paar rondlopen, en dan oh ja dat gaat zo snel. Maar als ze eenmaal zien dat het heel snel wat oplevert, dan lukt het wel.

MB: Bedoel je daarmee dat je zou willen dat dat ook in de kraamtijd al wordt benadrukt, dat je dat op allerlei manieren kan doen?

AVE: Nou ja, op het moment dat je het signaleert zeg maar, dat er een voorkeurshouding is, dat je dan de fles aan de linkerkant geeft. En dat is niet op de linkerarm! Of op de rechterarm. Dat is toch anders. Want hou jij maar eens een kindje zo, die hou je toch bijna, met een heel klein beetje draaiing maar. Eigenlijk bijna in het midden. Dat is echt maar heel weinig. Dus wil je een kind dat als het slaapt al de hele tijd naar rechts kijkt, of alleen maar naar die muur kijkt en niet naar jou, dan is die voeding... Dat doe je gewoon vijf-zes keer per dag, dat is zo'n mooi oefenmoment. Daar kun je zoveel mee doen. Dat zou ik echt gebruiken. En dan de fles aan de andere kant geven. En dat kun je opbouwen he, dan begin je in het midden, en dan iets over het midden en nog iets verder. Net zolang tot, de fles gaat voor, die moet eerst leeg. En als dat allemaal goed gaat, het kind reageert goed, krijgt geen ademnood, dus dat slik-zuig mechanisme loopt ook prima. En echt hoor, dan kun je gewoon een kind neerleggen en de fles hier, in principe kan hij dan gewoon leren de fles zo leeg te drinken. En dat heeft hij tien minuutjes, op die kant, die wang gevoeld. Want daar gaat het al om. Dan moet je veel sterker als het ware er doorheen breken.

JDM: Wat trouwens opvalt is dat baby's zo wennen aan bepaalde gewoontes, zoals met vinger voeden en met spuitjes. Dat moet je soms niet langer doen dan een dag of twee, want dan gaat het helemaal mis met die tepel en speen verwarring. Ja, dat is eigenlijk wel heel bijzonder vind ik al in het kraambed.

AVE: Ja, ze reageren heel snel op prikkels van buiten, dat ben ik helemaal met je eens.

MB: Dat geeft ook lijkt mij heel erg de ruimte om daar met de preventie.

NS: Ja, en juist die kraamverzorgster!

AVE: De kraam is heel belangrijk.

LP: Maar weet je, de ervaring met de ouders is, zolang ze dingen niet meegemaakt hebben zijn ze niet gemotiveerd om dingen anders te doen.

AVE: Nee maar goed, iedere ouder die het doet pak je mee.

LP: Ja, dat is natuurlijk wel zo.

JDM: Uiteindelijk wat wij zeggen, wordt vaak toch wel op een zilveren schaalte gelegd. En wat jullie zeggen helemaal op een gouden schaalte.

AVE: Maar als je het over helmpjes gaat hebben, dan zijn ouders, dat wordt ook steeds bekender. Dan zien ze die kinderen met een helmpje: oh dat vind ik toch wel zielig. Nou, wij vinden het eigenlijk al, als het nodig is, niet zielig. We zouden liever hebben van niet. Maar het is wel een mooi middel om te laten zien dat ze wel wat moeten doen.

MB: Daar komen we zo nog even op, op de helm komen we zo nog even. Nog eventjes, wat is nou voor de kinderfysiotherapeut en voor de manueel therapeut de moeilijke groep om te behandelen. Wat vinden jullie nou lastig.

NS: Ja, waarbij je merkt dat gewoon de manier van hanteren, wat jij op het begin ook heel mooi zei: sommige ouders hebben heel goed die feeling, en sommige niet. En juist die ouders waarbij die feeling niet is, ja daar ga ik dan ook gewoon vaker heen. En dan neem ik ook wel eens gewoon een pop mee. Dat ik het op de pop maar voor blijf doen. Zodat je eerst op de pop gaat oefenen, en dan ook daadwerkelijk... Want dan hebben ouders het zich net op een bepaalde manier eigen gemaakt. En dan moet je dat gaan doorbreken, ja dat is wel moeilijk. Maar op het moment dat een ouder de hulp van de kinderfysiotherapeut inroept, is er al een hulpvraag. Want laatst nog een keer kreeg ik een kindje van bijna zes maanden, en dat kindje werd eigenlijk doorverwezen van: nou, waarschijnlijk moet het kindje een helm. Nou dat moest ook een helm, maar moeder gaf ook zelf aan: ik heb alle adviezen gehoord, ik heb over de buikligging gehoord. Maar die had een nichtje dat aan wiegendood was overleden, dat op de buik had gelegen. En die zei ook eerlijk: het is op het bureau vaker geadviseerd, maar ik heb het niet gedaan, ook omdat ik daar zelf geen goed gevoel bij heb. Dan moet hij nu maar een helm. En toen was ook toch ook wel van: wil je dan ook even naar de motoriek en dergelijke kijken. Maar die moeder heeft ook niet eerder al de hulp ingeroepen. Maar op het moment dat er een hulpvraag is, staat ouders er over het algemeen voor open. En dan hoor je ook, je bent nog niet weg en vader hangt al aan de telefoon van hoe is het gegaan en wat zegt de kinderfysiotherapeut. Dan denk ik van: Ja, goed zo! Dat zeg ik er dan ook altijd even bij, dat ik dat erg prettig vind, dat iedereen er aan meewerkt.

ET: Nou bij ons is de tijdslijn ook heel belangrijk. Tenminste voor mij als manueel therapeut, ik zie vaak het kind pas na vier vierehalve maand. Dan zie je ook al echt in de weefsels wat aanpassingen zijn. Waardoor het kind ook veel minder snel gaat reageren op de therapie. Waarbij ik de ouders dan soms ook echt duidelijk de instructie geef het kind wat meer en iets langer vast moeten houden. Ja, dat vindt het kind niet echt prettig. En dan komt het er heel erg op aan van hoe gemotiveerd is de ouder, en kun je die motivatie ook goed ombuigen. En dat is soms denk ik wel een heel moeilijk punt hoor. Terwijl in de manueel therapie tien-twaalf weken een beetje het kantelpunt is, dat je ze kunt gaan behandelen. Wij doen dat anders dan de osteopaat, omdat wij van mening zijn dat het kind ook zelf stabiliteit van de nek moet hebben. Om de behandeling ook te ondergaan, om ook na de tijd te voorkomen dat het terugvalt in een blokkering in de nek. En dan is tien twaalf weken een hele mooie tijdslijn. Heel af en toe behandel ik wel kinderen die wel jonger zijn. Omdat je dan al ziet dat er een forse afplatting is, met een forse voorkeur. En dan bestaat de behandeling eigenlijk alleen maar uit heel voorzichtig passief het hoofd toch wat doorbewegen. En daarin ook weer de ouders begeleiden en ondersteunen. En samen met de ouders, want daar ligt ook een stukje kracht, laten voelen wat je met zo'n kind kunt. Maar dan merk ik voor mezelf toch, als manueel therapeut, ja vierehalve maand, en als het kind dan al flink persisteert in die voorkeurshouding en weinig in de buikligging komt, dat zijn echt de hele moeilijke gevallen om daar doorheen te komen.

AVE: Dan praat je al over bewegingsbeperkingen he. En dat is toch wel een verschil volgens mij. Want een kind beweegt niet altijd door tot 90°, maar heeft geen passieve bewegingsbeperking als je het uitlokt. Ik kan het wel met een fles tot 90° krijgen. Terwijl als hij gewoon ligt zegt moeder: nou, dat heb ik nog nooit gezien, de laatste tijd doet hij dat helemaal niet. Weet je wel, dus het verschil tussen wat een kind actief doet en passief. Dat is gewoon heel groot. En bij de normale kinderen eigenlijk, waar geen pathologie is, daar is de passieve beweeglijkheid eigenlijk prima. Die wordt natuurlijk wel minder, dat ben ik wel met jou eens, dat voel ik ook wel. Maar dan nog steeds is die wel, ja tot een half jaar, gewoon normaal. Dat kan je in ieder geval nog wel doorbreken.

ET: Maar ik denk dat wij daar in ons vakgebied wat onderscheiden. De maten van hoe jullie het meten en hoe wij het meten. Wij excentreren echt helemaal tot boven in de nek, dus dan spreek je eigenlijk over drie bewegingssegmentjes. Dus de eerste drie halswervels. En dat moet je met palpatie vaststellen. Dat is ook niet echt meetbaar, dat registreer je als 'beperkt' of als 'mobiel'. Dat is minimaal, maar als het kind dus niet in die segmenten kan flecteren dan heb je al een probleem. Dan heb je al een functioneel probleem. Terwijl misschien als je dat passief, of je gaat het uitlokken, het gewoon kan compenseren door eigenlijk de bewegingssegmenten in het onderlichaam. Want het kind is zo mobiel. Het is heel moeilijk te meten.

MB: Ik wil niet heel erg diep er op ingaan. Het ging mij meer om wat zijn voor jullie nou de moeilijke groepen kinderen. Ik denk dat we dat duidelijk hebben. Jullie geldt de tijd vooral en jij noemde bepaalde groepen.

AVE: Hoog opgeleide ouders vind ik lastig, want die zijn heel precies en die willen het perfecte er

uit halen, dat is bekend. Dat weten we allemaal wel. Maar het probleem is ook, die willen dan toch naar die helm. En hoe praat je ze daar dan vanaf.

MB: Nou we komen nu zo meteen op de helm. Even kijken ik denk dat we daar nu al zijn. Want naast de manuele therapie zijn er natuurlijk nog andere therapieën, complementaire therapieën. Nog even heel kort, hebben jullie daar ervaringen mee? Osteopathie hoorde ik zonet noemen.

AO: Ja, en dat is dan vaak op eigen initiatief. In mijn wijk komt dat HEEL veel voor. Een groep hoog opgeleide ouders.

NS: En ik Rijssen gaat elk kind bijna naar de chiropractor. Ook al is er niets aan de hand, voor vier weken wordt het al door de chiropractor gezien. Dan is het van: 'oh nee, er was geen reden, maar de chiropractor vindt altijd wel wat'.

ET: Oeh

JDB: Maar de osteopaat wordt vaak niet ingeroepen vanwege de voorkeurshouding.

LP: Nee, vanwege het huilen. Maar het is vaak wel huilen in combinatie met voorkeurshouding hoor. Of overstrekken.

FD: Niet echt al een voorkeurshouding, wel dat overstrekken.

AO: Maar je hoort heel vaak ouders die dan bij de osteopaat komen, dat er dan ook adviezen worden gegeven over die voorkeur. Dat dat dan ook behandeld is.

NS: Soms gaan ze dan ook naar de kinderfysiotherapeut. De combinatie is er ook, het is niet of of. Het is heel vaak en en vind ik.

MB: Ok, dan eventjes de helm. 3000 helmen per jaar heeft Nienke al verteld. Dat neemt alleen maar toe. Dus wat is jullie ervaring ermee?

AVE: Ik vind het overdreven. Ik vind het echt overdreven.

MB: Wat vind je overdreven?

AVE: Alleen het probleem is gewoon, wij weten niet welke kinderen ze echt nodig hebben, en welke kinderen ze niet nodig hebben. Dus als er dan ouders komen, waar nog wel een restje zit na zes maanden. Kijk ze hebben geen indicatie meer voor ons, want wij hoeven ze niet meer te zien. De beweeglijkheid is normaal. Maar die koppetjes zijn nog afgeplat, ja en dan krijg je toch dat ouders vragen: komt dat dan weer goed. En dan zeggen wij: ik kan je niet garanderen dat het weer 100% goed komt, maar in de meeste gevallen komt het weer goed. En dan is de ene ouder gevoelig als je dan zegt: nou als het mijn kind was zou ik er niets meer aan doen. Maar er zijn ook ouders die dan zeggen: ja, maar ja, daar heb ik niets aan. Dus die willen het dan toch nog.

NS: Ik gebruik ook dat meetinstrument van Leo van Vlimmeren. De PCM en daar is dan heel duidelijk bij bepaald tussen de 108 en de 113 zijn de twijfelgevallen. Boven de 113 is in ieder geval de prognose dat het niet minder dan 104% wordt. En tussen de 100 en 104% is eigenlijk niet zichtbaar, of in ieder geval dat is de goede prognose. En dan is het nog wel, je meet ze vaker, vaak twee soms wel drie keer. Als kinderen dan een hele goede dalende lijn laten zien, ik had laatst een jongetje die begon op 117! Maar die ging na korte tijd naar 114, 108. Ja dan is het een twijfel, maar dan zeg ik op mijn beurt: ja de prognose is goed. En dan zeggen ouders ook: ja als je ziet wat het geweest is en wat het nu is, daar gaat geen helm meer aan te pas komen.

AVE: Ja, bij de meeste ouders gaat het zo.

NS: Maar ik heb één keer ook een stel gehad, dat waren ook echt hoog opgeleide ouders. Die kwamen al meteen toen ik er de eerste keer was van: wil je meten want ik heb dit en dit gelezen en zij moet waarschijnlijk een helmpje. Toen had dat meisje op dat moment een indicatie voor een helmpje, maar ze was nog geen drie maanden oud. Toen was ze vijf maanden oud, toen zat ze op volgens mij

iets van 105%. Echt een goede prognose, dat je dacht van dit gaat de goede kant op. Toen zei moeder echt letterlijk tegen mij: nou, dan wil ik dat jij mij nu garandeert dat het 100% wordt. Toen zei ik: ik kan die garantie niet geven. Ze zijn naar de kinderarts gegaan, hebben bij de kinderarts hetzelfde gezegd. Achteraf sprak ik de kinderarts en die zei: oh als ik had geweten dat jij hetzelfde had gezegd had ik het niet gedaan. Maar het is nu nog zo dat ouders bij wijze van spreken zo zelf naar de kinderarts kunnen stappen en zeggen ik wil een helm. En dan komt er een helm. Ook al is het maar minimaal.

MB: Nog andere ervaringen met een helm? Verpleegkundigen?

FD: Nou we hebben wel een kindje met een helm gehad, maar dat is ook al via via gegaan.

LP: Geldt daar eigenlijk nog een eigen bijdrage voor of wordt dat helemaal vergoed?

NS: Nee, het wordt helemaal vergoed.

LP: Dat is jammer.

MB: Iemand die klachten van de helm heeft?

AVE: Ja, een kindje met allergie, dus met smetplekken op het hoofd.

NS: Zweten, eczeem. Stinken, vooral in de zomer. De haren moeten eraf.

MB: Op het CB klachten van de helm?

EH: Nee niet echt.

MB: Wacht even hoor, even centraal.

LP: Ik vroeg wie dat bepaalt.

NS: Dat doen ouders dus zelf. Wij geven vaak de meting mee en op het moment dat er echt twijfel is, zoals in Deventer hebben ze om de week op maandag middag een inloopsprekkuur. Daar kunnen ouders gewoon naartoe met hun vragen. Maar daar zeggen de kinderartsen ook: eigenlijk van alle kinderen die wij hier zien, krijgt gewoon het grootste deel een helm. Want dan hebben ouders eigenlijk al de eerste stap gezet. En zien ze ook andere scheve kindjes, gaan ze een beetje mee vergelijken. En dan is het heel vaak dat ouders dan zeggen van dan doen we het toch maar. Want dan wordt meteen de helm aangemeten en twee weken later is de helm er. Vroeger moest je ervoor naar Rotterdam, naar Tilburg. Nu is het gewoon dicht bij huis en ja...

JDM: Is het dan een esthetisch probleem?

NS: Ja dat is het, ja hoor!

JJ: Maar het is ook echt heel lelijk. Ik vind het ook echt heel erg. Echt dat platte.

AVE: En als ze nou wisten dat het natuurlijk... Tot twee jaar is nog wel bekend he, dat het nog wel voor een groot deel... Maar die twee tot vier jaar, dat het nog verder verbeterd? Die één a twee procent die nog overblijft, of wat is het. Dat die dan in die twee tot vier jaar ook nog verbeterd. Want ik heb ook wel eens gehad, he, dan kwam ik voor het broertje of zusje. En dan zie je dat oudere kindje die je dan als plagio had, die dan wegging met een plagio eigenlijk, zonder helm. En dan denk je 'goh, zelfs de asymmetrie in het gezicht is nog een heel stuk beter geworden'. Maar ik heb ook andersom gezien. Welke is het, dat weet je dan niet.

JDB: En hoe lang moet je een helm geven. Dat merk ik wel op het bureau. Sommige kinderen hebben het maar heel even en andere hebben het heel lang.

NS: In principe, de regel is tot een jaar. Op de eerste verjaardag mag hij af, maar het is wel zo, na drie maanden worden de kinderen weer gemeten. En als ze dan na drie maanden intensief, en dat

betekent echt drieëntwintig uur per dag (alleen niet op als ze even in bad gaan), als dan na drie maanden blijkt dat er al heel veel vooruitgang zit dan wordt aan de ouders de keuze laten van: jullie mogen ervoor kiezen dat het alleen nog maar 's nachts gebeurt, dat hij dan overdag af mag. Maar vaak zitten ouders dan al wel in een ritme.

JDB: Maar dat is het beleid in Deventer, want volgens mij is het in Zwolle alweer wat anders.

MB: Maar goed daar gaan we verder niet op in. Dat gaan we onderzoeken he, dat is duidelijk, het effect van de helmbehandeling. Waarbij we echt kunnen zeggen dat het nog niet is onderzocht. Wat dat betreft komt er een antwoord op alle vragen, hopen we. Ik begrijp wel dat de rol van ouders bij de keuze voor een helm eigenlijk heel groot geacht wordt. Wat is jullie eigen rol, hebben jullie zelf het idee dat je daar nog een belangrijke rol in speelt?

AVE: Deze meting (PCM) helpt wel. Alleen het punt is, naar de ouders toe kan je met de PCM heel veel, dat je ze kan aangeven van die grenzen. Ik denk wel als je het hebt over hoe exact en hoe nauwkeurig: volgens Leo is de nauwkeurigheid, die betrouwbaarheid heel hoog. Maar de metingen zijn allemaal gedaan in het ziekenhuis. En in het ziekenhuis heb je een standaard bak met water (heet water) op een standaard temperatuur. Maar kom je in de thuissituatie, dan is dat natuurlijk heel anders. Dan praat je een waterkoker. Moeder doet de waterkoker aan, ik krijg kokend water aangeboden. Ja leg je dat ding erin dan rekt die enorm uit. Dus de metingen van een aan huis meting, ik zou daar wel even een aantekening van willen maken, voor stel dat jullie dat willen gaan gebruiken. Ik denk dat het wel belangrijk is om daar naar te kijken. Gewoon hoe die fysiotherapeuten dat daar uitvoeren.

NS: Vooral wat wij meten en de metingen van het Deventer ziekenhuis.

MB: Ik wil nog even terug naar de vraag van eh..

AVE: Maar voor de ouders heb je hier zeg maar wel een houvast aan. Dat je die grenzen, voor zover die afkapwaardes dus betrouwbaar zijn.

NS: Maar het pakt ook gewoon deze he (*plagiocephalie*), het pakt niet de occipitale lift. En dat is juist eigenlijk het allerbelangrijkst.

AVE: Maar ik heb Leo wel eens gevraagd hoe kom je aan die afkapwaardes, hoe kom je aan die 108. En dat is toch ook wel nog arbitrair.

MB: Maar dat is op dat gebied. CB artsen en verpleegkundigen, hebben jullie nog een rol? Heb je het idee dat je daar invloed op uitoefent, op die keus?

EH: Je kunt wel een stukje, als je het idee hebt van het komt wel goed, dat is natuurlijk ook maar een gevoel op basis van hoe het gegaan is. Maar ik heb wel het idee dat dat wel opgepikt wordt over het algemeen. Of de ouders moeten al een hele duidelijke mening hebben.

JDB: Ik heb juist een heel andere ervaring. Ik heb de ervaring als ouders een helm willen, dan willen ze hem gewoon.

NS: Ja maar als ze twifelen dan is de rol van het consultatiebureau doorslaggevend. Tenminste dat is mijn ervaring. Want dan gaan ze met die twijfel naar een consultatiebureau arts. En heel vaak wordt daar ook natuurlijk gezegd van: ja uit ervaring (want dat is natuurlijk wel zo) komt er zonder die helm ook wel heel veel goed. En dat willen ouders eigenlijk het liefst horen.

JDB: Eigenlijk he, alle kinderen die een helm krijgen zijn eigenlijk al bij een kinderfysiotherapeut. En dan krijg ik altijd het gevoel dat jullie mening veel meer van doorslaggevend belang is dan die van mij.

AVE: Wij zeggen dan: als je ziet dat het zo snel verbeterd dan mag je ervan uit gaan dat het restje ook goed komt. Maar dan zijn er altijd uitzonderingen.

MB: Is daar ook nog verschil in, naar etniciteit denk je? De invloed die de arts heeft, of dat uitmaakt?

NS: Ja, en de vorm van de bol natuurlijk.

MB: Ja goed maar stel je hebt dat scheve hoofd en de ouders twijfelen. Maakt dat dan nog uit of je Nederlandse ouders voor je hebt of ouders met een andere achtergrond? Ik bedoel bij wat je invloed is op de beslissing?

JDB: Nou ik denk allochtone ouders wel eerder naar mij luisteren dan Nederlandse ouders, die zijn eigenwijzer.

EH: Maar daar speelt opleidingsniveau ook nog wel mee.

FD: Ja want heel veel ouders zoeken natuurlijk dingen op via internet he.

AVE: Maar ook of het een jongen of een meisje is. Dat maakt ook uit. Want jongetjes krijgen later een kale kop, die worden geschoren. En dan moet dat mooi rond zijn. Bij jongetjes zijn ze gevoeliger voor ronde hoofdjes is mijn ervaring. Als het gezichtje maar recht is is het goed.

NS: Ja bij meisjes kun je het mooi verdoezelen met mooie haartjes. Maar ja, doe maar een meisje met twee staartjes...

MB: Eh het is half tien zo. Hebben jullie nog heel belangrijke dingen die je wil vragen, ik wilde iets over follow-up vragen.

NJ: Ja.

MB: Hilde, ben jij aan je helmen voldoende toegekomen?

HN: Ja.

Follow-up *Tijd 01.51.08*

MB: Iets over de follow-up. Als je een kindje met een voorkeurshouding hebt. Wie zorgt dan eigenlijk dat, wie bewaakt het hele traject dan. Of zeg je van nou als hij bij de fysiotherapeut is is die verantwoordelijk, als hij bij de arts is... zijn daar afspraken over?

EH: Nee, we zien ze sowieso.

FD: Nee, we zien de kinderen op het consultatiebureau. En als je er dan al een scheef hoofdje is, dan kom je daar de volgende keer weer op terug. En dan vraag je ook hoe het gaat, of ze nog bij de KFT zijn geweest. En wat voor oefeningen die heeft voorgeschreven. Dat is wel wat je volgt. Maar er is geen standaard afspraak. Over wie de coördinatie doet of wat dan ook.

NS: Nee en op het moment dat een kinderfysiotherapeut ingeschakeld wordt denk ik wel dat dat gedeelte wel het stukje van de kinderfysiotherapeut is. Want ik heb ook mijn verantwoordelijkheid naar het consultatiebureau. Dat doe je in je verslaglegging natuurlijk. Het mooiste is dat je het bij zes maanden afrondt, en dat er een mooi verslag richting het consultatiebureau gaat. Zo van nou zo was het, zo is de situatie nu.

MB: En hoe is het eigenlijk op het consultatiebureau. Krijgen jullie die verslagen?

EG: Ja

EH: Nou ja (*lichaamstaal zegt twijfel*)

MB: Is dat overal zo of hoor ik alleen mensen bij wie het goed gaat?

JJ: Nou ja, soms ietsjes aan de late kant maar meestal krijgen we ze wel goed binnen. Van onze kinderfysiotherapeuten geen klagen.

NS: En bij ons is er ook gewoon drie keer per jaar een overleg. En op het moment dat het er een

keer bij in geschoten is, want dat komt heus wel eens voor. Dan zeg je tijdens het overleg nog even wat je hebt gedaan en dan wordt daar nog even aantekening van gemaakt. Maar over het algemeen zijn het makkelijke brieven he gelukkig.

AVE: En soms doen wij met negen maanden follow-up. Als je ziet dat er een asymmetrie is die ook in de wervelkolom doorzet. En je ziet die scolioseachtige ontwikkeling, dat we dan zeggen van ok het is verder allemaal goed, het beweegt wel gevarieerd. Kijk het nog even aan en als het kind zelfstandig kan zitten dan willen we het nog even zien. Dus dan laten we ze met negen maanden nog even terug komen.

EH: Oh, ik dacht dat dat was als ze konden lopen.

ET: Ja toetsingsmoment bij de tandem is dat we ze altijd nog even willen zien als ze zelfstandig kunnen lopen. Dat is voor ons het ijk-moment. Dus het kan best zijn dat we de behandeling met zes maanden afsluiten en dat we de ouders het advies geven dat zodra de kinderen dus echt los kunnen lopen, een aantal stappen, dat we samen (tijdens een gemengd spreekuur met de kinderfysiotherapeut) het kind nog een keer bekijken. En dat doen we omdat we het idee hebben dat we daar toch al een aantal kinderen hebben uitgehaald waarbij er een asymmetrisch looppatroon was. Waarbij dus echt één been meer naar buiten of naar binnen staat. En waarbij er een soort torticollis toch nog aanwezig was. Waarbij toch nog een scheefstand van het hoofd waarneembaar was. En de kinderfysiotherapeut is dan zeer alert op de motorische ontwikkeling en ik bekijk dan met name ook de mobiliteit en de bewegingsmogelijkheid van het bekken. En ik heb over het algemeen, als ik ook de cijfers nakijk, dat één op de tien of vijftien kinderen die dan toch nog een keer behandeld worden met manueel therapie. Met name rondom het bekken. En op zich is dat voor mij ook niet zo raar, want ja in de ontwikkeling van het lopen is het natuurlijk dat ze veel vallen. En veel zitten op hun billen. En dat zou natuurlijk wel eens een aanleiding kunnen zijn tot een bewegingsstoornis/ mobiliteitsstoornis rondom het bekken. Maar dat is ons ijk-moment. En dan laten we in principe de behandeling stoppen. En ook adviezen naar hypermobile kinderen. Je ziet namelijk ook wel veel kinderen die dan in zo'n tv-zit gaan zitten. Dus met het been naar buiten. En als dan het voetje toch wat meer naar binnen wordt gezet, dan is het een heel goed advies om te zeggen: wees daar nou alert op en zorg ervoor dat het kind dat niet doet. En ik moet zeggen dat het over het algemeen goed gaat, die tv-zit. Maar je haalt er soms toch nog wel wat probleemgevallen uit.

MB: En zijn dat gevallen die op het CB niet gezien zouden zijn? Heb je enig idee?

JDB: Het is toch grappig want vroeger heb ik die tv-zit altijd afgeraden, maar tegenwoordig doe ik dat nooit meer.

NS: Oh jawel. En sommige kinderen kunnen het bijna niet. Het zijn bijna altijd hypermobile kinderen die dat doen.

EH: Officieel is het geloof ik tot drie jaar mogen wij het laten...

NS: Ja, maar omdat je dan ook nog moeilijk daarin kan corrigeren natuurlijk. Want dat gebeurt, een kind gaat zitten, gaat weer staan, gaat weer zitten... Maar één dingetje wat ik wel vind ik de praktijk is dat we altijd heel erg met de rotatie bezig zijn, vooral met de voorkeurshouding de rotatie naar links en naar rechts. Maar dat de lateroflexie, de zijwaartse beweging, niet vergeten moet worden. Veel kinderen die een voorkeurshouding hebben voor de rotatie naar rechts, combineren dat met een lateroflexie naar links. En dat is ook vaak wat je ziet als je een zesjarig kindje ziet in verband met schrijfproblemen of iets dergelijks. Dan ga je kijken naar de mobiliteit, dan kan je heel vaak ook de kinderen met een voorkeurshouding er weer bij halen en dan vooral omdat ze dan die scheefstand van de nek altijd toch een heel klein beetje hebben gehouden. Want we zijn vooral met die rotatie bezig want dan wordt die vorm van het bolletje weer mooier. Maar die lateroflexie is ook heel belangrijk. Dat daar ook gewoon echt even naar gekeken wordt. Dat hoeft nog niet eens met manueel therapie, want dat kan ook met een stukje rekking en met een stukje hanteren natuurlijk heel goed doen. En dat is ook vooral bij kinderen van een week of zes die die combinatie hebben. En dat is wel iets wat vaak er een beetje bij in schiet.

AO: Ja, dat denk ik ook wel.

MB: We gaan heel streng worden nu want we moeten het gaan afsluiten nu, anders moeten we hier blijven slapen. Ik weet niet, heb ik niets vergeten voor jou? Voor jou denk ik ook niet? Dan wil ik iedereen heel hartelijk bedanken, maar ik wil nog eventjes, als er nog een heel dringend iets is dat je in één zin zou kunnen zeggen dan mag dat nog. Iets waarvan je zegt dat heb ik gemist?

LP: Ik heb nog wel even wat, want Joke begon over de kleding. Wat wij gewoon zien is dat mensen hele mooie pakken hebben, spijkerpakken en alles. Ik denk dat dat ook heel veel invloed heeft. Want die liggen als een plank in bed. Het is gewoon ten opzichte van vroeger toch heel wat anders.

JDB: Ze hebben veel minder bewegingsvrijheid.

MB: Dat is denk ik een heel goede toevoeging.

LP: Ik denk dat dat zeker onze adviezen moeten zijn.

MB: Ja, daar kunnen jullie natuurlijk zelf ook een rol in spelen. Het hoeven niet meteen grote jongens of meisjes te zijn. Nou dan wil ik jullie allemaal heel hartelijk bedanken. Ik hoop dat jullie er ook zelf nog iets aan gehad hebben. Voor ons is het denk ik in ieder geval heel nuttig geweest. Wij gaan nu aan de hand van wat hier uit gekomen is worden de knelpunten die er zijn. Kijk, waar iedereen het over eens is, daar hoeven we geen richtlijn voor te maken. Het gaat dus juist om de knelpunten, het gaat om dingen waar geen evidence voor is, en voor dingen waar wat we signaleren van dat zijn mogelijke oorzaken waarom het niet verbeterd. Dan gaan we literatuur zoeken. Nienke heeft alle protocollen die binnen gekomen zijn al geanalyseerd. Daar halen we ook knelpunten uit natuurlijk. De volgende stap is dus dat we literatuuronderzoek doen, kijken wat er in de literatuur staat over de knelpunten die gesignaleerd zijn. En dan denk je bijvoorbeeld wat is er voor evidence, wanneer moet je een kind nou doorsturen en dat soort dingen. Waar geen literatuur over is moeten we door het raadplegen van deskundigen of een consensusmeeting moeten we daar duidelijkheid over krijgen. Dat soort dingen komen dan straks in de richtlijn.

JJ: Een hele mooie standaard folder, die al meteen uitgedeeld kan worden, waar ouders ook een beetje van wakker geschud worden. Niet alleen maar iets wat bij die stapel folders op de kast gaat, maar iets waarvan ze echt zeggen van ok...

LP: Wij zeiden net het moet eigenlijk bij in het kraamdossier. In het kraamboek.

MB: Dat het geen losse folder is. Nou ja, dat zijn allemaal dingen die we meenemen. Vandaar dat we het ook heel belangrijk vinden dat de verloskundigen en de kraamzorg meedenken. Dan hebben we een eerste concept van de richtlijn straks, dan krijgen we dus weer een digitale ronde. Waarvoor we mensen zoeken die daar op willen reageren. Als jullie dat willen mag je het nu meteen zeggen. Dat sturen we het ook tegen die tijd naar jullie toe. Want dan willen we graag reacties op de conceptversie. Aan de hand daarvan wordt dan een tweede versie gemaakt en die wordt dan geïmplementeerd. Dus na ongeveer een jaar hebben we een eerste definitief concept. Waarmee we gaan onderzoeken of dat werkt.

Tijd 02.01.35

R: Tabel focusgroep preventie

Gegevens zijn evident wanneer zij ondersteund worden door wetenschappelijk onderzoek.

Gegevens zijn vermoedens wanneer zij ondersteund worden door bestaande protocollen of folders.

Tabel 5: resultaten focusgroep preventie

	Ontkenning bestaande evidentie	Bevestiging bestaande evidentie	Ontkenning bestaande vermoedens	Bevestiging bestaande vermoedens	Nieuwe gegevens
Verlos- kundige	Onbekend met variatie aankleedkussen, wel enthousiast.		Weinig preventie	Te stugge/strakke kleding, weinig bewegingsvrijheid.	Standaardfolder zou in kraamboek moeten.
				Ideaalbeeld: verl en kraam vertellen al over, JGZ vpk's herhalen.	Eerste weken weinig in de box
				Moderne kleding is te makkelijk aan te doen, niet meer automatisch op de buik gedraaid.	
Kraam		Niet standaard op de buik na verschonen	Weinig preventie	- Ideaalbeeld: verl en kraam vertellen al over, JGZ vpk's herhalen.	Kunnen meer tijd vrijmaken voor geven van uitleg/ voordoen
					2 weken zijligging
					Te weinig kennis
					- Standaardfolder zou in kraamboek moeten.
JGZ- VPK's		Veel preventie	Voorkeurskussen n officieel niet geadviseerd, wel onduidelijkheid	Ideaalbeeld: verl en kraam vertellen al over, JGZ vpk's herhalen.	Tweede huisbezoek is wenselijk ivm informatie overload
		Hoofdje draaien in bed		Er moet een standaard folder komen die ouders wakker schud.	
				Niet te lang in maxi cosi.	
JGZ- arts				Moderne kleding is te makkelijk aan te doen, niet meer automatisch op de buik gedraaid.	Minder vaardige ouders hebben meer begeleiding nodig
		Afwisseling bij verzorging.		Te stugge/strakke kleding, weinig bewegingsvrijheid.	
				Ideaalbeeld: verl en kraam vertellen al over, JGZ vpk's herhalen	
				Afwisselen dragen, box, wipstoel.	
				Ook symmetrisch bewegen is belangrijk	
KFT		Slappe en sterke kinderen hoger risico plagiocephalie	Voorkeurskussen n officieel niet geadviseerd, wel onduidelijkheid.	Maakt niet uit wat je doet als je maar alle houdingen een keer doet(minimaal 3x buikligging)	Zij- en buikligging op vaste momenten in de dagelijkse routine inpassen
				Kinderen die vroeg beginnen met buikligging hebben goede motorische ontwikkeling	
				Maxi cosi ook op onderstel als kinderwagen.	
				Niet te lang in maxi cosi en wipstoel.	
				Geen preventie	
				Ideaalbeeld: verl en kraam vertellen al over, JGZ vpk's herhalen.	
				Ook symmetrisch bewegen is belangrijk	

S: Tabel focusgroep signalering

Gegevens zijn evident wanneer zij ondersteund worden door wetenschappelijk onderzoek.
Gegevens zijn vermoedens wanneer zij ondersteund worden door bestaande protocollen of folders.

Tabel 6: Resultaten focusgroep signalering

	Ontkenning bestaande evidentie	Bevestiging bestaande evidentie	Ontkenning bestaande vermoedens	Bevestiging bestaande vermoedens	Nieuwe gegevens
Verlos- kundige			Geen actieve signalering		
Kraam			Geen actieve signalering		
JGZ- VPK's			Registratie aantal verwijzingen naar KFT.	Signaleren	
JGZ- arts		Comorbiditeit bekijken	Registratie aantal verwijzingen naar KFT	Signaleren	
KFT	KFT zet kanttekening bij de betrouwbaarheid van PCM bij gebruik in de dagelijkse praktijk.	Comorbiditeit bekijken		PCM nuttig bij bepalen van beleid en als houvast voor ouders.	

T: Tabel focusgroep verwijzing

Gegevens zijn evident wanneer zij ondersteund worden door wetenschappelijk onderzoek.
Gegevens zijn vermoedens wanneer zij ondersteund worden door bestaande protocollen of folders.

Tabel 7: Resultaten focusgroep verwijzing

	Ontkenning bestaande evidentie	Bevestiging bestaande evidentie	Ontkenning bestaande vermoedens	Bevestiging bestaande vermoedens	Nieuwe gegevens
Verlos- kundige	Verwijzen. Osteopathie adviseren				
JGZ- VPK's	Verwijzen.			Geen bestaande afspraken over verwijzing.	
				Verwijzing gebeurt lang niet altijd met brief.	
JGZ-arts	Verwijzen met brief			Niet altijd pas na 3 mnd naar fysio. Dan is plagio ook al heel hardnekkig.	KFT adviseren bij asymmetrische beweging.
					KFT adviseren als ouders meer steun nodig hebben.
					Verschillende opvattingen of arts kind nog wil zien voor verwijzing.
KFT				Niet altijd pas na 3 mnd naar fysio. Dan is plagio ook al heel hardnekkig.	Al dan niet verwijzen naar fysio afhankelijk van mate van plagiocephalie
				Verwijzing gebeurt lang niet altijd met brief.	Snel zien als ouders meer steun nodig hebben.
					Snel zien bij snelle toename plagiocephalie
Manueel therapeut					Snel zien als veel bestaat met buikligging.

U: Tabel focusgroep aanpak

Gegevens zijn evident wanneer zij ondersteund worden door wetenschappelijk onderzoek.
Gegevens zijn vermoedens wanneer zij ondersteund worden door bestaande protocollen of folders.

Tabel 8: Resultaten focusgroep aanpak

	Ontkenning bestaande evidentie	Bevestiging bestaande evidentie	Ontkenning bestaande vermoedens	Bevestiging bestaande vermoedens	Nieuwe gegevens
Verlos- kundige				Houding- /hanteringadviezen bij signaleren.	Motivatie is laag zolang ouders het zelf niet mee hebben gemaakt.
Kraam				Bedje draaien	Protocol Naviva eerste 2 weken zijligging.
		Afwisselen houding bij voeden (niet preventief).			
JGZ- VPK's		Uitdelen folder (niet preventief)		Puur esthetisch probleem.	Hoog opgeleide ouders luisteren minder goed.
		Houding- /hanteringadviezen bij signaleren.			Allochtone ouders meer therapietrouw
					Ouders echt laten zien om motivatie te krijgen.
					Ouders gaan zelf naar osteopaat.
					Als je in thuissituatie bent geweest beter in te schatten wat ouders doen met adviezen.
JGZ-arts		Uitdelen folder (niet preventief)		Twijfel over nut helmtherapie.	Hoog opgeleide ouders luisteren minder goed.
					Allochtone ouders meer therapietrouw
					Ouders echt laten zien om motivatie te krijgen.
					Mening fysio is doorslaggevend bij twijfel over helm.
					Moeilijk te bepalen hoe lang helm
KFT		Buikligging en zijligging (hand op billen, handdoek onder oksels).		Puur esthetisch probleem.	Hoog opgeleide ouders luisteren minder goed.
				Helmtherapie is overdreven.	Allochtone ouders meer therapietrouw
				PCM voor advisering helm.	Ouders echt laten zien om motivatie te krijgen.
				Bij jongens eerder helm, door kaal worden.	Ouders gaan zelf naar chiropractor.
				Ouders hebben veel zorgen in het begin. Hoofd komt nog wel.	Therapie is lastig bij onhandige ouders.
					Ook gastouders en oppas betrekken bij therapie.
					Fysio kan ook op dagverblijf gegeven worden. Die willen graag leren.
					Mening CB arts doorslaggevend bij twijfel over helm.
Manueel therapeut					Ziet kind vaak pas na 4.5 mnd.

V: Tabel focusgroep follow-up

Gegevens zijn evident wanneer zij ondersteund worden door wetenschappelijk onderzoek.

Gegevens zijn vermoedens wanneer zij ondersteund worden door bestaande protocollen of folders.

Tabel 9: Resultaten focusgroep follow-up

	Ontkenning bestaande evidentie	Bevestiging bestaande evidentie	Ontkenning bestaande vermoedens	Bevestiging bestaande vermoedens	Nieuwe gegevens
Verlos- kundige					Geen contact met JGZ. Alleen overdracht naar kraamzorg.
Kraam					Geen specifieke aandacht voor voorkeurshouding bij overdracht naar JGZ.
JGZ- VPK's				Rapportage door fysio eerder naar JGZ-arts dan huisarts	
JGZ-arts			Na 6 maand rapportage van fysio.	Rapportage door fysio eerder naar JGZ-arts dan huisarts	
KFT			Soms na 9 maanden follow-up (bij scoliose achtige ontwikkeling).	Rapportage eerder naar JGZ-arts dan huisarts.	
			Na 6 maand rapportage naar CB.		
Manueel therapeut					Follow-up als kind zelfstandig kan lopen.

W: Focusgroep risicofactoren

Gegevens zijn evident wanneer zij ondersteund worden door wetenschappelijk onderzoek.

Gegevens zijn vermoedens wanneer zij ondersteund worden door bestaande protocollen of folders.

Tabel 10: Resultaten focusgroep risicofactoren

	Ontkenning bestaande evidentie	Bevestiging bestaande evidentie	Ontkenning bestaande vermoedens	Bevestiging bestaande vermoedens	Nieuwe gegevens
Verlos- kundige	Geen duidelijke relatie met vacuüm/tang.				In de buik hebben de meeste kinderen voorkeur naar rechts.
Kraam					Kinderen met cervaal hematoom eerder voorkeurshouding
JGZ- VPK's					Onbekend met vaker voorkomen van voorkeur naar rechts.
JGZ-arts		Relatie met dysplasie.			
KFT		Reflex tijdens eerste weken om overal tegenaan te drukken. Verergert plagio.			
		Brachycephalie vooral bij buitenlandse kindjes.			
Manueel therapeut					Relatie met vorm van het bekken?