

Samenwerkingsovereenkomst Transmurale aanpak excessief huilen bij zuigelingen Regio Oss – Maashorst – Meierijstad

In het kader van het landelijke actieprogramma Kansrijke Start



**Versie 1.0
Februari 2026**



Inhoud

Samenstelling van de werkgroep	3
1. Inleiding	4
2. Definitie van huilen	6
Normaal huilen	6
Excessief huilen	6
3. Stroomdiagram van de zorg bij excessief huilen	8
4. Preventie	9
5. Signalering en diagnostiek	11
6. Begeleiding	13
Ondertekening samenwerkingsovereenkomst	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 1 – Voorbeeld 24-uur dagboek (richtlijn)	16
ICPW vragenlijst	17
Bijlage 2 – Anticiperende voorlichting	19
Bijlage 3 – Onderwerpen anamnese-gesprek	20
Bijlage 4 – Voorbeeldvragen balans draagkracht/draaglast	22
Bijlage 5 – Model van ouder- en kindregulatie	23
Bijlage 6 – Informatie omgaan met huilen	24
Bijlage 7 Informatiefolder Opname Kinderafdeling voor zuigelingen die veel huilen	25
Bijlage 8 Informatiefolder Tillen en dragen met een ronde houding	26

Samenstelling van de werkgroep

Mirjam Smulders arts M&G, jeugdarts KNMG bij GGD Hart voor Brabant

088 – 3686085 / mi.smulders@ggdhvb.nl

Lieke Treuren arts M&G (i.o.), jeugdarts KNMG bij GGD Hart voor Brabant

088 – 3686937 / l.treuren@ggdhvb.nl

Leonie Graat jeugdverpleegkundige / preventiemedewerker jeugd GGD Hart voor Brabant
088 – 3686177 / l.graat@ggdhvb.nl

Inge Blokzijl-Boezeman kinderarts Bernhoven

0413-403405 / i.blokzijl@bernhoven.nl

Susanne Schellekens kinderarts Bernhoven

0413-403412 / s.schellekens@bernhoven.nl

Hélène van Bergen pedagogisch zorgverlener Bernhoven

0413 – 403495 / h.vanbergen@bernhoven.nl

Anne van den Berg pedagogisch zorgverlener Bernhoven

0413 – 403495 / a.vandenberg@bernhoven.nl

Christel Van Ijseldijk -Ebes kinderfysiotherapeut Bernhoven (ook TOP programma)

0413 – 401204 / c.ebes@bernhoven.nl

Sanne van Nunen – Jacobs GZ psycholoog Bernhoven

0413 – 401990 / sanne.vannunen@bernhoven.nl

Anneloes van de Wetering GZ psycholoog

0413 – 401990 / a.vandewetering@bernhoven.nl

1. Inleiding

Waarom deze overeenkomst

De geboorte van een kind is voor veel ouders een bijzondere en mooie gebeurtenis. Tegelijkertijd kunnen de eerste maanden ook onzekerheid en zorgen met zich meebrengen. Onrust, veel huilen, slaapproblemen of voedingsvragen komen regelmatig voor bij jonge baby's.

In de meeste gevallen is er geen medische oorzaak voor het huilen, maar de impact op ouders en gezin kan groot zijn. Juist daarom is het van belang dat alle betrokken professionals – van verloskundige en kraamzorg tot JGZ, huisarts en kinderarts – ouders op een eenduidige en afgestemde manier begeleiden.

Met deze samenwerkingsovereenkomst spreken de deelnemende partijen af:

- ouders vroegtijdig te informeren over normaal en overmatig huilen;
- signalen van overbelasting tijdig te herkennen;
- te werken volgens dezelfde uitgangspunten en handelingsadviezen;
- elkaar laagdrempelig te consulteren;
- ziekenhuiszorg alleen in te zetten wanneer dit medisch noodzakelijk is.

Deze overeenkomst is tot stand gekomen binnen de regionale samenwerking Kansrijke Start en heeft als doel om zorg voor jonge gezinnen beter op elkaar af te stemmen, te normaliseren waar mogelijk en passende ondersteuning dichtbij huis te bieden.

Uitleg herkomst protocol

Overgenomen uit de samenwerkingsprotocollen van ETZ en JBZ, die gebaseerd zijn op de multidisciplinaire richtlijn van het NCJ. Aangevuld met eigen inzichten en ervaringen en toegepast op de situatie en werkafspraken in de regio Oss – Maashorst– Meierijstad.

Het ETZ schrijft hier:

In maart 2013 is de landelijke richtlijn “Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's” gepubliceerd. Deze richtlijn is ontwikkeld om de preventie, signalering en aanpak van excessief huilen in de zorg voor zuigelingen die het betreft binnen de gehele zorgketen te verbeteren.

Op basis van de landelijke richtlijn en gesprekken met de deelnemende partijen is dit protocol tot stand gekomen ¹. Met dit protocol wordt bijgedragen aan een betere communicatie in de keten. Daarnaast wordt er een eenduidige en effectieve aanpak gerealiseerd. De betrokken werkgroep voelt zich verantwoordelijk voor de naleving van dit protocol en evalueert periodiek om het protocol waar nodig aan te scherpen, waardoor de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft.

¹ Het protocol is gebaseerd op het samenwerkingsprotocol excessief huilende zuigelingen, ontwikkeld door GGD Fryslân, ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten) en ziekenhuis Tjongerschans (Heerenveen).

Het doel van dit protocol is om ouders ² vroegtijdig voor te lichten over (excessief) huilen en de ondersteuning die zij kunnen krijgen bij en/of via de JGZ. Het streven is dat ouders voortaan weten waar zij terecht kunnen met vragen, zodat er eerder een vangnet geboden wordt aan het kind en de ouders en ziekenhuisopnames worden gereduceerd.

Dit protocol laat zien dat ziekenhuiszorg pas wordt ingezet na een doorverwijzing via de jeugdarts, zodat de rol van de tweede lijn zoveel mogelijk beperkt blijft. De huisarts verwijst na het signaleren van excessief huilen door naar de JGZ. De primaire zorg voor de preventie en begeleiding van excessief huilen liggen bij de JGZ, die voor elk kind en de ouders aandacht heeft voor passende en persoonlijk ingerichte zorg.

² Overal waar in dit protocol 'ouders' staat, kan ook gelezen worden: verzorgers, voogden, etc. Overal waar in dit protocol 'hij' of 'zijn' staat, kan ook gelezen worden 'zij' of 'haar'.

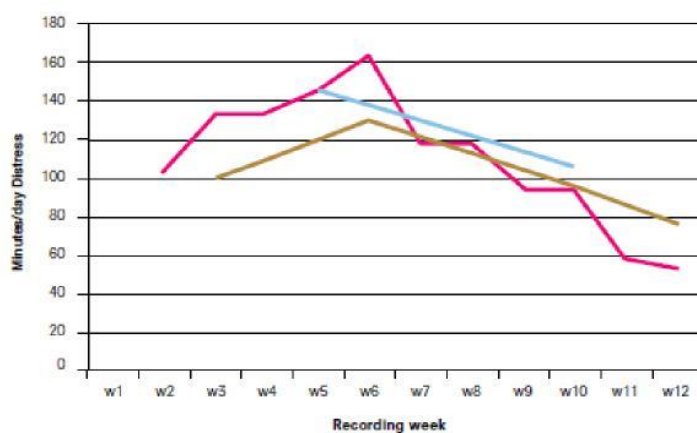
2. Definitie van huilen

Normaal huilen

Huilen is onderdeel van normaal gedrag van baby's. In de eerste levensmaanden zijn bij alle baby's vergelijkbare huilpatronen vast te stellen met individuele verschillen, die mede bepaald worden door de interactie tussen de baby en zijn ouders. Uit onderzoek naar de prevalentie van huilen blijkt dat vanaf de geboorte de totale duur van het huilen langzaam toeneemt. Rond de leeftijd van 6-8 weken wordt een piek bereikt, die in onze samenleving gemiddeld 2-2,5 uur per dag is. Na deze periode neemt de duur van het huilen af. Vanaf ongeveer 12 weken wordt voor de rest van het eerste jaar een stabiel niveau bereikt van gemiddeld 1-1,5 uur per dag, met een accent op de avonduren. Dit vroege patroon van huilen lijkt minder afhankelijk te zijn van de manier van verzorgen of opvoeden dan het huilen later in het eerste levensjaar. Wanneer de baby 3 maanden oud is nemen zijn capaciteiten om op andere wijzen te communiceren toe. Het huilen wordt meer een reactie op externe gebeurtenissen. Een tweede verschuiving in het huilen treedt op wanneer de baby 7-9 maanden oud is. Huilen krijgt dan een functie in de cognitieve en affectieve ontwikkeling: baby's huilen meer in aanwezigheid van ouders en richten hun wensen en behoeften sterker op één (of meer) persoon (personen): de hechtingsfiguur (hechtingsfiguren).

Figuur 1. Hoeveelheid huilen en patroon van huilen uit drie onderzoeken.

Roze: data van Brazelton (1962); goud: data van Hunziker en Barr (1986); blauw: data van Kramer et al. (2001).
Overgenomen met toestemming van Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby syndrome (SBS) cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. Child Abuse Negl 2006;30:7-13.



Excessief huilen

De definitie van excessief huilen heeft alleen betrekking op gezonde, zich goed ontwikkelende baby's. Zelden (<5%) ligt een somatische oorzaak ten grondslag aan het huilen. Desondanks is het wel van belang voor de jeugdarts, huisarts of kinderarts te overwegen of dit aan de orde kan zijn, voordat de diagnose 'excessief huilen' kan worden gesteld.

De verpleegkundige definitie van excessief huilen luidt: "een toestand waarin een op het oog gezonde baby perioden van veel huilen, jengelen en prikkelbaarheid laat zien, gedurende

een aantal uren per dag en verscheidene dagen per week, waarbij de ouders vragen hebben en niet weten om te gaan met het huilgedrag van de baby” (Buskop-Kobussen 1992).

De (medische) definitie van Wessel spreekt van excessief huilen, wanneer een gezond en goed gevoed maar prikkelbaar kind perioden van irritatie, jengelen of huilen laat zien van tenminste 3 uur per dag en gedurende minimaal 3 dagen per week voor een periode van ten minste 3 weken achtereenvolgend (Wessel e.a. 1954).

Echter, als een baby onder de vijf maanden heel vaak of lang achter elkaar huilt zonder een duidelijke oorzaak, noemen we dit overmatig of excessief huilen. Ook als dit niet voldoet aan de hierboven gestelde definitie. Van de baby's wereldwijd heeft 4-20 % last van overmatig huilen, afhankelijk van in welke land dit gemeten wordt en welke definities worden gebruikt. (In landen in Afrika zien we significant minder excessief huilen, wat mogelijk verband houdt met het continue dragen van kinderen op de rug.) Ouders voelen zich hulpeloos, ze hebben vaak alles geprobeerd en niets lijkt te helpen. Het is belangrijk dat ouders weten dat het overmatig huilen niet hun schuld is en dat het geen invloed heeft op de latere gezondheid van hun kind. Veel ouders zoeken hulp omdat het huilen veel stress geeft en kan zorgen voor uitputting, angst en depressie. Soms zijn ouders zo moe dat ze uit onmacht hun baby door elkaar schudden om hem/haar stil te krijgen. Om vast te stellen of sprake is van overmatig huilen, is de ervaring van ouders belangrijker dan het precieze aantal huiluren.

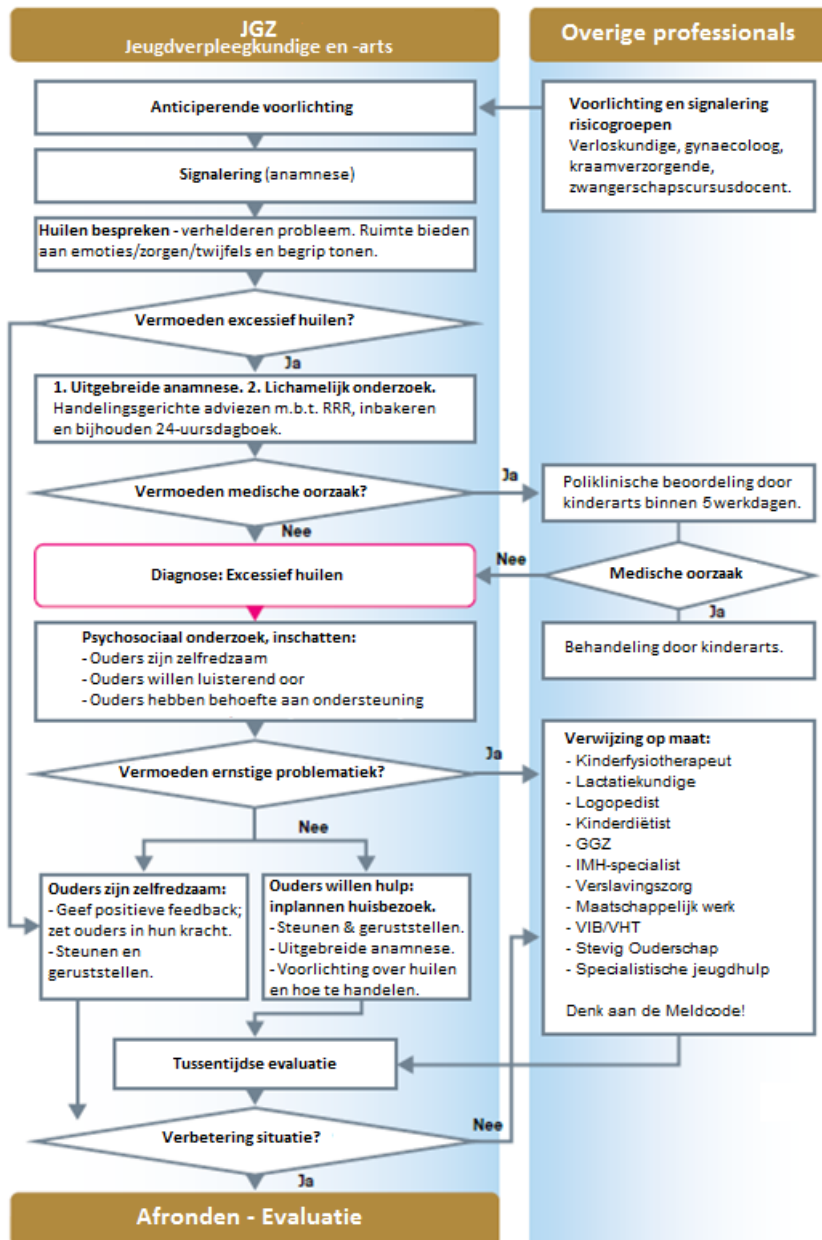
Wanneer ouders aangeven dat hun baby (te) veel huilt, is er sprake van overmatig huilen en daarmee van een zorgvraag.

Een nadere anamnese is dan nodig om de vraag van de ouders te begrijpen, de ernst van het huilen vast te stellen en in samenspraak met hen eventueel een passende keuze te maken uit de hulpmogelijkheden. Dit kan ook het moment zijn waarop de zorgverlener in een gesprek de autonomie van de ouders en het kind versterkt en de ouders handvatten biedt die nodig zijn voor gezonde onderlinge relaties. Door ouders hierin te versterken, kan worden voorkomen dat ouders en kind in een vicieuze cirkel van negatief gedrag terechtkomen.

Wanneer het huilen wordt bijgehouden in een 24-uurs dagboek blijkt slechts in een derde van de gevallen dat de eerder gerapporteerde huilduur van drie uur wordt overschreden (Brugman e.a. 1999; van Sleuwen e.a. 2006). Kennelijk tellen de minuten en uren dat de baby huilt zwaar voor ouders. Nadat geconstateerd is dat er geen aanwijzingen zijn voor een medisch onderliggende oorzaak, is het – aldus de werkgroep – niet nodig om een grens te trekken bij een bepaalde hoeveelheid huilen om voor ondersteuning in aanmerking te komen. Iedere ouder die zorgen heeft over het huilen van de baby dient serieus te worden genomen. Het is van belang dat de ouders weer in hun kracht kunnen worden gezet als ouder en (weer) vertrouwen krijgen in deze rol.

3. Stroomdiagram van de zorg bij excessief huilen

Dit stroomdiagram is in de basis gelijk aan die in de Multidisciplinaire richtlijn staat, maar onderstaande diagram is aangevuld en aangepast conform de afspraken zoals deze gemaakt zijn binnen de betrokken werkgroep.



4. Preventie

Wie	Wanneer	Wat	Communicatie
Verloskundige	Tijdens zwangerschap	- Herkennen kwetsbare ouder - Indien nodig ouders kennis laten maken met Prenataal Stevig Ouderschap of Voorzorg - POP poli inschakelen - Anticiperende voorlichting (zie bijlage 2) - Centering pregnancy	Warme overdracht naar de JGZ
JGZ	Prenataal contactmoment (ook wel maternale kinkhoest vaccinatie of 22 weken-prik genoemd)	- Anticiperende voorlichting over huilen, zie bijlage 2, en ouderschap. - Extra aandacht voor advisering en signalering van excessief huilen noodzakelijk bij risicogroepen.³ - Aan (kwetsbare) gezinnen wordt ook een prenataal huisbezoek aangeboden. - Indien nodig, ouders prenataal kennis laten maken met Stevig Ouderschap of Voorzorg, zodat zij de extra begeleiding krijgen die zij nodig hebben.	JGZ noteert in het kinddossier
Kraamverzorgenden	Tijdens het kraambed	- Herhalen anticiperende voorlichting (gedoseerd) - Signaleren disbalans in draagkracht en draaglast - Aandacht voor voedingstechniek - Uitleg over start & toename onrust of huilen na kraamtijd	Warme overdracht naar de JGZ
2de lijn verpleegkundigen	Na de geboorte, tijdens verblijf in ziekenhuis	- Herhalen anticiperende voorlichting (gedoseerd) - Signaleren disbalans draagkracht en draaglast - Aandacht voor voedingstechniek - Uitleg over start & toename onrust na ontslag	Warme overdracht naar de JGZ (brief voldoende, bij al vermoeden bijzonderheid wel warme overdracht – zie werkwijze poli Vroeg)

³ Bij de volgende risicogroepen is extra aandacht voor advisering over preventie en signalering van excessief huilen noodzakelijk: Moeders met angst en/of met weinig steun in de zwangerschap; moeders met veel lichamelijke klachten; moeders en/of vaders die na de bevalling veel stress hebben, erg angstig of overbezorgd zijn, depressieve symptomen hebben, een onverwerkt trauma hebben, het vooruitzicht hebben er alleen voor te staan, nog tiener zijn, drugs of andere zware middelen gebruiken, of werkloos zijn; kinderen met vroeggeboorte (prematuur) en/of laag geboortegewicht (dysmatuur); kinderen met specifieke akoestische kenmerken van het huilen: hoog, indringend en hard huilen.

2 ^{de} lijn verpleegkundigen	Na geboorte, tijdens verblijf in ziekenhuis	Ouders van <i>pre- en dysmatuur</i> geboren baby's worden geïnformeerd over de "verlate" huilcurve bij deze kinderen. Dit om te voorkomen dat ouders voor verrassingen komen te staan bij thuiskomst en onzeker worden over hun rol als ouder.	Indien zorgen bij tweede lijn over de draagkracht/ draaglast extra aandacht bij de warme overdracht naar de JGZ
JGZ	Standaard huisbezoek, bij 10-14 dagen na geboorte	- Inschatting maken draagkracht/draaglast. - Herhalen eerder gegeven informatie (zie twee bovenstaande blokken); Zijn ouders op de hoogte? Zijn er nog vragen? - Geef uitleg over de kracht van Rust, Reinheid en Regelmaat (RRR). - Introduceer het inloopspreekuur en leg uit hoe de JGZ laagdrempelig te bereiken is. - Schenk aandacht aan voedingstechniek. - Uitleggen wat ouders kunnen doen wanneer de zuigeling huult. We gebruiken oa de methodiek van Harvey Karp - Zo nodig vervolgspraken maken (eventueel huisbezoek plannen).	JGZ noteert in het kinddossier

5. Signalering en diagnostiek

Wanneer een baby (te) veel huilt en ouders een zorgvraag hebben dan is de jeugdarts of jeugdverpleegkundige in principe de eerst signalerende professional. Signalering kan echter ook door de huisarts of bij de kinderarts plaatsvinden.

Signalering door JGZ (arts of verpleegkundige)

- Als ouders aangeven dat hun kind veel huilt:
 - Uitgebreide anamnese (zie bijlage 3)
 - Aansluiten bij ouders, biedt ruimte aan emoties/zorgen/twijfel, begrip tonen, valideren en serieus nemen
 - Aandacht voor voedingsanamnese
 - Geven van handelingsgerichte adviezen m.b.t. RRR en eventueel inbakeren
 - Methodiek volgens Harvey Karp, Happiest Baby, inzetten
 - Adviseren 24 uren dagboek bij te houden (zie bijlage 1)
 - Controle moment en vervolg afspreken
 - Eventueel afspraak bij de jeugdarts maken voor uitsluiten medisch onderliggende oorzaak
- Afspraak bij de jeugdarts:
 - Doorgaand op uitgebreide anamnese, aangevuld met lichamelijk onderzoek
 - Cave koemelkallergie bij positieve familie anamnese
 - Speciale aandacht voor groei, ontwikkeling, gastro-oesofageale reflux, defecatie patroon, prikkelverwerking en neurologische of syndromale symptomen
 - Geruststelling ouders bij negatieve aanwijzing voor medische oorzaak
 - Bij verdenking medische oorzaak die door jeugdarts kan worden behandeld (voorschrijven koemelkvrije voeding, adviezen t.a.v. indikken, adviezen richting kinderfysiotherapie) dan start behandeling in de 1^{ste} lijn
 - Bij verdenking medische oorzaak waarvoor 2^{de} lijns expertise of onvoldoende resultaat van ingezette behandeling dan volgt verwijzing naar kinderarts
- Als ouders hulp nodig hebben bij excessief huilen en zelf niet verder komen:
 - Huisbezoek inplannen
 - Adviezen en methodiek continueren
 - Inzetten van andere hulpbronnen
 - Verwijzing naar de ABC-Brabant poli in Bernhoven indien het stagneert

Signalering door de huisarts

- Bij consult / hulpvraag ouders over het huilen van de zuigeling:
 - Anamnese en lichamelijk onderzoek om medisch onderliggende oorzaak uit te sluiten
 - Ouders geruststellen over lichamelijke oorzaak
 - Inschatting maken van de draagkracht bij ouders en eventuele in te zetten hulp of begeleiding voor ouders (vanuit bijvoorbeeld de POH), in acht nemende de waarschijnlijk bekende gezinssituatie = passend beleid inzetten bij ouderfactoren
 - Vertrouwen uitspreken in de JGZ en hun expertise juist op dit terrein
 - Adviseren alvast een 24 uursdagboek bij te houden (zie bijlage 1)
 - Verwijzen naar de JGZ
 - Eventueel starten met aangepaste voeding, koemelk-en lactosevrij
- Bij consult op de huisartsenpost:
 - Anamnese en lichamelijk onderzoek om onderliggende acute medische oorzaak uit te sluiten; indien aanwezig > spoedoverleg met kinderarts

Signalering door kinderarts

- indien het huilen (toevallig, terloops) ter sprake komt tijdens een consult met andere reden dan volgt eenzelfde werkwijze als ware het de jeugdarts, door middel van uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek, uitsluiten medisch onderliggende oorzaak en vervolg van de begeleiding door de JGZ.
- indien het een consult betreft in het kader van het protocol excessief huilen dan volgt dit de stappen van de ABC-Brabant poli.

6. Begeleiding

Elke aanpak begint met:

- Ouders erkennen, steunen en geruststellen.
- Uitgebreide anamnese (zie bijlage 3).
- Voorlichting geven over het normale huilpatroon, co- en zelfregulatie (zie bijlage 5) en handelingsgericht adviseren: wat kun je als ouder doen als je kind huilt ter bevordering van de positieve aspecten van het ouderschap, het versterken van de sensitiviteit (opvoeding), het vertrouwen en de relatie met het kind. Tevens ter preventie van Shaken Baby Syndroom.
- Afraden van voedingswisselingen. Het stoppen van borstvoeding om excessief huilen te verminderen wordt afgeraden.
- Inschatten draagkracht/draaglast ouders en mogelijke psychosociale factoren die kunnen leiden tot reactie van het kind.
- Bekijken van 24-uursdagboek om inzicht te krijgen in de mate en de ernst van het huilen.
- Advies volgens zowel RRR als ook Harvey Karp methodiek
- Indien RRR na één tot twee weken onvoldoende effect heeft, ouders uitleggen dat er gestart kan worden met inbakeren onder de voorwaarde dat JGZ hierover uitleg geeft.

Extra in te zetten hulpbronnen

1. Inschatten of er sprake is van kindfactoren – ouderfactoren – relationele/interactie factoren. Dat bepaalt mede welke hulp er moet worden ingezet.
2. Sociale domein kan worden betrokken via jeugdconsulent gemeente = CJG / De Toegang > GGZ – IMH – verslavingszorg – spec jeugdhulp – MW – IVH: alles via de jeugdwet
3. Zorgverzekeringswet: via jeugdarts – huisarts – kinderarts zoals kinderfysiotherapie, ergotherapie, logopedie, manuele therapie etc.
4. Eigen bijdrage: babyconsulenten, hypnotherapie, alternatieve geneeswijzen

Advanced Baby Care – Brabant poli in Bernhoven

Het kan voorkomen dat er onvoldoende rust wordt bereikt ondanks alle ingezette interventies of dat er bij ouders onrust en zorg blijft bestaan over een medisch onderliggende oorzaak. In dat geval kan de baby worden verwezen naar de speciaal ingestelde poli in het ziekenhuis waar 2 keer per week ruimte voor is. Er is ruim een uur per patiënt ingericht.

De eerder genoemde algemene aanpak is ook op de kinderpoli van kracht. Het spreekuur wordt gehouden door een kinderarts en medisch pedagogisch zorgverlener (MPZ) samen. Naast de gebruikelijke anamnese en lichamelijk onderzoek is er extra aandacht voor de hulpvraag van ouders als ook voor de reeds ingezette interventies en de effecten daarvan. Eventuele medisch onderliggende oorzaken worden direct besproken, verklaard en waar nodig wordt therapie ingezet of aangepast. Ook wordt met ouders de samenwerking met de JGZ besproken en het principe dat zij de zorg dichtbij huis ook weer zullen voortzetten.

De MPZ laat al tijdens het spreekuur de methodiek van Harvey Karp aan ouders zien en neemt ze mee in de stappen die bijdragen tot het creëren van meer rust en ruimte.

Aan het einde van het spreekuur gaan ouders en baby met gerichte adviezen naar huis, er vindt een digitale terugkoppeling plaats naar de JGZ binnen 24 uur. De verpleegkundige van de JGZ neemt idealiter binnen 48 uur contact op met ouders om op de ingezette interventies door te gaan. Met de MPZ is na 1 week telefonisch contact en na 2 weken is er een digitaal consult waarbij ouders, kinderarts / MPZ en jeugdarts / jeugdverpleegkundige aansluiten. De zorg wordt daarna weer overgedragen aan de JGZ (tenzij dat om moverende redenen niet kan).

Indien de situatie dermate ernstig is en de draagkracht bij ouders (op dat moment) onvoldoende lijkt en/of wanneer er potentieel risico op gevaar is voor het kind dan wordt overgegaan tot klinische opname. Tijdens een opname wordt altijd voor een multidisciplinaire aanpak gekozen waarbij naast de kinderarts en de MPZ ook de kinderpsycholoog, de kinderfysiotherapeut, de kinderverpleegkundige en eventuele andere zorgprofessionals worden ingezet om in een zo kort mogelijke tijd de situatie weer op de rit te krijgen.

Zie voor meer informatie “opname bij excessief huilen”.

Ondertekening samenwerkingsovereenkomst

Transmurale aanpak excessief huilen bij zuigelingen

Regio Oss – Maashorst – Meierijstad In het kader van Kansrijke Start

Ondergetekenden verklaren kennis te hebben genomen van deze samenwerkingsovereenkomst en spreken uit zich te verbinden aan de gezamenlijke uitgangspunten en afspraken zoals in dit document beschreven.

Namens GGD Hart voor Brabant

Naam: Lieke Treuren
Functie: Jeugdarts KMG
Handtekening: 

Namens Bernhoven

Naam: Inge Blouzil
Functie: Kindergeneeskunde
Handtekening: 

Namens Kiem geboortezorg

Naam: Mieke Broeren
Functie: Verloskundige 1^e lijn
Handtekening: 

Namens Welkom Kraamzorg

Naam: Ilse Stewart
Functie: Teamleider
Handtekening: 

Namens Humo voor huisartsen

Naam: Annemiek Boellaard
Functie: Projectleider Vrijgeleerd Uelen
Handtekening: 

Bijlage 1 – Voorbeeld 24-uur dagboek (richtlijn)

	19.00						20.00							21.00					
		.10	.20	.30	.40	.50		.10	.20	.30	.40	.50		.10	.20	.30	.40	.50	
Huilen																			
Jengelen																			
Verzorgen / in bad / schone luier																			
Spelen met uw kind																			
Voeden / eten																			
Slapen																			
Kind tevreden wakker / aan het spelen (alleen)																			
Waar is uw kind																			

Het dagboek is bedoeld om inzicht te geven en krijgen in de mate van huilen. Het is een vrij uitgebreid dagboek wat niet altijd even handig is om te gebruiken.

ICPW vragenlijst

Een andere gevalideerd instrument om meer inzicht te verkrijgen is de Infant Crying and Parent Wellbeing ICPW lijst die meer de nadruk legt op de ervaren last, stress en angst die door veel huilen bij ouders ontstaat.

ICPW

Heb je op dit moment een partner*?

☐ Ja, ik heb een partner waarmee ik samenwoon ☐ Ja door met vraag 1 t/m 6

☐ Ja, ik heb een partner waarmee ik niet samenwoon maar wel de opvoeding deel ☐ Ja door met vraag 1 t/m 6

☐ Nee, ik heb geen partner en doe de opvoeding alleen ☐ Nee door met vraag 1, 3, 5 en 6

**Overall waar partner staat kan ook mede-opvoeder worden gelezen.*

1. Is het huilen of de onrust van je baby onlangs een probleem geweest voor jou, en/of ben je hierdoor van slag geraakt?

a. Ja = 2

b. Nee = 0

2. Is het huilen of de onrust van je baby onlangs een probleem geweest voor je partner*, en/of is hij* hierdoor van slag geraakt?

a. Ja = 2

b. Nee = 0

**Overall waar hij staat kan ook zij worden gelezen.*

3. Heb je het gevoel dat je manieren hebt om je baby te troosten of kalmeren als hij huult?

a. Ja, ik heb manieren waardoor ik mijn baby normaal gesproken kan troosten of kalmeren = 0

b. Soms, maar ze werken niet altijd = 1

c. Niet echt = 2

4. Heeft je partner het gevoel dat hij manieren heeft om je baby te troosten of kalmeren als hij huult?

a. Ja, mijn partner heeft manieren waardoor hij mijn baby normaal gesproken kan troosten of kalmeren = 0

b. Soms, maar ze werken niet altijd = 1

c. Niet echt = 2

5. Hoeveel uur per dag (en nacht) huult je baby gemiddeld of is je baby onrustig?

..... (aantal uren per 24 uur: 0-24 uur)

..... (aantal minuten per uur: 0-59 minuten)

6. Als je terugdenkt aan gisterochtend vroeg tot vanmorgen vroeg; hoeveel uur en/of hoeveel minuten heeft je baby gehuild tussen:

a. 6 uur gisterochtend en 12 uur gistermiddag

..... (aantal uren: 0-6 uur)

..... (aantal minuten: 0-59 min)

b. 12 uur gistermiddag en 6 uur (18:00u) gisteravond

..... (aantal uren: 0-6 uur)

..... (aantal minuten: 0-59 min)

c. 6 uur gisteravond en 12 uur afgelopen nacht

..... (aantal uren: 0-6 uur)

..... (aantal minuten: 0-59 min)

d. 12 uur afgelopen nacht en 6 uur vanochtend

..... (aantal uren: 0-6 uur)

..... (aantal minuten: 0-59 min)

Bijlage 2 – Anticiperende voorlichting

De volgende punten kunnen met (aanstaande) moeders én vaders besproken worden:

1. Normaal huilgedrag vertoont een toename na de tweede week, met een piek bij 6-8 weken en een afname tot ongeveer 3 maanden waarna het stabiel blijft. Huilen heeft een communicatieve functie. Het slaap-waakpatroon van een pasgeborene heeft specifieke kenmerken. Bij prematuren moet qua huilbeloop uitgegaan worden van de uitgerekende datum, niet van de geboortedatum.
2. Het huil- en slaappatroon verandert vanaf de geboorte en in het begin is het nog even zoeken naar afstemming tussen baby, moeder en vader.
3. Als ouders de vermoeidheidssignalen van hun baby herkennen, zoals een beetje jengelen, in de oogjes wrijven of bleek worden, kunnen ze daar sensitief en adequaat op reageren.
4. Gastro-oesofageale reflux (GOR) is een normaal fysiologisch proces dat verschillende keren per dag optreedt bij gezonde zuigelingen, kinderen en volwassenen. Het is de terugvloed van maaginhoud in de slokdarm met of zonder regurgitatie en spugen. De meeste reflux-episoden bij gezonde kinderen duren korter dan drie minuten, treden op in de postprandiale fase en veroorzaken geen of weinig klachten.
5. Oog hebben voor de positieve aspecten van het ouderschap, het versterken van de sensitiviteit (opvoeding), het vertrouwen en de relatie met het kind.
6. Vaders spelen een belangrijke rol bij het hervinden van de balans in hun jonge gezin direct na de geboorte van de baby. Beide ouders worden uitgenodigd voor controles en vaders worden actief betrokken bij de zorg voor hun vrouw en kind(eren).
7. Zelden (<5%) is er een lichamelijke oorzaak voor excessief huilen.
8. Stress, somberheid en/of angsten bij ouders kunnen van invloed zijn op het gedrag en dus ook op het huilen. Stressmanagementtechnieken kunnen nuttig zijn. Het mogelijk uitblijven of vertraagd tot stand komen van de roze wolk/liefde voor je kind normaliseren. Veel ouders/onze maatschappij is ingesteld op het ervaren van een roze wolk na de geboorte, terwijl dat ook bij velen niet gelijk zo ervaren wordt. Uitleg over dat dit fenomeen door velen verschillend beleefd wordt is helpend om niet aan zichzelf te gaan twijfelen.
9. Er zijn verscheidene redenen om dringend te adviseren een zuigeling niet aan tabaksrook bloot te stellen. De associatie met excessief huilen kan een van de redenen zijn.

Wanneer de jeugdverpleegkundige aan de zwangerschap gerelateerde angst, depressieve symptomen, ouderlijke stress en werkstress opmerkt bij de ouders, wordt extra begeleiding aangeboden conform de werkwijze “Signalering van postpartum depressie door de JGZ”.

Bijlage 3 – Onderwerpen anamnesege gesprek

Onderwerpen die in een anamnesege gesprek met de ouders aan de orde horen te komen:

- Het ervaren probleem en de gevolgen ervan voor ouders, kind en gezin
 - Wat, waar, hoe, wanneer, sinds wanneer, hoe vaak, hoelang, en de gevolgen ervan?
 - Hoe gaat het met voeden/contact met de baby/slappen/huilen/ritme, etc.
 - Wat is de vraag (bezorgdheid) van de ouders of de last die men ervaart (hoe gaat het met de ouders).
 - Wat is de gemoedstoestand van ouders, de wederzijdse beïnvloeding en hun verwachtingspatroon.
- Oorzaak van excessief huilen en factoren die erop van invloed zijn (achterliggende problematiek)
 - Hebben de ouders een idee over de oorzaak van het excessieve huilen en over de factoren die van invloed kunnen zijn op het huilen (kind - ouders - omgeving).
 - Psychosociale problemen.
 - Relevante informatie uit de voorgeschiedenis (zwangerschap/geboorte, ingrijpende gebeurtenissen, chronische stress).
- Competentie primaire opvoeder
 - Inzicht in de ontwikkeling (welke verwachtingen hadden/hebben ouders).
 - Kennis over de verzorging/opvoeding.
 - Ervaring met eerdere kinderen.
 - Verzorgings- en opvoedingsvaardigheden.
 - Is het kind te troosten (kan van invloed zijn op gevoelens van onmacht).
 - Opvoedingsattitude; wat vinden ouders belangrijk.
 - Zelfreflectie van de ouder op het eigen handelen en het effect ervan.
 - Inzicht in de behoeften van baby's, normaal babygedrag en de problematiek rond het huilen.
- Gezinssituatie: draagkracht/draaglast (met aandacht voor postpartum depressie)
 - Rol van de partner c.q. andere opvoeder (m.b.t. verzorging/opvoeding/ondersteuning/probleeminzicht).
 - Stressvolle omstandigheden c.q. aanwezige risicofactoren in het gezin (zie voor voorbeeldvragen bijlage 4).
 - Sociaal netwerk van het gezin.
 - Bezorgdheid/adviezen van anderen.

- Hoe zorgen de ouders dat ze het volhouden? Zorgen ze goed voor zichzelf?
 - Relevante informatie uit de voorgeschiedenis.
- Verwachtingen/wensen van ouders
 - Hebben ze (on)realistische verwachtingen en wat zouden ze anders willen?
 - Wat vinden de ouders een “normale” huilduur?
- Wat is er tot nu toe geprobeerd en wat was het effect?
 - Welke andere zorgverleners zijn al betrokken of geraadpleegd?

Bijlage 4 – Voorbeeldvragen balans draagkracht/draaglast

Anamnese naar ingrijpende gebeurtenissen die invloed hebben op de balans draagkracht/draaglast. Met de reeds aanwezige informatie en deze aanvullende informatie, kan de verpleegkundige (opnieuw) een totale risico-inventarisatie maken.

- Zijn er de afgelopen twee jaar ingrijpende gebeurtenissen geweest in uw gezin?
Het gaat om gebeurtenissen die uw gebruikelijke levenspatroon kunnen veranderen (positief of negatief).
De vragen 1 t/m 16 kunnen hiervoor gesteld worden.
- En welke invloed heeft dat op uw gezin? (“niet zorgelijk” of “zorgelijk”)

	Niet zorgelijk	Zorgelijk
1. Overlijden van familielid of geliefd persoon	0	0
2. Langdurige ziekte van een gezinslid	0	0
3. Ongeval(len)	0	0
4. Confrontatie met geweld of criminaliteit	0	0
5. Conflicten of ruzies buiten het gezin	0	0
6. Conflicten of ruzies binnen het gezin	0	0
7. Echtscheiding of langdurige afwezigheid gezinslid	0	0
8. Uitbreiding gezin door geboorte	0	0
9. Uitbreiding gezin door stiefouder en/of stiefkind(eren)	0	0
10. Problemen met andere kinderen in het gezin	0	0
11. Verhuizing of migratie	0	0
12. Problemen met werk of werkloosheid	0	0
13. Problemen met geld of inkomen	0	0
14. Problemen met drank of verslaving	0	0
15. Psychische problemen van uzelf of partner	0	0
16. Vlucht naar Nederland	0	0

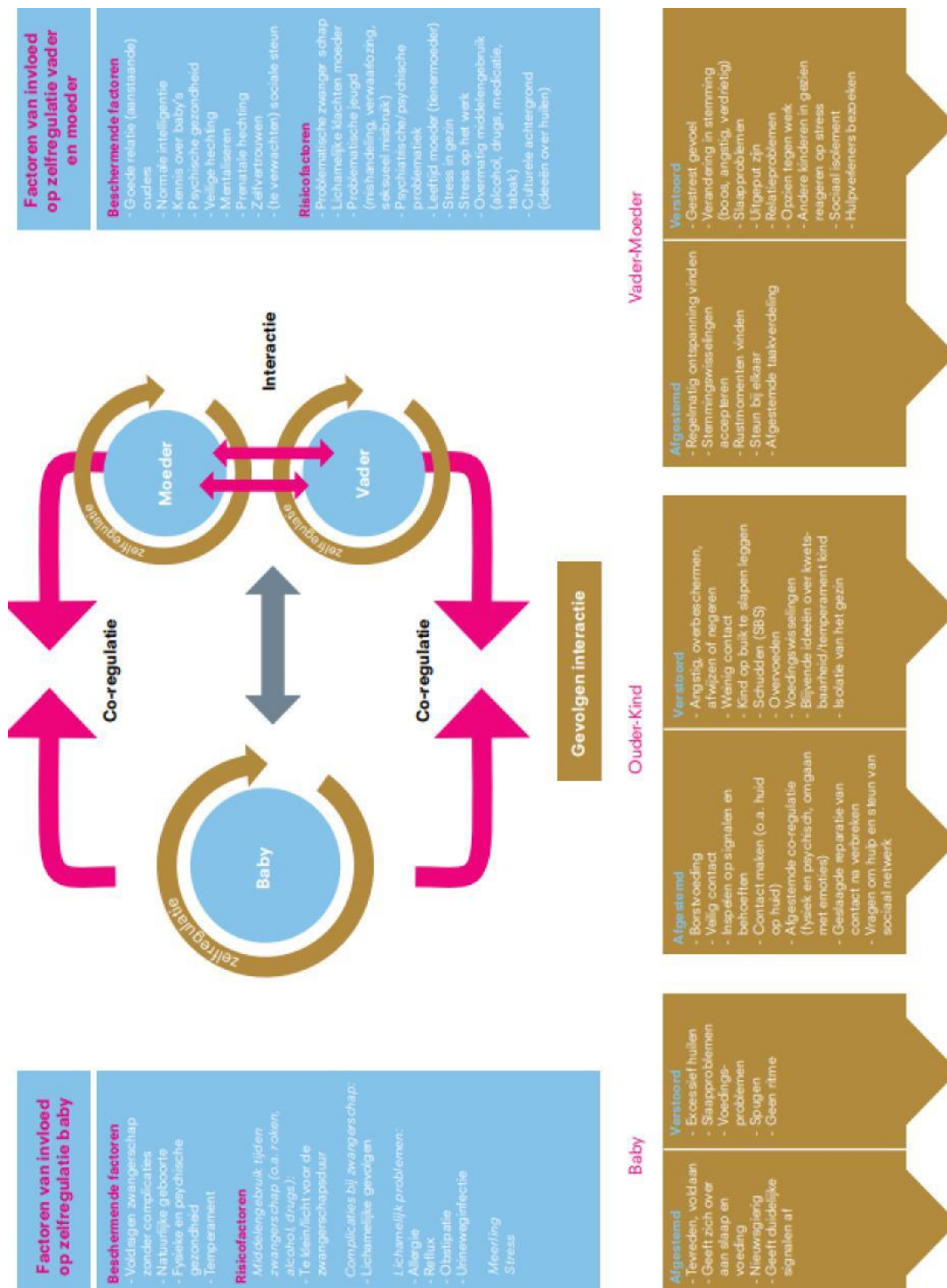
Vragen die gesteld kunnen worden als er ingrijpende gebeurtenissen zijn die men als “zorgelijk” ervaart:

- Op welke manier heeft u, het kind en/of het gezin last van deze ingrijpende gebeurtenis?
- Waar maakt u zich op dit moment de meeste zorgen over?
- Is er steun van uw partner in deze situatie? Ja/Nee
- Is er steun vanuit uw omgeving? Ja/Nee
- Heeft u of uw partner behoefte aan professionele ondersteuning of hulp? Ja/Nee
- Wat zou er als eerste opgepakt moeten worden?
- Is er professionele hulp ingeschakeld? Ja/Nee
- Welke hulp?
- Hoe loopt dit?

Kijk voor een complete anamnese ook naar beschermende factoren (bijlage 5) om een inschatting te kunnen maken van de verhouding van de risicofactoren en de beschermende factoren. Door de verschillende factoren naast elkaar te houden kan er gekeken worden of de situatie in balans is.

Ook hier kan de ICPW (zie bijlage 1) worden ingezet.

Bijlage 5 – Model van ouder- en kindregulatie



Bijlage 6 – Informatie omgaan met huilen

Huilen is normaal gedrag dat alle baby's doen. Het is voor baby's een manier van communiceren. Alle baby's huilen, maar sommige baby's huilen heel veel! Baby's die veel huilen kunnen hun ouders tot wanhoop drijven. Het beste is om consequent en steeds op dezelfde manier (voorspelbaar) te reageren op het huilen van een baby. Onderstaande informatie geeft inzicht in het normale huilgedrag van baby's en biedt tips waarvan is aangetoond dat ze effectief zijn om huilgedrag te verminderen en te voorkomen.

<https://www.antoniusziekenhuis.nl/kindergeneeskunde/aandoeningen/huilbaby-overmatig-huilen>

<https://www.antoniusziekenhuis.nl/kindergeneeskunde/omgaan-met-het-huilen-van-uw-baby>

<https://www.antoniusziekenhuis.nl/kindergeneeskunde/abc-poli/informatie-voor-ouders-met-een-huilbaby>

<https://www.kinderveiligheid.nl/adviezen/slapen>

<https://www.kinderveiligheid.nl/adviezen/blog/de-verschillen-tussen-een-inbakerdoek-en-inbakerslaapzak>

<https://www.helpmijnbabyhuilt.nl>

https://www.cyberpoli.nl/huilbaby/interviews/intvw_benninga

https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/slaap-huil-dagboek_tno_bij_bijlage_3-richtlijn_excessief_huilen.pdf

<https://www.imhnederland.nl/wp-content/uploads/2022/10/Zelfhulp-voor-Slaapproblemen-bij-jonge-kinderen.pdf>

Podcasts:

De Roze Regenwolk:

<https://open.spotify.com/show/1tlrCSey7pbx7g3nVZLbBd?si=36d5f5ae729f42d4&nd=1>

Ontroostbaar: <https://open.spotify.com/show/4pdfETfgKxD0YGFBYP58Sy>

Bijlage 7 Informatiefolder Opname Kinderafdeling voor zuigelingen die veel huilen

Het JBZ linkt in deze bijlage door naar

<https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/behandelingen/opname-kinderafdeling-voor-zuigelingen-die-veel-huilen>

Bijlage 8 Informatiefolder Tillen en dragen met een ronde houding

Het JBZ linkt in deze bijlage door naar

<https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/behandelingen/tillen-en-dragen-met-een-ronde-houding>

Gastro-oesofageale reflux

Fysiologie: overgang van oesofagus (slokdarm) naar maag is geen klepje, maar een kringspier. Deze spier is bij vrijwel alle pasgeborenen direct bij geboorte functioneel. Bij voeden komt er een relatief groot volume in de maag waardoor deze uitzet. Die uitzetting zorgt ervoor dat de spier richting duodenum (twaalfvingerige darm) open gaat maar ook de spier terug richting de oesofagus gaat weer iets open. Dat is de reden dat bij elke baby reflux speelt. In het eerste half tot hele uur na de voeding gaat er voldoende voeding uit de maag naar de darm om de spier richting de slokdarm weer te doen sluiten. Bij gezonde baby's komt de voeding gemiddeld wel 80 keer per dag omhoog. De oesofagus komt bij jonge baby's bijna haaks de maag binnen en naarmate de baby groter groeit vormt de overgang slokdarm – maag een steeds gunstiger hoek.

Reflux: elke baby heeft reflux, de voeding loopt terug van de maag in de slokdarm. Meestal is dat een klein beetje tot in het onderste slokdarm segment en heeft de baby weinig last van. Bij een deel van de kinderen loopt de voeding tot achter in de keel, wat een onaangenaam gevoel kan geven. De laatste groep laat de voeding er als mondjes uit lopen wat vaak weer minder problemen geeft. Verschil tussen reflux – spugen en overgeven is het mechanisme waarbij reflux – spugen passief is en overgeven actief (middenrif en buikspieren stuwen voeding omhoog en naar buiten). Naarmate de baby groter wordt neemt het volume in de maag t.o.v. de grootte van het kind relatief af, waardoor de uitzetting minder wordt en de spier richting de oesofagus minder wordt geopend en de reflux afneemt. Ook gaat het kind steeds meer rechtop leven waardoor ook de zwaartekracht een gunstige rol gaat spelen.

Maagzuur: ook bij gezonde baby's wordt al vanaf de geboorte maagzuur geproduceerd. De beste manier om zuur te neutraliseren is melk. Zowel moedermelk als kunstvoeding neutraliseren de maaginhoud direct zodat de pH-waarde (zuurtegraad) normaliseert naar rond de 7. Bij het leeglopen van de maag neemt de zuurtegraad langzaam toe en na 4-5 uur is de pH weer gezakt richting de 4. Door de hoge frequentie van voeden is maagzuur dan ook zelden het daadwerkelijke probleem.

Behandeling: zorg dat de baby niet te veel voeding per keer krijgt. Houdingsadviezen zoals een half uur rechtop houden na de voeding, voeden in zijligging op de linkerzij en voeden met het hoofd omhoog. Na de voeding laten boeren zodat overtollige lucht uit de maag gaat. Indikken van de voeding (johannesbrood pitmeel, gelylact)

Koemelkvrije voeding: wanneer er verdenking is dat een koemelkallergie een rol speelt (dan zijn er meestal meerdere symptomen) dan kan een intensief gehydrolyseerde voeding (Nutramigen, Pepti) geprobeerd worden. Indien een koemelkallergie een rol speelt dan is er ook binnen 1 week effect.

Medicatie: er is geen wetenschappelijk bewijs voor prokinetica dat die zouden helpen en gebruik van antacida, alginaten en prokinetica wordt afgeraden. Wanneer niet medicamenteuze behandeling onvoldoende helpt dan kan voor een protonpomp remmer

(esomeprazol of omeprazol) worden gekozen. Dit dient dan na 2-4 weken geëvalueerd te worden en bij onvoldoende effect moet de medicatie worden gestaakt. Ophogen van de medicatie is niet zinvol. Er dient rekening gehouden te worden met de bijwerkingen (minder goede opname van andere voedingsstoffen, kans op meer infecties en bij lang gebruik mogelijke nierschade). Het is bekend dat ook een placebo bij deze kinderen kan helpen. Gedacht wordt dat door het überhaupt geven van een medicijn stress verlagend werkt bij ouders en zo ook stress verlagend bij de baby.

<https://www.thuisarts.nl/spugen-bij-babys/mijn-baby-spuugt-veel-reflux>