

A close-up photograph of a baby's face, looking slightly to the right. The baby's hands are near their mouth, with fingers partially inserted. The background is a soft, out-of-focus pink. The image is overlaid with a large, diagonal graphic element consisting of a gold triangle on the left and a grey triangle on the right.

**JGZ-richtlijn**

# **Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming**

**Samenvatting**



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid

## **Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming**

**Samenvatting**

**Ontwikkeld door:**



**Redactie**

Dr. M.M. Boere-Boonekamp<sup>1</sup>, arts maatschappij en gezondheid, epidemioloog  
Dr. E.J. Anten-Kools<sup>2</sup>, arts maatschappij en gezondheid  
Drs. E.J.C. Coenen-van Vroonhoven<sup>1,3</sup>, jeugdarts KNMG (TNO tot 1 december 2010)  
Drs. H.B.M. van Gameren-Oosterom<sup>1</sup>, arts, onderzoeker (TNO vanaf 1 mei 2010)  
Dr. M.P. L'Hoir<sup>1</sup>, psychotherapeut, psycholoog  
Dr. B.E. van Sleuwen<sup>1</sup>, bioloog, onderzoeker  
Dr. L.A. van Vlimmeren<sup>4</sup>, kinderfysiotherapeut, senior onderzoeker  
A.A.G. Winkel-Veninga<sup>5</sup>, nurse-practitioner JGZ

**Datum**

Mei 2012

Een publicatie van het  
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)  
Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht

© Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2012

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische veeleenvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht ([www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

**Gefinancierd door ZonMw**

- 
- 1) TNO Child Health, Leiden
  - 2) Orbis Thuiszorg - Jeugdgezondheidszorg, Sittard
  - 3) GGD Hollands Midden Jeugdgezondheidszorg, Gouda
  - 4) UMC St Radboud, revalidatiegeneeskunde, afdeling kinderfysiotherapie, Nijmegen
  - 5) GGD Groningen, divisie Lokaal gerichte zorg & Jeugd (LGZ), Groningen

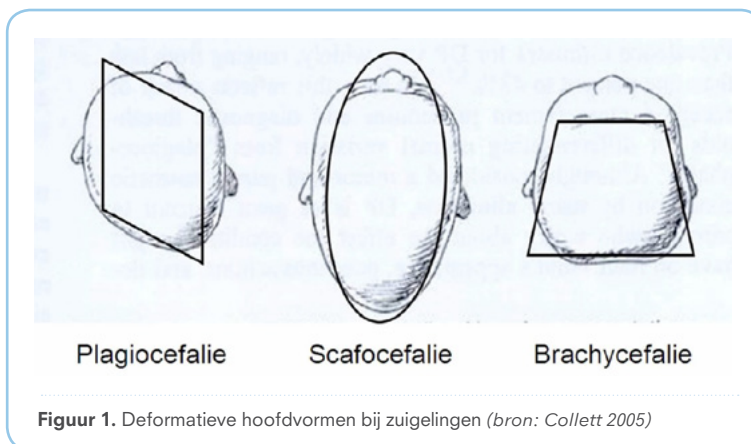
# INHOUDSOPGAVE

<b>1. VOORKEURSHOUDING EN SCHEDELVERVORMING</b> .....	5
1.1 Definitie .....	5
1.2 Normale groei van de schedel .....	5
1.3 Prevalentie van voorkeurshouding en schedelvervorming .....	6
1.4 Ontstaan, beloop en gevolgen van schedelvervorming .....	6
1.5 Ketenzorg .....	6
<b>2. PREVENTIE</b> .....	7
2.1 Contactmomenten .....	7
2.2 Voorlichting .....	7
2.3 Aanvullende advisering over positionering en hantering .....	8
2.4 Ouderperspectief .....	9
2.5 Advisering bij risicogroepen .....	9
<b>3. SIGNALERING</b> .....	10
3.1 Contactmomenten .....	10
3.2 Anamnese en lichamelijk onderzoek .....	10
3.3 Beoordeling van de schedel .....	10
<b>4. DIFFERENTIAALDIAGNOSTIEK</b> .....	12
<b>5. AANPAK</b> .....	13
5.1 Intensivering positionerings- en hanteringsadviezen .....	13
5.2 Follow-up en eventueel verwijzing .....	16
<b>BIJLAGEN</b> .....	18
1 Argenta-classificatie van deformatieve plagiocefalie en deformatieve brachycefalie .....	18
2 Stroomdiagram 'Voorkeurshouding en schedelvervorming' .....	19

# 1. VOORKEURSHOUDING EN SCHEDELVERVORMING

Voorkeurshouding - en de vaak daarmee gepaard gaande vervorming van de schedel - is een frequent voorkomend probleem bij jonge zuigelingen. Een voorkeurshouding staat een voorspoedige symmetrische ontwikkeling in de weg en leidt vaak tot onzekerheid en ongerustheid bij ouders vooral als er ook een schedelvervorming is. Meestal is sprake van deformatieve plagiocefalie (scheef hoofd), soms van deformatieve brachycefalie (breed hoofd) of deformatieve scafocefalie (lang hoofd) (zie figuur 1). Vaak komen combinaties van een breed of lang hoofd met scheefheid voor.

## 1.1 Definitie



Voorkeurshouding is de toestand van de zuigeling waarbij deze in rugligging spontaan het hoofd óf naar de rechterzijde óf naar de linkerzijde geroteerd houdt gedurende driekwart van de observatietijd (minimaal 15 minuten), zonder actieve rotatiemogelijkheid van het hoofd over de volle 180

graden. Een voorkeurshouding kan zich ook manifesteren in het onvoldoende spontaan draaien van het hoofd in rugligging, waarbij de zuigeling het hoofd bij voorkeur in de middenpositie houdt.

*Deformatieve schedelvervorming:* het hoofd van de baby is vervormd als gevolg van prenatale en/of postnatale krachten op de groeiende schedel (in vervolg: schedelvervorming). Figuur 1 toont de afwijkende hoofdvormen die regelmatig voorkomen bij zuigelingen.

## 1.2 Normale groei van de schedel

De groei van het hoofd van de foetus en zuigeling wordt in belangrijke mate bepaald door de groei van de hersenen. Bij pasgeborenen is de schedel nog zacht en vervormbaar voor de passage door het geboortekanaal. Hoe jonger het kind is, hoe zachter de schedel. Het grootste deel van de schedelgroei vindt plaats tijdens de eerste achttien maanden. Schedelafwijkingen kunnen prenataal of in de eerste levensjaren ontstaan. De vorm van de menselijke schedel varieert; zowel genetische als omgevingsfactoren kunnen de vorm beïnvloeden. De schedelvorm verschilt per ras; het Aziatische ras heeft bijvoorbeeld van nature een platter achterhoofd dan het Kaukasische ras.

### 1.3 Prevalentie van voorkeursohouding en schedelvervorming

Wereldwijd is na de gewijzigde advisering over de slaaphouding van baby's ter bevordering van rugligging (Back to Sleep of daarmee vergelijkbare campagnes) een stijging van het aantal kinderen met schedelvervorming gemeld. In Nederland is de prevalentie van voorkeursohouding bij zuigelingen van 7 weken 18%. De prevalentie van deformatieve plagiocefalie is bij de geboorte 6% en bij 7 weken 22%. Deformatieve brachycefalie komt bij de geboorte niet voor en bij 7 weken bij 2% van de kinderen.

### 1.4 Ontstaan, beloop en gevolgen van schedelvervorming

Over de ontstaanswijze van schedelvervorming bestaan verschillende theorieën. De ligging tijdens de zwangerschap (stuitligging) en de positie van de baby (vroeg indaling) spelen een rol. Kinderen die zijn geboren na een kunstverlossing of een langdurige bevalling hebben een verhoogde kans op schedelvervorming direct na de geboorte, maar vormen geen risicogroep voor het ontwikkelen van schedelvervorming op latere leeftijd. Ter preventie van wiegendood wordt geadviseerd de baby op de rug te laten slapen. Als de baby steeds op de rug ligt, zowel tijdens het slapen als tijdens de wakkere periodes, kan dit leiden tot een hardnekkige voorkeursohouding en/of een schedelvervorming. Ook kinderen die inactief zijn of zich motorisch traag ontwikkelen, hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van schedelvervorming.

Het is aannemelijk dat het natuurlijke beloop van een schedelvervorming bij het merendeel van de kinderen gunstig is. Een klein percentage (gemiddeld minder dan 5%) van de kinderen met een schedelvervorming houdt op de lange termijn een asymmetrie of afwijkende vorm van de schedel. Deze kinderen ondervinden hiervan mogelijk nadelige gevolgen, zoals pesten/plagen, stigmatisering, onzekerheid of verminderd zelfbeeld. Daarom is preventie, signalering en zo nodig behandeling van voorkeursohouding en/of schedelvervorming geïndiceerd.

### 1.5 Ketenzorg

Verloskundigen<sup>1</sup>, kraamverzorgenden en medewerkers jeugdgezondheidszorg (JGZ) spelen een belangrijke rol bij de preventie van voorkeursohouding en schedelvervorming. Vervolgens zijn vooral jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen<sup>2</sup> en kinderfysiotherapeuten betrokken bij de (vroeg)signalering, advisering, diagnose, verwijzing en monitoring van de behandeling.

Bij deze richtlijn zijn een preventie- en interventiefolder verschenen. Deze zijn bedoeld voor gebruik in de praktijk bij de uitvoering van de richtlijn. De preventiefolder kan worden verstrekt aan alle ouders van een pasgeboren baby. De interventiefolder wordt uitgereikt op indicatie als er sprake is van een voorkeursohouding.

---

1) Met de term 'verloskundige' wordt de verloskundig zorgverlener bedoeld.

2) De termen 'jeugdarts' en 'jeugdverpleegkundige' worden gebruikt voor elke in de JGZ werkzame arts en verpleegkundige.

## 2. PREVENTIE

Door middel van universele preventie gericht op alle (aanstaande) zuigelingen kan men de kans op het ontstaan van een schedelvervorming verminderen.

### 2.1 Contactmomenten

De advisering door de jeugdarts en jeugdverpleegkundige tijdens de zuigelingentijd betreft:

- Tijdens het eerste huisbezoek voorlichting geven over het positioneren en hanteren van de baby en letten op een eventuele voorkeurshouding en/of schedelvervorming.
- Voorlichting geven over het positioneren en hanteren van de baby tijdens alle reguliere JGZ contactmomenten in het eerste half jaar of tijdens een extra consult of een huisbezoek op indicatie.
- Zo nodig uitvoeren van een huisbezoek, telefonisch consult of consult op indicatie in de eerste drie levensmaanden om te beoordelen of de positionerings- en hanteringsadviezen op de juiste wijze worden toegepast.

### 2.2 Voorlichting

Centraal in de voorlichting ter voorkoming van schedelvervorming staan de positionering en hantering van de jonge zuigeling. De adviezen zijn uitgewerkt in de preventiefolder.

Doel van de voorlichting is het bewerkstelligen van variatie in positionering en hantering bij de verzorging en het stimuleren van een gevarieerd bewegingspatroon. De adviezen kunnen samen met de adviezen ter preventie van wiegendood worden gegeven.

Bij de voorlichting ter voorkoming van schedelvervorming staan drie kernadviezen centraal:

#### **Bij het wakker zijn:**

De baby minimaal drie keer per dag op de buik leggen, wanneer hij wakker én onder toezicht is. Begin hiermee in de eerste weken, bijvoorbeeld tijdens het verschonen met drie tot vijf keer per dag gedurende één tot vijf minuten. Breid dit uit naar vijf keer vijftien of drie keer dertig minuten per dag op de leeftijd van drie maanden. De baby ontwikkelt hierdoor sterke nekspieren, waardoor hij gemakkelijker naar alle kanten kan kijken.

#### **Bij het voeden:**

De baby afwisselend op de rechter- en linkerarm vasthouden of recht voor op de benen leggen.

#### **Bij het slapen:**

De baby altijd op de rug te slapen leggen en het hoofd afwisselend per slaap naar links en naar rechts draaien. Laat het kind niet op de zij of de buik slapen, want dan is er een grotere kans op wiegendood.

## 2.3 Aanvullende advisering over positionering en hantering

Onderstaande aanvullende adviezen zijn een praktische uitwerking van de drie kernadviezen en zijn bedoeld ter ondersteuning hiervan.

### **Bij het wakker zijn:**

- Op de buik draaien kan ook bij het uit- en aankleden en na het verschonen op het aankleedkussen. Leg de baby dan een paar minuten op de buik of op de zij, eventueel om zijn kleren dicht te knopen.
- Draai bij het aan- en uitkleden de baby bij voorkeur van de ene zijde naar de andere zijde, in plaats van de baby aan de benen omhoog te tillen. Ook kan het aankleedkussen zo neergelegd worden dat de baby met de voeten naar de ouder of verzorger toe ligt en niet van één zijde benaderd wordt.
- Op de buik liggen vindt de baby niet altijd meteen leuk, hij moet hieraan wennen. Als hij gaat huilen, moet hij niet te snel weer op de rug gedraaid worden. Afleiding en zachtjes wiegen via de romp kalmeren de baby.
- Maak er een samenspel van door bijvoorbeeld een speeltje (met of zonder geluid) voor of naast zijn hoofd te bewegen. Probeer de baby vaker, maar kort op de buik te leggen. Na een tijdje gaat het spelen op de buik erbij horen.
- Maak het de baby gemakkelijker om zijn hoofd op te tillen door met uw hand op zijn billen te duwen, hem met zijn armen naar voren te leggen zodat hij op zijn ellebogen kan steunen en een opgerolde handdoek onder zijn borstkas en oksels te leggen. Hij leert zo zijn nekspieren versterken, zijn hoofd optillen en naar alle kanten kijken.
- Het tijdens het spelen in slaap vallen op de buik moet worden voorkomen. De baby moet voordat hij in slaap valt weer op de rug liggen (gelegd worden), zodat hij gewend blijft aan het slapen op de rug.
- Gebruik als de baby wat ouder is voor wakkere periodes bij voorkeur de box en zo min mogelijk een autostoeltje of ander stoeltje, want dit laat weinig ruimte voor gevarieerd bewegen. Hang eventueel een mobiel op navelhoogte en afwisselend wat meer naar rechts of links, zodat de baby gestimuleerd wordt zijn hoofd naar verschillende richtingen te draaien.

### **Bij het voeden:**

- Bij flesvoeding kan de baby ook recht voor de ouder op de bovenbenen gelegd worden (met het hoofd op de knieën). De voeten van de ouder kunnen hierbij op een steuntje worden gezet. Hierbij gaat het erom dat de zuigeling ervaart hoe het is om recht te liggen.

### **Bij het slapen:**

- De baby dient, als hij niet onder toezicht is, op de rug te liggen, zowel tijdens het slapen als tijdens de wakkere periodes, ter preventie van wiegendood.
- Verander van tijd tot tijd het oriëntatiepunt van het kind in de kinderkamer door het bedje te draaien of door het andersom op te maken. Het oriëntatiepunt is meestal het raam of de deur van de kamer. Baby's kijken graag naar het licht.



## 2.4 Ouderperspectief

Hoewel een voorkeurshouding en schedelvervorming redelijk onschuldige beelden lijken, kunnen ouders erg bezorgd zijn over de vorm van het hoofd van hun kind. Ouders zijn meestal ook erg geïnteresseerd in de behandelingsopties. Ze gaan via internet of leentijdschriften op zoek naar informatie of worden (ongevraagd) geadviseerd door familie of vrienden in hun omgeving. Dit brengt het risico met zich mee dat adviezen om de baby op de rug te slapen te leggen ter preventie van wiegendood genegeerd worden. Daarom moeten adviezen ter preventie van wiegendood en ter preventie van een voorkeurshouding en schedelvervorming altijd samen worden gegeven en het verband hiertussen worden uitgelegd.

De adviezen worden afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de ouders. Niet zozeer de mate van de afwijking van het hoofd, maar eerder de angst van de ouders is van invloed is op hun gedrag. Dit heeft gevolgen voor de hulp die aan ouders kan worden geboden. Angst neemt af als men het gevoel heeft controle te hebben over de situatie. Zorgverleners dienen daarom aandacht te hebben voor de perceptie (beleving) van ouders met betrekking tot het uiterlijk van hun kind en moeten proberen eventuele ongerustheid en angst van ouders te verminderen. Het aan ouders geven van duidelijke uitvoerbare instructies over de omgang met hun kind (positionering en hantering), leidt tot angstvermindering.

## 2.5 Advisering bij risicogroepen (selectieve preventie)

Voor de preventie en (vroeg)signalering van schedelvervorming is het belangrijk om risicogroepen te signaleren die extra aandacht behoeven.

Bij ouders met een laag opleidingsniveau (zowel met een westerse als een niet-westerse afkomst) is extra aandacht voor *advisering over preventie* van voorkeurshouding en schedelvervorming (gekoppeld aan advisering over preventie wiegendood) noodzakelijk. De keuze van voorlichtingstechnieken dient op deze groep te worden afgestemd. Bij bevolkingsgroepen met een niet-westerse achtergrond verdient koppeling van de preventie van wiegendood en van voorkeurshouding en schedelvervorming extra aandacht.

Daarnaast is bij de volgende groepen extra aandacht voor *signalering* van voorkeurshouding en schedelvervorming geïndiceerd:

- prematuren;
- inactieve of zich traag ontwikkelende kinderen.

## 3. SIGNALERING

Signalering van een voorkeurshouding en/of schedelvervorming vindt plaats tijdens de contactmomenten van de JGZ in het eerste half jaar. Daarbij wordt aangesloten bij de zorgen die de ouders naar voren brengen. Voor de signalering door jeugdverpleegkundige en jeugdarts blijven voornamelijk de anamnese en de subjectieve beoordeling belangrijk.

### 3.1 Contactmomenten

Tijdens het eerste zuigelingenhuisbezoek door de jeugdverpleegkundige wordt aan de ouders gevraagd of de baby een voorkeurshouding heeft. Dit kan zich ook uiten in een duidelijke voorkeurskant bij de voeding.

Op het consultatiebureau is er in de eerste 6 levensmaanden minimaal vier keer aandacht voor vroegsignalering van voorkeurshouding en/of schedelvervorming:

- eenmaal door de jeugdarts in de eerste 6 weken;
- driemaal door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige in de periode tussen 6 weken en 6 maanden.

Na signalering van een sterke voorkeurshouding en/of schedelvervorming door de jeugdverpleegkundige vindt voor het verrichten van differentiaaldiagnostiek een (extra) consult binnen 2 weken door de jeugdarts plaats; bij een milde voorkeurshouding binnen 4 weken, zo mogelijk tijdens een regulier consult bij de jeugdarts.

### 3.2 Anamnese en lichamelijk onderzoek

In de anamnese wordt gevraagd naar het bij voorkeur kijken naar één kant en het hebben van een duidelijke voorkeurskant (bij het voeden).

Tijdens het lichamelijk onderzoek worden de volgende items onderzocht:

- voorkeurshouding hoofd;
- schedelnaden en fontanellen (alleen arts);
- schedelvervorming (notatie volgens Argenta alleen door jeugdarts);
- romp-asymmetrie (alleen arts);
- Van Wiechen-items (passend bij de leeftijd).

### 3.3 Beoordeling van de schedel

Het lichamelijk onderzoek van de schedel bestaat uit de volgende onderdelen:

- palpatie van de achterste en voorste fontanel:
  - beoordeling van de grootte: gesloten of open;
  - de vorm: ruitvormig, doorlopend naar voorhoofd;
  - gevuldheid: gezonken, in niveau, bol, bomberend;
- palpatie van de schedelnaden naar aanwezigheid van richels of verwijding;
- beoordeling van de schedelvorm vanaf verschillende kanten.

Bij bijzonderheden vindt door de jeugdarts een uitgebreidere beoordeling van de schedel-vorm plaats:

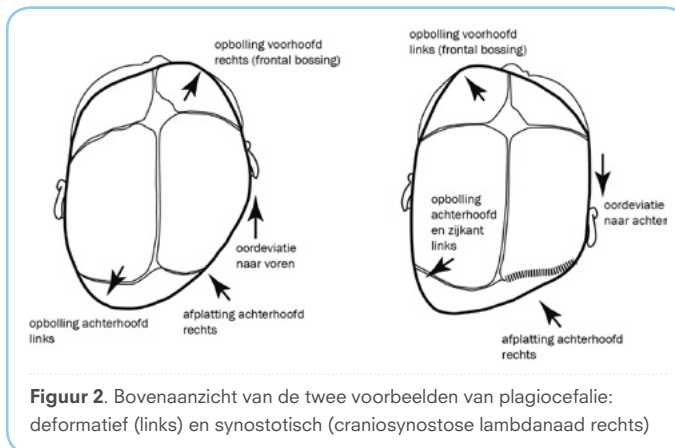
- met het gezicht van de onderzoeker af gekeerd:
  - van bovenaf: de symmetrie van het voor- en achterhoofd, de verhouding tussen de dwarse diameter en de lengte van de schedel, de vorm van het voorhoofd (afplatting, opbolling) en de horizontale verplaatsing van de oren ten opzichte van elkaar (oordeviatie);
  - van achter: uitstulping van het mastoïd en/of verticale verplaatsing van een oor;
- met het gezicht naar de onderzoeker toe gekeerd:
  - oogstand, draaiing van de neus(punt), symmetrie van het gelaat.

De classificatie van Argenta wordt gebruikt door de jeugdarts als hulpmiddel bij de klinische beoordeling (zie bijlage 1).

Naast de objectieve waarneming van de vorm van de schedel is de perceptie (beleving) van belang.

## 4. DIFFERENTIAALDIAGNOSTIEK

Na signalering van een voorkeurshouding en/of schedelvervorming in de JGZ zal de jeugdarts differentiaaldiagnostisch onderzoek doen.



Allereerst maakt de arts bij een schedelvervorming onderscheid tussen de synostotische vorm (cranosynostose) en de non-synostotische ofwel deformatieve vorm (zie figuur 2). Bij craniosynostose is sprake van een premature sluiting van een of meer schedel-naden. Dit kan, afhankelijk van welke naden zijn aangedaan, leiden tot een symmetrische of

asymmetrische schedelvervorming. De craniosynostose is reeds bij de geboorte aanwezig. Schedelvervorming door craniosynostose is klinisch redelijk goed te onderscheiden van deformatieve schedelvervorming. Bij craniosynostose bestaat er immers een congenitaal gesloten schedelnaad (of meerdere gesloten naden) die de schedelgroei dwars op de betreffende schedelnaad belemmert en overmatige schedelgroei in de overige richtingen bevordert. Hiermee ontstaat geen klassieke parallellogramvorm zoals bij deformatieve plagiocefalie. De gesloten schedelnaad kan tot een palpabele richel leiden.

Bij een voorkeurshouding en/of schedelvervorming neemt de jeugdarts een aanvullende anamnese af en verricht onderzoek naar de volgende (achterliggende) aandoeningen die consequenties hebben voor verwijzing en aanpak:

1. Craniosynostose.
2. Gelokaliseerde asymmetrie door:
  - hoofd/hals/schouders/armen: zintuigproblemen (visuele of auditieve systeem), torticollis (congenitaal musculair versus posturaal), sleutelbeenfractuur, obstetrische plexus-brachialislaesie, trauma;
  - wervelkolom: scoliose;
  - heupen/benen: dysplastische heupontwikkeling, knie- en voetafwijkingen.
3. Geeneraliseerde asymmetrie:
  - functioneel, waarschijnlijk op basis van omgevingsfactoren, ook wel moulded baby of zuigelingenscoliose genoemd;
  - op basis van neurologische problematiek, bijv. syndromen die gepaard gaan met een cerebrale parese, hypotonie en/of ontwikkelingsachterstand.

Afhankelijk van de bevindingen verwijst de jeugdarts in overleg met de huisarts naar de kinderarts, kinderneuroloog of een andere specialist.

## 5. AANPAK

Na vaststelling van een voorkeurshouding of een schedelvervorming door de jeugdarts geeft deze hierover uitleg aan de ouders. Onderdeel van de uitleg is het illustreren van de asymmetrie aan de ouders. Dit is essentieel voor het motiveren voor het uitvoeren van de positionerings- en hanteringsadviezen en voor de eventuele behandeling.

### 5.1 Intensivering positionerings- en hanteringsadviezen

Wanneer sprake is van deformatieve schedelvervorming zonder onderliggende pathologie, worden de voorlichting en advisering van ouders over het positioneren en hanteren van hun baby geïntensiveerd. De adviezen zijn erop gericht dat het hoofd van de baby zoveel mogelijk naar de niet-voorkeurskant gedraaid ligt. Het doel hiervan is dat het hoofd zo min mogelijk op het afgeplatte deel rust. Hierdoor wordt de groei van de schedel naar symmetrie bevorderd. De advisering wordt eventueel ondersteund door het uitreiken en toelichten van de interventiefolder.

De eerder genoemde drie kernadviezen staan centraal (zie Preventie). Nagegaan dient te worden of de adviezen door de ouders worden begrepen en toegepast.

Daarnaast kan de advisering worden uitgebreid en geïntensiveerd met onderstaande extra adviezen. Wanneer de adviezen goed worden opgevolgd, kan binnen twee weken al een verbetering waarneembaar zijn.

#### **In bed:**

- Leg de baby altijd op de rug in bed. Leg hem met zijn hoofd gedraaid naar de niet-voorkeurskant. Soms lukt dat niet en draait hij zijn hoofd meteen weer terug. Probeer zijn hoofd dan nog eens voorzichtig te draaien als hij slaapt.
- Soms worden baby's wakker als je het hoofd naar de andere kant draait. Baby's vinden het namelijk niet zo fijn wanneer je aan hun hoofd komt en ermee gaat bewegen. Dan is er een andere manier: leg de baby eerst op zijn zij aan de niet-voorkeurskant. Wacht even tot hij rustig is en draai hem dan voorzichtig, heel langzaam terug naar rugligging, terwijl het hoofd naar de zijkant blijft liggen. Zijn hoofd blijft dan gemakkelijker naar de niet-voorkeurskant gedraaid liggen.
- Leg de baby zo neer dat het licht van de niet-voorkeurskant komt (het raam, de deur). Eventueel kan hiervoor het bedje worden omgedraaid of andersom worden opgemaakt.
- Als de baby wakker is, kan een fel gekleurd speeltje of een muziekdosje aan de niet-voorkeurskant zijn aandacht trekken. Zorg er wel voor dat de baby hier niet bij kan komen.

#### **Verzorgen:**

- Leg de baby bij het verzorgen zo dat hij met zijn voeten naar de verzorger toe ligt of dat de verzorger aan de niet-voorkeurskant staat.
- Verzorg de baby op een ruim oppervlak, zodat hij gemakkelijk kan worden gedraaid en omgerold tijdens het verzorgen.

- Pak de baby tijdens het verzorgen zo min mogelijk onder de oksels op om hem te verleggen. Rol hem liever tijdens het aan- en uitkleden op zijn zij en buik, en weer terug.

### **Oppakken met draaien:**

- Oppakken kan heel gemakkelijk in een vloeiende beweging. Hierbij staat de verzorger aan de niet-voorkeurskant van de baby. Hij legt de handen aan weerszijden tegen de zijkanten van de borstkas van de baby, iets onder zijn oksels, en rolt de baby naar zich toe. Wanneer de baby dan op zijn zij ligt, kan de verzorger hem rustig zijwaarts optillen, zodat hij rechtop komt. Tijdens het optillen wordt de baby verder naar de niet-voorkeurskant gedraaid (hij draait door in dezelfde richting als waarmee begonnen is). De rug van de baby is nu vanzelf naar de verzorger toe gekeerd. Vervolgens kan de baby zo tegen de verzorger aan gedragen worden; eventueel kan de verzorger de baby wat meer onderuit laten zakken. Op deze manier oefent de baby de nekspieren van de niet-voorkeurskant. Het oppakken met draaien kan ook als de verzorger aan het voeteneind staat.
- Om de baby weer neer te leggen, kan deze beweging ook in tegenovergestelde richting worden uitgevoerd. De baby gaat dan van rechtop via zijligging weer op zijn rug.

### **Dragen:**

- Probeer de baby in een ronde houding te dragen. Zo vermindert de spanning in de nek. Daardoor kan hij zijn hoofd beter zelf draaien. Draag de baby niet terwijl hij gesteund wordt onder de oksels.
- Wanneer de baby op de arm wordt gedragen, moeten zijn benen en heupen licht gebogen zijn en zijn armen naar voren liggen.
- Draag de baby zó op de arm dat hij spontaan naar de niet-voorkeurskant gaat kijken. Dit kan verschillend zijn, afhankelijk van waar de baby graag naar kijkt.
- De baby kan ook in buikligging op de arm worden gedragen. Het hoofd ligt dan op de onderarm en deze arm steunt de borst; de andere arm gaat tussen de benen door en steunt onder de buik.

### **Voeden:**

- Zorg dat de baby in een licht ronde houding wordt gevoed. Het hoofd mag niet achterover liggen.
- Bij borstvoeding wordt de houding van een baby vanzelf gewisseld door het drinken aan de rechter- en linkerborst. Ook bij voeden met de fles kan de houding worden gewisseld. Probeer bij flesvoeding het hoofd in het midden te houden of iets naar de niet-voorkeurskant gedraaid.
- Bij het voeden met de fles kan de verzorger de baby ook recht voor zich op de benen leggen. Hij kijkt dan naar de verzorger en houdt zijn hoofd in het midden. De verzorger kan de voeten op een verhoging (bankje, stoel, salontafel) zetten, zodat de baby iets meer rechtop komt te liggen.

### **Spelen op de rug:**

- Leg de baby zó in de box dat licht en geluid van de niet-voorkeurskant komen.
- Wanneer de baby op de rug ligt, kan de verzorger met speelgoed zijn aandacht naar de niet-voorkeurskant trekken. Hang dan eerst het speelgoed midden boven hem, op borsthoogte (bijvoorbeeld een bewegende mobiel). Helemaal mooi is het als hij er met zijn handen bij kan (bijv. een babygym). Heeft de verzorger hiermee de aandacht van de baby, verplaats dan de speeltjes geleidelijk naar de niet-voorkeurskant. De mobiel mag uiteindelijk zelfs aan de buitenkant van de box hangen om de aandacht helemaal naar de niet-voorkeurskant te krijgen. Ook belangrijk: leg geen ander speelgoed aan de voorkeurskant. Deze kant moet zo saai mogelijk en liefst ook een beetje donker zijn.

### **Spelen op de buik (altijd onder toezicht):**

- Leg de baby al vanaf zijn geboorte elke dag meerdere keren op zijn buik bij het verzorgen en bij het spelen, maar alleen onder toezicht! Zo leert hij zijn hoofd op te richten en rond te kijken. Na een paar maanden kan hij op zijn buik met de ellebogen onder zijn schouders liggen en wat gaan rondkijken.
- Baby's vinden buikligging in het begin niet altijd prettig. Sommige baby's gaan dan huilen. Geef niet te snel hieraan toe door hem weer om te draaien. De baby moet wennen aan de buikligging. De verzorger kan de baby helpen door een niet te dikke, opgerolde handdoek onder zijn borst te leggen. Zo kan hij wat gemakkelijker zijn hoofd optillen en gaan steunen op zijn ellebogen.
- Het optillen van het hoofd is gemakkelijker voor de baby als met de handen licht op zijn billen wordt gedrukt. Trek zijn aandacht met een leuk speeltje of door tegen hem te praten.
- De baby kan ook op zijn buik op de buik van de verzorger liggen. Dat kan als de verzorger ligt, maar ook als hij/zij wat onderuit gezakt in een stoel zit.
- Ook kan de baby op zijn buik dwars op de schoot van de verzorger liggen. Als de verzorger de knieën over elkaar doet, ligt de baby iets schuin en kan hij gemakkelijker zijn hoofd oprichten.
- Leg de speeltjes ook in buikligging aan de niet-voorkeurskant. De voorkeurskant moet ook hier weer heel saai zijn.
- Let op: spelen op de buik is een goede oefening, maar slapen moet op de rug!

### **Spelen op de zij (altijd onder toezicht):**

- Als de baby een voorkeurshouding naar rechts heeft en uit zichzelf veel beweegt, leg hem dan op zijn rechterzij neer. Wanneer de baby dan 'rondkijkt', zal hij zijn hoofd vaker naar links draaien. Hij versterkt daarmee de spieren die de voorkeurshouding opheffen!
- Als de baby een voorkeurshouding naar rechts heeft en uit zichzelf niet veel beweegt, leg hem dan op zijn linkerzij neer. De baby laat dan zijn hoofd in het midden liggen. Wanneer de baby later toch zijn hoofd gaat optillen, leg hem dan alsnog op zijn rechterzij.
- Als de baby een voorkeurshouding naar links heeft, moet in bovenstaande adviezen waar 'rechts' staat uiteraard 'links' worden gelezen en andersom.

### **Op schoot en in een stoeltje:**

- De baby kan op schoot in het kuiltje zitten dat ontstaat als de verzorger de enkel van zijn ene been op zijn andere bovenbeen legt. Hierbij liggen de benen van de baby wat hoger en worden zijn schouders en hoofd goed ondersteund. De armen van de baby komen daarbij gemakkelijker naar voren om te spelen.
- Als de baby met zijn voeten naar de verzorger toe op schoot ligt, kan de verzorger ook prima met de baby praten, zingen of spelletjes doen. Eventueel kan de verzorger rustig wiegen met de benen.
- Een autostoeltje is minder geschikt om de baby lang in te laten zitten en wordt het liefst alleen als vervoermiddel gebruikt. De baby kan er niet vrij genoeg in bewegen. Het hoofd ligt langdurig in dezelfde houding en kan daardoor gemakkelijk afplatten.
- De baby mag hooguit een paar keer per dag kortdurend in een wipstoeltje liggen, liefst niet langer dan een kwartier per keer. Zet het stoeltje dan wel in de ligstand.

Als onderdeel van de voorlichting dienen de alternatieve therapieën besproken te worden, omdat ouders deze in een vroeg stadium vaak overwegen. Behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut in verband met voorkeurshouding of schedelvervorming dient aan ouders te worden ontraden. Hierbij wordt als uitleg gegeven dat wetenschappelijke onderbouwing van deze therapieën vooralsnog ontbreekt en dat van behandelingen waarin manipulatie van de wervelkolom wordt toegepast ernstige complicaties zijn beschreven.

## **5.2 Follow-up en eventueel verwijzing**

Afhankelijk van de ernst van de voorkeurshouding en/of schedelvervorming en de professionele inschatting van de JGZ-medewerker worden kind en ouders binnen 2 weken (extra consult) of 4 weken (regulier JGZ (CB) bezoek) teruggezien door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Eventueel vindt een tussentijdse telefonische opvolging plaats of een huisbezoek op indicatie door de jeugdverpleegkundige. Doel hiervan is monitoring van de afwijking en beoordeling of de positionerings- en hanteringsadviezen op de juiste wijze worden toegepast.

Bij onvoldoende verbetering van een voorkeurshouding (zonder achterliggende pathologie) wordt maximaal 4 weken na signalering verwezen naar de kinderfysiotherapeut door (of in afstemming met) de jeugdarts. Kinderfysiotherapie is de standaardinterventie, waarbij het intensief en herhaald geven van ouderinstructie over positionering en hantering (inclusief oefening en feedback) cruciaal is.

Bij aanwezigheid van schedelvervorming zonder voorkeurshouding verwijst de jeugdarts, als de ouders dit willen, de zuigeling op de leeftijd van ca. 4 tot 6 maanden voor een meting van de mate van scheefheid (plagiocefalometrie) naar de kinderfysiotherapeut.

Indien de positionerings- en hanteringsadviezen wel voldoende effect op de voorkeurshouding hebben, wordt deze aanpak gecontinueerd en wordt het kind na circa 4 weken teruggezien.



Als dan de voorkeurshouding en/of schedelvervorming niet hersteld zijn, wordt het kind opnieuw beoordeeld door de jeugdarts. Deze heroverweegt de differentiaaldiagnostiek en beoordeelt of er indicatie is om kinderfysiotherapie alsnog te starten of te continueren.

Op de leeftijd van 4 tot 6 maanden bespreekt de kinderfysiotherapeut bij kinderen met een ernstige schedelvervorming, vastgesteld met behulp van plagiocefalometrie, de mogelijkheid van helmtherapie met de ouders (bij prematuren wordt de gecorrigeerde leeftijd aangehouden). De jeugdarts of jeugdverpleegkundige gaat bij kinderen met een ernstige schedelvervorming op de leeftijd van 4 tot 6 maanden na of de mogelijkheid van helmtherapie met de ouders is besproken door een kinderfysiotherapeut. Indien dit niet het geval is, dan bespreekt de jeugdarts, in overleg met de kinderfysiotherapeut, de afwegingen voor helmtherapie alsnog.

Vanwege het ontbreken van gerandomiseerde studies naar de effectiviteit (op lange termijn) van helmtherapie dient men terughoudend te zijn in het adviseren van deze behandeling. Ouders dienen daarbij uitleg te krijgen over de aanwijzingen in de literatuur voor de positieve effecten op korte termijn, het gebrek aan kennis over de effecten op langere termijn en over de negatieve effecten. Helmtherapie kent verschillende nadelen voor het kind (huidproblemen, drukplekken, warmtestuwing, overmatig zweten, gewicht van de helm, rieken van de helm) en de ouders (verzorging, minder gemakkelijk kunnen knuffelen, frequente consulten bij orthopedisch instrumentmaker).

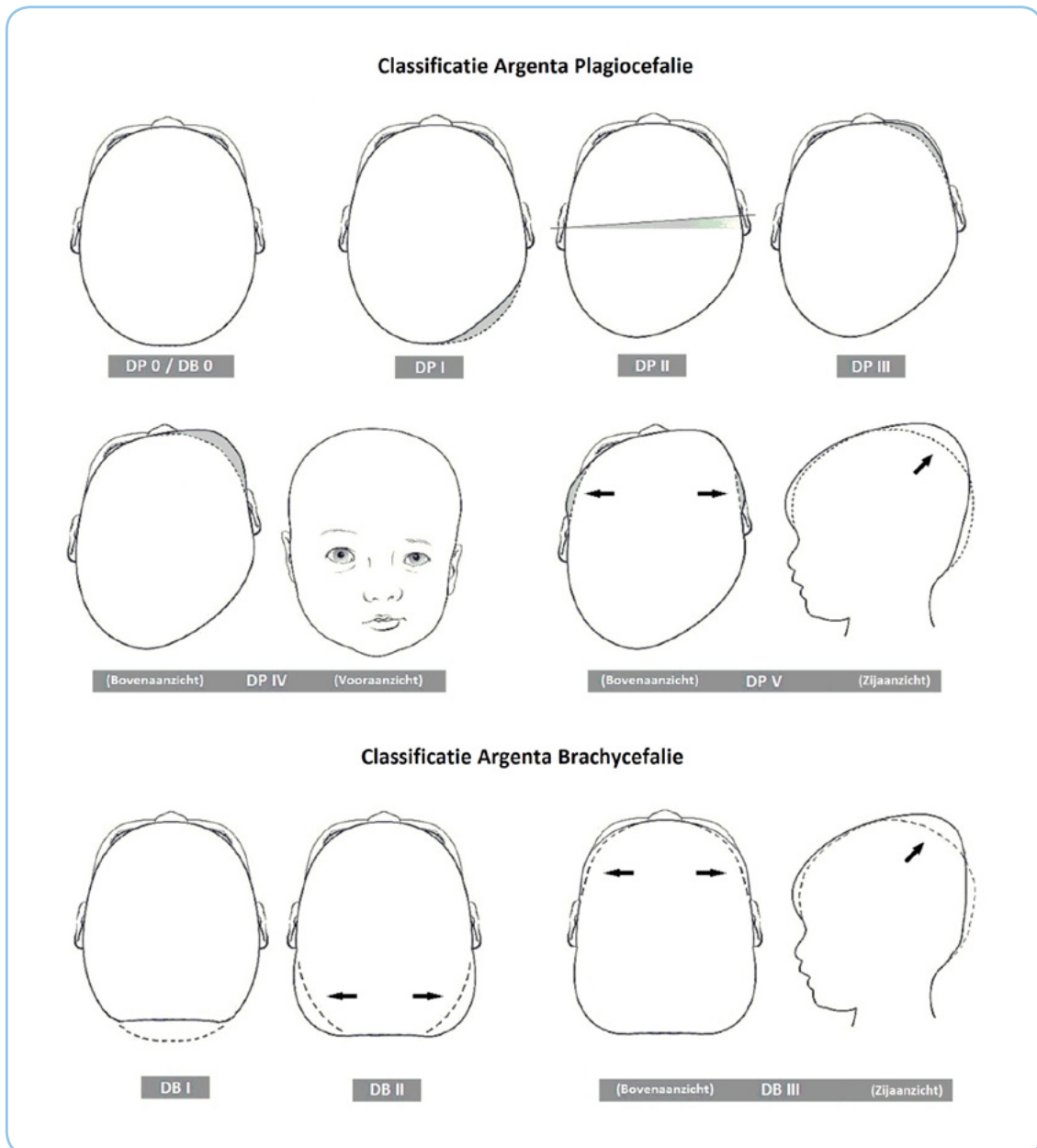
Indien hiervoor toch wordt gekozen, is volgens consensus een leeftijd van tussen de vijf en zeven maanden de optimale startleeftijd van deze therapie (bij prematuren wordt de gecorrigeerde leeftijd aangehouden). Bij de verwijzing moet rekening gehouden worden met eventuele wachttijd in de periode tussen verwijzing en behandeling.

De jeugdarts schrijft bij elke verwijzing een verwijsbrief met reden verwijzing, typering schedelvervorming, reeds uitgevoerde aanpak en vraagstelling.

# BIJLAGE 1.

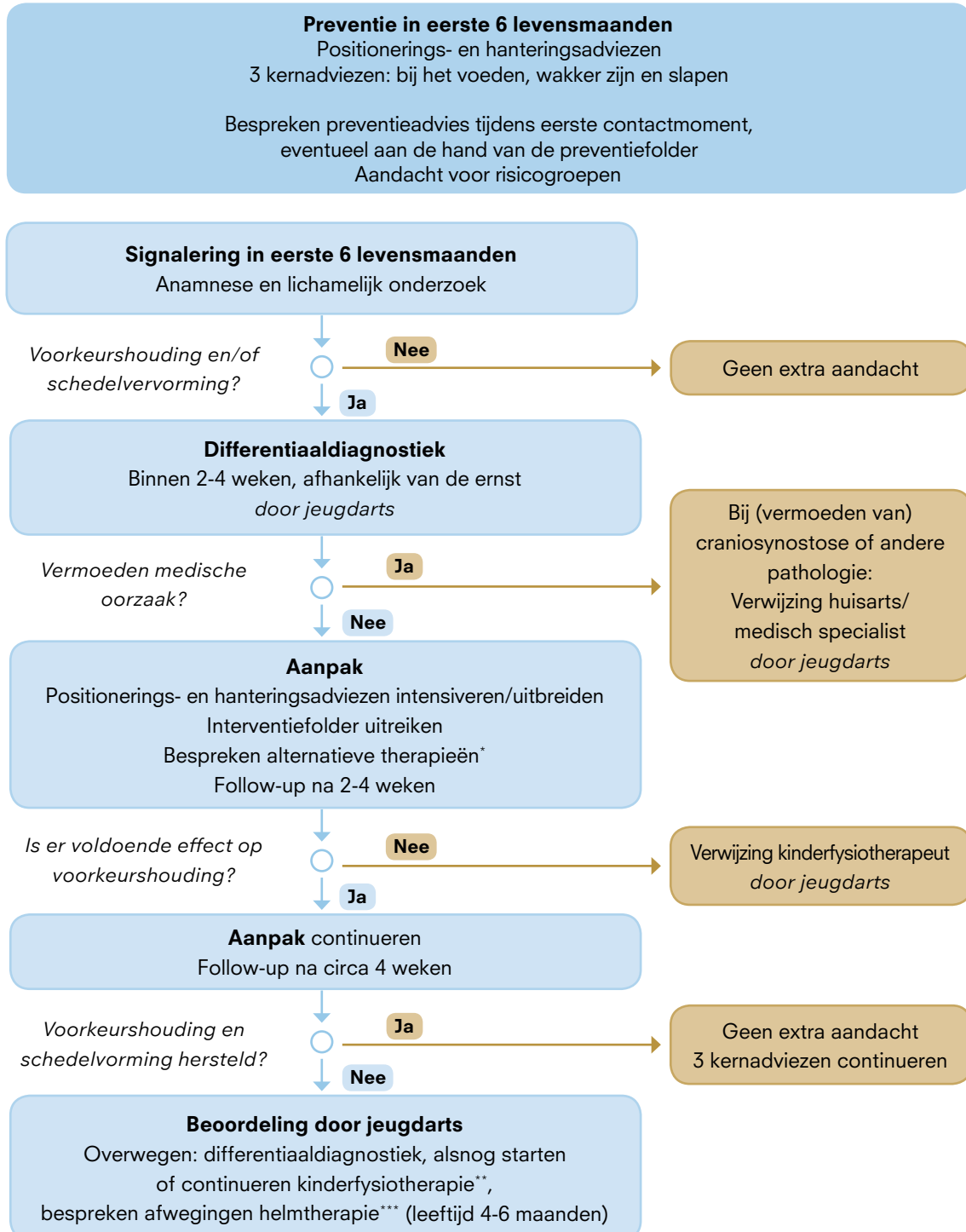
## Argenta-classificatie van deformatieve plagiocefalie en deformatieve brachycefalie

Argenta-classificatie van deformatieve plagiocefalie en deformatieve brachycefalie  
(bewerking L.A. van Vlimmeren 2011)



## BIJLAGE 2. STROOMDIAGRAM

De verschillende stappen zoals van toepassing bij de preventie, signalering en aanpak.



\* Bespreken en ontraden van behandeling door manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut i.v.m. voorkeurshouding of schedelvervorming.

\*\* Kinderfysiotherapie alleen continueren als nog sprake is van een voorkeurshouding en de therapie nog effect heeft.

\*\*\* Indien de ouders dit willen, verwijst de jeugdarts naar de kinderfysiotherapeut voor een meting van de mate van scheefheid van de schedel (plagiocefalometrie). Vanwege het ontbreken van gegevens over de effectiviteit (op lange termijn) van helmtherapie dient men terughoudend te zijn in het adviseren van deze behandeling.



**Nederlands Centrum Jeugdgezondheid**

Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht  
[www.ncj.nl](http://www.ncj.nl)



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid