

Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen

Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen

Een leidraad voor logopedisten en andere
hulpverleners in de gezondheidszorg

Lenie van den Engel-Hoek

in samenwerking met

Marjo van Gerven, Leenke van Haaften, Sandra de Groot
en Karen van Hulst

© 1999, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeelvoudigd, 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 manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veeelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

NUR 860, 896

ISBN folioboek 978 90 232 4747 0

ISBN ebook 978 90 232 4750 0

1e druk, 1999

2e druk, 2002

3e, gewijzigde druk, 2006

4e, gewijzigde druk, 2011

Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen



Inhoud

Voorwoord IX

Inleiding 1

- 1 Normale ontwikkeling van drinken en eten 5**
 - 1.1 Neurologische aansturing van eten, drinken en slikken 6
 - 1.2 Vorm en groei van anatomische structuren 9
 - 1.3 Ontwikkeling van reflexen naar willekeurige mondmotoriek 10
 - 1.3.1 De zuig-slikreflex en de coördinatie tussen zuigen, slikken en ademhalen 12
 - 1.3.2 Andere reflexen voor de voedselopname 16
 - 1.3.3 Orale beschermingsreflexen 17
 - 1.4 Ontwikkeling van de verschillende vaardigheden 18
 - 1.4.1 Drinken uit de borst 18
 - 1.4.2 Drinken uit de fles 20
 - 1.4.3 Eten van de lepel 20
 - 1.4.4 Kauwen 21
 - 1.4.5 Drinken uit een beker 22
 - 1.4.6 Drinken uit een rietje 23
 - 1.5 Speeksel 23
 - 1.6 Hoeveelheden voeding en groei 23
 - 1.7 Smaakontwikkeling 24
 - 1.8 Consistentie van het voedsel gedurende de eerste 18 maanden 24
- 2 Relatie mondmotoriek, algemene motoriek en prikkelverwerking 27**
 - 2.1 Ontwikkeling van algemene motoriek en mondmotoriek 28
 - 2.2 Prikkelverwerking in het mondgebied 29
 - 2.3 Problemen met prikkelverwerking 30
- 3 Classificatie van eet- en drinkproblemen 35**
 - 3.1 Een indeling op basis van problemen met een vaardigheid 36
 - 3.2 Een indeling op basis van de onderliggende oorzaak 37
 - 3.3 Een indeling op basis van de International Classification of Functioning, Disability and Health for children and Youth (ICF-CY) 38
- 4 Onderzoek bij eet- en drinkproblemen 41**
 - 4.1 Beschrijving logopedisch onderzoek bij kinderen met eet- en drinkproblemen 42

- 4.1.1 Anamnese 43
- 4.1.2 Algemene indruk 44
- 4.1.3 Logopedisch onderzoek naar structuren en functies 44
- 4.1.4 Observatie vaardigheden eten en drinken 45
- 4.2 Aparte onderzoeken voor verschillende vaardigheden 47
- 4.3 Kwantitatieve methoden voor de beoordeling van aspecten van eten of slikken 49
- 4.4 Medische onderzoeken die gebruikt worden bij kinderen met eet- en drinkproblemen 52

- 5 Begeleiding en therapie bij eet- en drinkproblemen 57**
- 5.1 Het kind 58
- 5.2 Ouders en omgeving 58
 - 5.2.1 Het herkennen van de gevoelens van ouders 59
 - 5.2.2 Uitleg over het hoe en waarom van de eet- en drinkproblemen 60
 - 5.2.3 Begeleiding 61
 - 5.2.4 Samenwerking met andere disciplines 62
- 5.3 Vaardigheden en motorisch leren 62

- 6 Problemen bij drinken uit borst of fles en interventie 65**
- 6.1 Problemen bij start drinken uit de borst 66
- 6.2 Conditionele problemen 67
- 6.3 Oraal-/faryngeaal-motorische vertraging of afwijking 70
- 6.4 Problemen na een goede start 77
- 6.5 Anatomische afwijkingen 80

- 7 Problemen bij eten met de lepel en interventie 83**
- 7.1 Eten van de lepel bij oraal-motorische vertraging of stoornis 84
- 7.2 Eten van de lepel bij responsiviteitsproblemen, bij neurologische problemen of negatieve ervaringen 86

- 8 Problemen bij kauwen en interventie 89**
- 8.1 Problemen met kauwen door oraal-motorische vertraging of afwijking 90
- 8.2 Problemen met kauwen door responsiviteitsproblemen, bij neurologische problemen of negatieve ervaringen 91
- 8.3 Kauwproblemen bij oudere kinderen 93

- 9 Problemen bij drinken uit een beker en interventie 95**
- 9.1 Problemen bij het drinken uit een beker door oraal/faryngeaal-motorische vertraging of afwijking en mogelijke interventie 96

- 9.2 Problemen bij het drinken uit een beker ten gevolge van responsiviteitsproblemen, bij neurologische problemen of negatieve ervaringen en mogelijke interventie 97
- 9.3 Problemen bij het drinken uit een rietje en mogelijke interventie 98

10 Enkele specifieke groepen kinderen met eet- en drinkproblemen 101

- 10.1 Kinderen met aangeboren afwijkingen in mond- en keelgebied, oesofagus en larynx 102
 - 10.1.1 Kinderen met lip-, kaak- en/of gehemeldespleten 102
 - 10.1.2 Kinderen met Pierre Robin sequentie (PRS) 103
 - 10.1.3 Kinderen met afwijkingen aan kaken of tong 106
 - 10.1.4 Kinderen met afwijkingen in de oesofagus 107
 - 10.1.5 Kinderen met problemen in de larynx en trachea 108
- 10.2 Eet- en drinkproblemen bij kinderen met syndromen 109
 - 10.2.1 Interventie bij kinderen met Downsyndroom 111
- 10.3 Kinderen met stofwisselingsstoornissen (metabole aandoeningen) 114
- 10.4 Kinderen met neurologische aandoeningen waarbij tonusproblemen op de voorgrond staan 115
 - 10.4.1 Interventie bij kinderen met cerebrale parese 116
 - 10.4.1.1 Uitgangspunten bij de therapie 116
 - 10.4.1.2 Extra aandachtspunten voor het logopedisch onderzoek bij CP-kinderen 117
 - 10.4.1.3 Problemen bij drinken uit de borst of fles, lepelvoeding en kauwen en mogelijke interventie 118
 - 10.4.1.4 Bijkomende problemen rond de voeding van kinderen met CP 120
 - 10.4.1.5 Speekselverlies en speekselcontrole 121
 - 10.4.2 Interventie bij kinderen met perifere neurologische aandoeningen 123

11 Begeleiding bij prematuur geboren kinderen 127

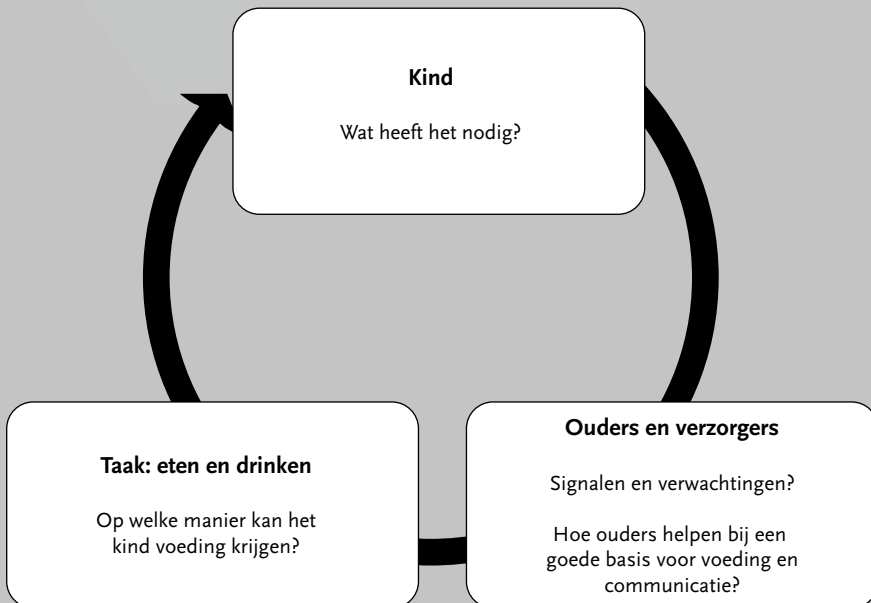
- 11.1 Problematiek van de prematuur geboren baby 128
- 11.2 Ontwikkeling van zuigen, slikken en ademhalen in de periode voor de à terme leeftijd 129
- 11.3 Problemen in de ontwikkeling van het drinken 130
- 11.4 Logopedisch onderzoek bij prematuur geboren kinderen 132
- 11.5 Interventiemogelijkheden 133
 - 11.5.1 Algemene adviezen 134
 - 11.5.2 Drinken uit de borst en mogelijke interventie 134
 - 11.5.3 Drinken uit de fles en mogelijke interventie 135
 - 11.5.4 Cupfeeding 136
 - 11.5.5 Vingervoeden 136

- 12 Begeleiding van kinderen met langdurige sondevoeding** 139
 - 12.1 Verschillende sondes 140
 - 12.2 Voor- en nadelen van een sonde en sondevoeding 141
 - 12.3 Aspecten bij (langdurige) sondevoeding 142
 - 12.4 Logopedische begeleiding bij de overgang van sondevoeding naar orale voeding 144

- 13 Gedragmatige aspecten van eet- en drinkproblemen** 151
 - 13.1 Gedragsproblemen bij eten en drinken 152
 - 13.2 Behandel mogelijkheden 153
 - 13.3 Eetteams 154

Begeleiding en therapie bij eet- en drinkproblemen

De logopedische begeleiding van kinderen met eet- en drinkproblemen en hun ouders is gericht op verschillende elementen, die alle aan bod moeten komen. De basis wordt gevormd door de dynamische systeemtheorie, die gericht is op de complexiteit en onderlinge afhankelijkheid tussen en binnen systemen. Daarbij spelen drie belangrijke elementen een rol: kind, omgeving en taak.



Figuur 5.1 Kind, omgeving en taak

5.1 Het kind

Na de benodigde onderzoeken stelt de logopedist een diagnose (zie hoofdstuk 4) met daarbij de vraag wat het kind nodig heeft en wat het moet leren (zie voorbeeld). Het doel is het goed leren uitvoeren van een taak. Begeleiding, adviezen, hantering, ander materiaal of voedsel zijn belangrijke hulpmiddelen om het doel te bereiken. Dit alles is afhankelijk van de leeftijd van het kind, de conditie, een eventuele handicap en de ontwikkeling. Belangrijk daarbij zijn de fases: homeostasis (0-2 maanden), hechting (3-6 maanden), separatie en individualisering (6-36 maanden) (Delaney et al., 2008). De zelfregulatie die langzaam gedurende het eerste levensjaar ontstaat, speelt in de normale ontwikkeling een belangrijke rol bij voeding, maar kan bij problemen tot veel misverstanden leiden.

VOORBEELD < Logopedische diagnose en vraag wat het kind moet leren

Marieke is een meisje van 9 maanden met het syndroom van Down. Het drinken uit de fles gaat goed, maar het eten van de lepel geeft veel problemen. Na het logopedisch onderzoek is de conclusie dat er problemen zijn met eten ten gevolge van oraal-motorische afwijkingen (zie hoofdstuk 4). Ze moet leren om de mond te openen bij het zien van de lepel, af te happen en de tong in de mond te houden bij het transport naar achter en bij het slikken. >

5.2 Ouders en omgeving

In het hele voedingsproces is de rol van ouders van groot belang. Eten en drinken zijn een eerste stap in de communicatie met de omgeving. Ouders leren herkennen wanneer hun kind honger heeft en reageren daarop met het geven van eten. Het kind leert zo dat bepaald gedrag reacties van de omgeving uitlokt. Ouders bieden allerlei prikkels (tactiel, auditief, visueel) aan gedurende de dagelijkse verzorging en geven het kind de mogelijkheid een goede integratie tot stand te brengen tussen sensibele en motoriek. Voeden geeft ouders de gelegenheid te wennen aan hun kind en het te leren kennen. Na de eerste maanden speelt voeding ook een belangrijke rol in het meer en meer zelfstandig worden van het kind (hechting en separatie). Verder brengen ouders door middel van voeding hun eigen normen en waarden (je bord leeg eten) en hun culturele achtergrond (aardappels of rijst, wel of geen vlees) over op hun kind. Daarbij zijn maaltijden vaak het ontmoetingspunt van het gezin en worden deze als belangrijk ervaren. Rond de maaltijd communiceren gezinsleden met elkaar en komt verbondenheid tot uitdrukking. Ook speelt voeding een belangrijke (meestal positieve) rol in ons leven: het hoogtepunt van onze feesten is meestal een maaltijd of iets lekkers. Kinderen worden verwend met een snoepje of iets anders om te eten. Al deze aspecten maken duidelijk dat problemen rond de voeding een grote invloed hebben op ouders,

kind en omgeving. Bij de begeleiding van ouders moeten deze aspecten meegenomen worden en het vraagt van de hulpverleners een goed inlevingsvermogen en geduld om het tot een goed einde te brengen.

Verschillende auteurs pleiten voor het zo veel mogelijk in de thuissituatie begeleiden van eet- en drinkproblemen (Schauster & Dwyer, 1996). Indien het kind nog in het ziekenhuis ligt, moeten ouders zo veel mogelijk betrokken worden bij de voeding. Indien het kind uit het ziekenhuis wordt ontslagen en er zijn nog problemen rond de voeding (bijvoorbeeld bij volledige of gedeeltelijke sondevoeding), is een goede overdracht en logopedische thuisbegeleiding noodzakelijk.

Bij het begeleiden van ouders met een kind met eet- en drinkproblemen zijn er drie stappen:

- 1 het herkennen van de gevoelens van ouders;
- 2 het geven van uitleg over het hoe en waarom van de eet- en drinkproblemen;
- 3 het in kleine opeenvolgende onderdelen begeleiden van eten en drinken (onderzoek-interventie-evaluatie) met een actieve rol van de ouders en een instructieve of begeleidende rol van de therapeut.

5.2.1 Het herkennen van de gevoelens van ouders

Het niet of niet goed lukken van het voeden bij zuigelingen en jonge kinderen kan, meer dan bij andere problemen in de ontwikkeling, aanleiding geven tot schuldgevoelens of onbegrip:

‘Ik weet niet wat wij niet goed doen, maar bij elke voeding begint hij te huilen.’

‘Zij moet toch honger hebben na zoveel uur?’

‘We hebben alle spenen al geprobeerd, maar er is er niet één goed.’

‘Mijn moeder zegt dat ik vroeger ook zo’n lastige drinker was.’

‘Na ... ml begint hij te strekken en wil hij niet meer drinken, maar als ik hem dan in de box leg, begint hij te huilen.’

‘Ik houd het niet vol: elke voeding duurt wel een uur en dan heeft ze nog niet voldoende gedronken.’

‘In het ziekenhuis dronk ze de fles leeg en hier thuis lukt het niet.’

‘Anderen zeggen dat ik niet streng genoeg ben. Ze zeggen dat hij mij nu al de baas is.’

Op deze manier wordt het geven van eten een gebeurtenis waar ouders tegenop zien, die ze niet leuk vinden en die veel spanning oplevert. Terwijl het een ontspannen gebeurtenis zou moeten zijn, die tegemoetkomt aan de behoefte om te communiceren met hun kind. Een kind dat veel ziek is en niet goed groeit, maakt ouders ongerust en gespannen. Daarbij veroorzaakt het idee dat hun kind het voeden niet prettig vindt gevoelens van onzekerheid en schuld. Het voeden verandert in een situatie waarin het alleen nog maar gaat om het zo veel mogelijk binnenkrijgen van een bepaalde hoeveelheid voeding.

Een valkuil bij de begeleiding is daarom ook om het zo veel mogelijk voeding binnenkrijgen opnieuw als uitgangspunt te nemen. Niet alleen is een goede observatie van de problematiek van het kind nodig, ook moeten ouders de gelegenheid krijgen hun gevoelens te verwoorden, zodat zij een rol kunnen spelen bij de begeleiding. Ook kan het goed zijn andere familieleden die regelmatig in het gezin zijn, te betrekken bij de begeleiding.

5.2.2 Uitleg over het hoe en waarom van de eet- en drinkproblemen

In Nederland en Vlaanderen wordt al een aantal jaren bij ouders van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen gewerkt met de Hanen Oudercursus. Het is een uit Canada afkomstige methode, waarbij ouders stapsgewijs geleerd wordt zich te richten op de communicatie met hun kind (Manolson, 1996). Een belangrijk onderdeel daarbij is: wachten-kijken-luisteren. Wachten op reacties van het kind, kijken naar de reacties en luisteren naar de geluiden die het kind maakt. Voor kinderen met eet- en drinkproblemen kunnen we deze serie veranderen in: wachten-kijken-voelen. Wachten op reacties van het kind, kijken hoe het kind reageert op wat wordt aangeboden. Voelen wat de reacties zijn, als ze de voeding in de mond brengen. Omdat ouders meestal nog onervaren zijn of omdat er al veel is misgegaan, kunnen zij geholpen worden door te leren wachten-kijken-voelen en informatie te krijgen over waarom hun kind zo reageert.

CASUS < Nick is een baby van vijf maanden met veel problemen bij het drinken uit de fles. Aanvankelijk begon hij krachtig te zuigen, maar telkens stopte hij na ongeveer 50 cc. Na een korte pauze werd de fles weer aangeboden, maar hij maakte dan heen en weer gaande bewegingen met zijn hoofd, werd steeds onrustiger en begon te huilen. De ouders zagen dit als niet meer willen drinken, maar maakten zich zorgen omdat hij nog niet voldoende had binnengekregen. Uitleg over afnemende reflexactiviteit en het feit dat Nick blijkbaar moeite heeft met de willekeurige zuigmotoriek was de eerste stap. Ouders gingen de heen en weer gaande bewegingen van het hoofd herkennen als zoekende bewegingen en stonden daardoor open voor adviezen over aanpassing van fles, voeding of hantering. >

Het mee laten spelen van normen en waarden en de culturele achtergrond kan een probleem zijn. Immers, daarbij spelen de gevoelens van de hulpverlener ook mee en daarom kan het lastig zijn zich goed in te leven in de ouders en hun familie. Soms moeten we ook nog rekening houden met normen, waarden en ideeën over opvoeding van andere leden uit de familie. Als het idee bestaat dat het weigeren van voeding te maken heeft met het eigenwijs zijn van het kind en dat daaraan toegeven betekent dat ouders niet meer de baas zijn, zal het veel tijd (en moeite) kosten om uit te leggen dat dwang niet zal werken. In deze situaties zal uitleg over de oorzaak van de eet- en drinkproblemen meerdere malen gegeven moeten worden om een omslag in het denken over de problemen te bewerkstelligen.

CASUS < Anne, een meisje van vier maanden dat bij de geboorte een hersenbeschadiging had opgelopen, werd door de kinderarts aangemeld bij de logopedist omdat de flesvoeding meer en meer problemen opleverde. De fysiotherapeut die haar en haar ouders begeleidde, vertelde dat elke motorische activiteit gepaard ging met een forse spanningstoename. Bij de hantering van Anne leerde zij de ouders kort toe te geven aan het strekken om haar daarna weer in een rustige ontspannen houding te krijgen. Bij de voeding speelde dit probleem ook een rol: het voeden ging ook weer gepaard met strekken en open mond. Dit bemoeilijkte het drinken ernstig. In de begeleiding van de ouders is veel aandacht besteed aan uitleg over het feit dat Anne heel graag wil drinken, maar dat zij het niet kan op zo'n moment. De ouders is geleerd dit te herkennen en er naar te handelen. Tijdens een van de bezoeken aan de ouders en Anne waren ook de grootouders aanwezig. Elke keer als Anne begon te strekken, meende oma dat Anne niet meer wilde drinken en wilde ze haar uit de arm van moeder nemen. Moeder werd hierdoor onzeker en het drinken ging steeds moeilijker. Uitleg geven aan oma over het waarom van het strekken en haar betrekken in de hantering was belangrijk. >

5.2.3 Begeleiding

Bij de interventie zullen duidelijke en haalbare doelen geformuleerd moeten worden, zowel voor de ouders als de therapeut. Voor de ouders is dat om hen de gelegenheid te geven actief bezig te zijn. Immers, te vaag of te hoog gestelde doelen maken ouders passief, zij laten het afweten of zij vervallen in hun oude gedrag. Voor de begeleiding is dat om te kunnen evalueren en om te weten welke nieuwe stappen er genomen kunnen worden. In de begeleiding is het nemen van heel kleine stappen essentieel. De basis is wat het kind aankan. Indien een kind nog niets in de mond accepteert, moet de acceptatie van voeding in de mond opgebouwd worden. Dit geldt voor de hoeveelheid (starten met 0,1, 0,5 of 1 ml), de frequentie (1 maal aanbieden), de duur (stimulatie in de mond slechts 1 seconde laten duren) en samenstelling van de voeding (zie schema in figuur 8.1, hoofdstuk 8).

Het schriftelijk vastleggen van de doelen en adviezen geeft de ouders steun en maakt het gemakkelijk dit een volgende keer te bespreken. Als voorbeeld zijn de eerste stappen in de begeleiding van Anne in tabel 5.1 opgenomen.

Tabel 5.1 Voorbeeld formulier doelen en evaluatie begeleiding

	Wat willen we bereiken en hoe?	Hoe ging het?
Datum:	Niet langer dan een half uur met de voeding bezig zijn. Gaan zien dat het strekken van Anne ontstaat op het moment dat zij graag wil drinken.	In te vullen door de ouders en bespreken bij het volgende bezoek.
Datum: één week later	Gedurende de voeding wordt de hantering bij het strekken toegepast zoals deze is geleerd door de fysiotherapeut. Wachten wat de reactie van Anne is. Kijken wat er gebeurt. Voelen wat zij doet.	

5.2.4 Samenwerking met andere disciplines

Bij de begeleiding van ouders en hun kind met eet- en drinkproblemen is het goed op elkaar afstemmen van adviezen belangrijk. Onderlinge uitwisseling van informatie is daar een onderdeel van. Afhankelijk van de situatie (begeleiding vanuit het ziekenhuis, zelfstandige praktijk van paramedici of vanuit een voedingsteam) kunnen één of meerdere mensen betrokken zijn bij de begeleiding. Zowel bij begeleiding vanuit een ziekenhuis als vanuit een voedingsteam is de onderlinge afstemming meestal geregeld. Wanneer dit niet zo is, vraagt dit veel van de betrokken hulpverleners en is er het gevaar dat er niet voldoende afstemming is en dat er onvoldoende van de deskundigheid van anderen gebruik wordt gemaakt. Overleg met en informatie van een behandelend kinderarts, huisarts of consultatiebureauarts zijn belangrijk voor een goede begeleiding van ouders en kind. Samenwerking met een fysiotherapeut (voor motorische ontwikkeling en hantering), een diëtist (voor een goede samenstelling van de voeding en adviezen bij overgevoeligheid of allergie) en een (wijk)verpleegkundige (voor bijvoorbeeld verzorging en begeleiding van neus-maagsonde of gastrostomie) zijn onontbeerlijk voor de logopedist die werkt met ouders en kinderen met eet- en drinkproblemen.

5.3 Vaardigheden en motorisch leren

In de afgelopen jaren is er veel veranderd in de manier waarop er naar motoriek en het leren van motorische vaardigheden wordt gekeken. Ook binnen de logopedie heeft dit proces plaatsgevonden. Evidence based logopedie, waarbij logopedisch handelen gebaseerd is op evidentie, wint steeds meer terrein (Kalf & Beer, 2004). In het kader van leren eten en drinken als motorische vaardigheden moeten we daarom ook kijken naar de recente kennis die er is over motorisch leren.

Bij het eten en drinken verstaan we onder taken: eten van de lepel, drinken uit een fles, beker of rietje en kauwen van vaster voedsel. Motorisch leren kan op vele manieren en bij de therapie zal men goed moeten kijken welke manier het beste past bij een kind. Leert het kind vooral door imitatie of juist door 'trial and error'? Studies over motorisch leren geven aan dat aandacht voor de adaptatieruimte van het kind van groot belang is. Welke strategie heeft het kind ontwikkeld, kunnen we die gebruiken of gaat dat problemen opleveren bij de verdere ontwikkeling? Daarbij wordt steeds duidelijker dat taken in de context geleerd moeten worden. Zowel duurtraining als krachttraining blijken verandering teweeg te brengen in de motorische cortex. Trainen van vaardigheden blijkt echter de meeste veranderingen teweeg te brengen, waarvan reorganisatie van representaties voor bewegingen in de motorische schors van de grote hersenen de belangrijkste zijn (Plowman & Kleim, 2010). Men kan wel variëren in de taken, zoals het eten van een kleine en een grote lepel, een kleine hap of een grotere hap verwerken of afwisselend een diepe en platte lepel gebruiken. Er komt ook steeds meer bewijs dat functioneel oefenen voor vaardigheden als eten en drinken meer effect heeft dan losgekoppeld van de taak (Sheppard, 2008) en er is onvoldoende bevestiging te vinden voor de aanname dat oraal-motorische oefeningen het slikken bij kinderen verbeteren (Arvedson, Clark, Lazarus, Schooling, & Frymark, 2010). De conclusie kan daarom zijn dat je 'eten van de lepel moet leren door van de lepel te eten'.



Figuur 5.2 Eten van de lepel moet je leren door van de lepel te eten...