

# Een excessief huilende zuigeling

*Voor de ouders een hele opgave, voor u een uitdaging?*

28



Brita de Jong-van Kempen,  
Marina van Silfhout-Bezemer  
en Judith Nooitgedagt-Frons

**Dr. B.M. de Jong-van Kempen**, kinder- en jeugdarts, sociale pediatrie, Medisch Centrum Leeuwarden

**Drs. M.F.W. van Silfhout-Bezemer**, jeugdarts KNMG, Zuidzorg, Brabant

**Drs. J. Nooitgedagt-Frons**, kinderarts, Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- kent u het belang van het stilstaan bij de zorgen van ouders met een excessief huilende zuigeling;
- weet u welke factoren de vicieuze cirkel van huilen en vermoeidheid bij het kind beïnvloeden;
- weet u hoe u deze problematiek kunt aanpakken en wie u daarvoor kunt inschakelen;
- kent u het belang van het bespreken wat ouders kunnen doen als het hun te veel wordt, om ernstige gevolgen te voorkomen.

## Trefwoorden

huilbaby, onrustige baby, ouder-kindinteractie, excessief huilen, infant mental health

## Samenvatting

Huilen is normaal gedrag bij een zuigeling. Desondanks kan het huilen ertoe leiden dat de ouders ten einde raad zijn. Vaak maken de ouders zich zorgen dat er iets met de zuigeling aan de hand is. Door deze zorgen kan het huilen verder toenemen. In 95% van de gevallen is de zuigeling gezond. Belangrijk voor de ouders is dat er naar hen wordt geluisterd, dat een eenduidige uitleg wordt gegeven over huilen en dat er nazorg wordt geregeld. Wie doet wat in de ketenzorg? En wat voor handvatten hebben de ouders nodig? Samenwerking tussen Jeugdgezondheidszorg, huisarts en kindergeneeskunde is van groot belang.

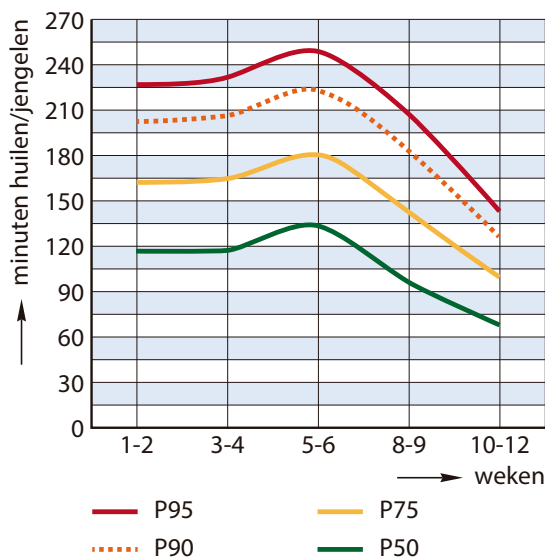
## Casus 1 Een excessief huilende zuigeling

*Op een zondagochtend wordt u gebeld door de huisartsenpost met de vraag of u een zuigeling van 2 maanden wilt beoordelen die ontroostbaar huilt. De ouders hebben grote zorgen en de huisarts vraagt uw advies.*

*De ouders vertellen u dat hun zoontje sinds enkele weken in toenemende mate huilt. Hij huilt vooral na de voedingen maar soms ook tussen de voedingen door. Hij slaapt nauwelijks en drinkt zijn fles niet leeg. Hij krijgt inmiddels tienmaal per dag voeding. Hij perst veel, desondanks komt de ontlasting niet dagelijks. Hij krijgt hiervoor al lactulose. Verder krijgt hij inmiddels zesmaal per dag paracetamol in verband met het huilen, dat door de ouders wordt gezien als een teken van pijn. De ouders zijn ten einde raad.*

*Het jongetje is hun eerste kind. Zwangerschap en geboorte waren ongecompliceerd. Bij lichamelijk onderzoek ziet u een gezonde, vrolijke zuigeling, die netjes volgens de curve groeit. Algemeen lichamelijk onderzoek toont geen bijzonderheden. De jongen ontwikkelt zich conform de leeftijd.*

*U concludeert dat het gaat om een gezonde, goed groeiende zuigeling, die zo veel huilt dat het de ouders zorgen baart. Verder valt u een gebrek aan ritme op en ook dat er een disbalans bij de ouders is ontstaan tussen draagkracht en draaglast. Wat stelt u voor?*



Figuur 1

Duur (uren) en patroon van huilen in de eerste drie levensmaanden.<sup>2</sup>

## Inleiding

Huilen is betekenisvol gedrag dat een belangrijke functie heeft in de onderlinge afstemming tussen zuigeling en ouder. Vanuit ontwikkelings- en evolutieperspectief is huilen vooral hechtingsgedrag. Huilen bevordert de nabijheid van de ouder (*separation distress call*). Het huilen informeert de ouder ook over welzijn, gezondheid en behoeften van de zuigeling. Uit de intensiteit kan de ouder opmaken wat er aan de hand is. Bij acute stress neemt de toonhoogte van het huilen toe door verminderde activiteit van de nervus vagus. De nabijheid van de ouder doet het huilen afnemen, zeker als de ouder het kind geruststelt (troost). Huilen kan leiden tot onzekerheid en zorgen bij ouders. Dit kan weer leiden tot toename van huilen. Meerdere studies hebben een ontwikkeling in het huilpatroon in de eerste drie maanden van het leven beschreven.<sup>1</sup> Tot nu toe werd gedacht dat de totale duur van het huilen vanaf de geboorte langzaam toeneemt en rond de leeftijd van 6 tot 8 weken zijn piek bereikt, die in onze samenleving gemiddeld 2 tot 2,5 uur per dag is. Een recente systematische review laat echter zien dat er geen sprake is van een piek.<sup>2</sup> De duur van huilen neemt de eerste 6 weken heel minimaal toe (figuur 1). Na deze periode neemt, ook in recent onderzoek, de duur van het huilen af tot rond 1 uur per dag bij ongeveer 12 weken. Na drie maanden leert de zuigeling op andere manieren communiceren.

## Definitie van excessief huilen

Volgens de definitie van Wessel spreekt men van excessief huilen wanneer een gezonde en goed gevoede, maar prikkelbare zuigeling perioden van irritatie, jengelen of huilen laat zien van ten minste drie uur per dag, gedurende minimaal drie dagen per week voor een periode van ten minste drie weken achtereen. Zo is het een objectief gegeven. In de praktijk gaat het meer om de beleving van de ouders

en spreekt men over een toestand waarin een op het oog gezonde zuigeling perioden van veel huilen, jengelen en prikkelbaarheid laat zien, gedurende een aantal uren per dag en verscheidende dagen per week, waarbij de ouders zich zorgen maken en niet meer weten om te gaan met het huilgedrag.

Afhankelijk van de definitie die wordt gehanteerd, komt excessief huilen voor bij 5 tot 19% van de zuigelingen.<sup>2,3</sup> Wanneer ouders wordt gevraagd of zij vinden dat zij een 'hulbaby' hebben, vindt 9 tot 13% dat dit het geval is.

## Oorzaken

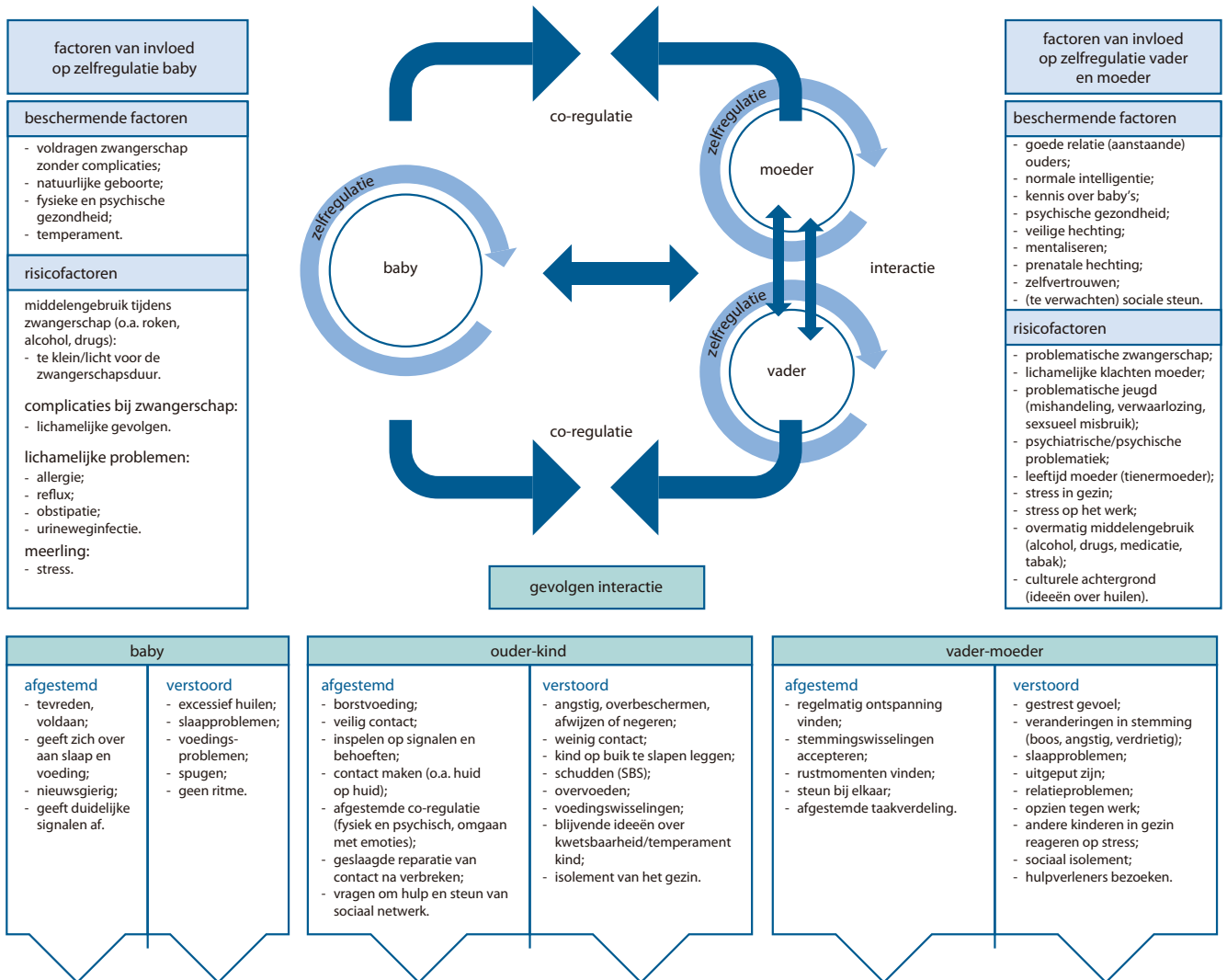
In minder dan 5% van de gevallen is er een medische oorzaak voor het huilen.<sup>4,5</sup> Als er bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen aanwijzingen zijn voor onderliggende pathologie, is verder onderzoek niet nodig. Het enige dat moet worden overwogen is een urineweginfectie, al komen die maar zelden voor.

Desondanks denken de ouders vaak aan een medische oorzaak zoals gastro-oesofageale reflux. Regelmatig schrijven artsen onder druk van ouders, of met de wens iets te kunnen doen, zuurremmers voor. Onderzoek laat zien dat, vooral bij zuigelingen, het gebruik van zuurremmers tussen 2000 en 2009 met een factor 4-11 is toegenomen in landen als de VS, België en Australië.<sup>6</sup> Ook in Nederland was tussen 2008 en 2013 een zesvoudige toename te zien in het voorschrijfgedrag van huisartsen bij kinderen jonger dan 18 maanden. Gezien het gebrek aan bewezen effectiviteit en de mogelijke bijwerkingen is dit een onwenselijke situatie.<sup>7</sup> Bovendien is er sprake van onnodige medicalisering van huilgedrag van zuigelingen, terwijl juist adviezen en ondersteuning van de ouders van belang zijn.

Bij veel excessief huilende zuigelingen blijkt de zelfregulatie verstoord. Ze reageren sterk op prikkels uit de omgeving en raken hierdoor vermoeid. Ondanks die vermoeidheid vallen ze moeilijk zelf in slaap en raken ze zo nog vermoeider, met meer huilen als gevolg. Ze drinken vaak onregelmatig en kleine beetjes. Het ontbreken van ritme en regelmaat speelt een belangrijke rol bij de instandhouding van het vele huilen. Als gevolg van het vele huilen kunnen de ouders oververmoeid raken en reageren ze daardoor niet altijd meer adequaat op de signalen die hun kind afgeeft. Zo ontstaat een vicieuze cirkel van huilen van het kind en vermoeidheid bij de ouders (bijlage 1, zie [www.praktishepediatrie.nl](http://www.praktishepediatrie.nl)).

## Ouder-kindinteractie

Om het gedrag van een zuigeling te kunnen begrijpen, moeten ouders kunnen mentaliseren. Mentaliseren gaat over het inzicht dat gedrag (externe processen) voortkomt uit gedachten en gevoelens (interne processen). Zo zal de ouder proberen het gedrag van het kind te begrijpen door observatie van de geluiden en bewegingen die het kind maakt, waarmee het zich probeert uit te drukken. De ouder zal daar weer op reageren door te laten merken dat zij of hij



**Figuur 2**

Model van ouder- en kindregulatie (risico's en beschermende factoren).<sup>1</sup>

het kind heeft begrepen en het kind geruststellen of troosten. Een ouder doet dit door te spiegelen.

Het proces van mentaliseren ontwikkelt zich vanaf de zwangerschap. Tijdens de zwangerschap richt de vrouw zich steeds meer naar binnen, op het ongeboren kind, om haar rol als moeder te gaan aannemen. Na de geboorte groeit dit verder, waarbij de moeder zich ontfermt over haar kind. Dit proces werd in eerste instantie door Winnicott *primary maternal preoccupation* genoemd en later door Stern *motherhood constellation*.<sup>8</sup> Motherhood constellation is gebaseerd op vier fasen. Ten eerste doet de vrouw vanaf het moment dat zij zwanger is er alles aan om haar kind in leven te houden. Ten tweede voelt de moeder zich, als de zuigeling eenmaal geboren is, verantwoordelijk voor het in leven houden van het kind. Ten derde vraagt de moeder zich af of zij een zorgsysteem kan organiseren dat voor haar kind kan zorgen. Ten slotte heeft de moeder een nieuwe identiteit gekregen, die van moeder, naast haar andere identiteiten als vrouw, dochter, werknemer enzovoort. De manier waarop de

moeder deze fasen doorloopt, heeft invloed op de ouder- en kindregulatie (figuur 2). Hetzelfde geldt natuurlijk voor de vader (*fatherhood constellation*). Een ouder met een normale intelligentie, een goede gezondheid en een goed netwerk heeft een positieve uitwerking op de zelfregulatie van de ouder, en daarmee de ouder-kindinteractie. Als een ouder echter een belaste voorgeschiedenis heeft (problematische jeugd of zwangerschap, lichamelijke of psychiatrische problematiek, tienermoeder, middelenmisbruik, stress), kan dit een negatieve invloed hebben op de zelfregulatie van de ouder en de ouder-kindinteractie negatief beïnvloeden. Ook kindfactoren spelen een rol in de zelfregulatie van de zuigeling. Een voldragen zwangerschap, een natuurlijke geboorte en een goede gezondheid van het kind hebben een positief effect op de zelfregulatie van het kind. Middelengebruik tijdens de zwangerschap, dysmaturiteit en medische problematiek postnataal kunnen de zelfregulatie van het kind negatief beïnvloeden. Dat geldt ook voor de ouders.

## Gevolgen

Excessief huilen kan bij de ouders de gevoelens van onzekerheid vergroten. Het gezinsleven kan door het huilen zo onder druk komen te staan dat het volledig ontwricht raakt, wat weer kan leiden tot sociaal isolement. Het ontbreken van sociale steun van partner, familie of vrienden kan ontaarden in negatieve gevoelens. Bij kinderen bij wie het huilen bij 3 maanden ophoudt, is de kans op depressie klein. Wel kunnen de ouders een gevoel van onvrede houden. Langer dan 3 maanden huilen kan leiden tot depressieve klachten.<sup>1</sup>

Excessief huilen kan leiden tot ongewenst gedrag. Het kind op de buik neerleggen om het huilen te reduceren vergroot de kans op wiegendood. Er zijn aanwijzingen dat excessief huilen de ouders kan aanzetten tot hevig schudden van de zuigeling. Uit onderzoek blijkt dat 5,6% van de ouders van 6 maanden oude zuigelingen hun kind in reactie op huilen hebben geslagen, geschud of gesmoord.<sup>9</sup> De prevalentie is het hoogst bij ouders in stedelijke gebieden, met een niet-westerse achtergrond, die weinig of geen werk hebben en die het huilen als overmatig ervaren. Hevig schudden kan leiden tot ernstige (neurologische) complicaties, het *shaken baby syndrome* en zelfs tot de dood. Het is daarom belangrijk de ouders te informeren over ongewenst gedrag en hoe ze dit kunnen voorkomen.

## Prognose

De meerderheid van de kinderen bij wie het huilen tegen de leeftijd van 3 maanden afneemt, heeft een goede prognose met een positieve ouder-kindrelatie, een normale hechting, een normale socio-emotionele ontwikkeling en een normaal IQ.<sup>1</sup> Bij een minderheid is er sprake van woedeaanvallen en verhoogde kwetsbaarheid. Kinderen die na de leeftijd van 3 maanden nog overmatig huilen, hebben een verhoogde kans op problemen bij voeding en slapen, op een lichte ontwikkelingsachterstand en op lichamelijke problemen.

## Algemene aanpak

Iedere ouder die zich zorgen maakt over het huilen, verdient aandacht. Als er geen aanwijzingen zijn voor een medische oorzaak – in 95% van de gevallen – is het belangrijk de ouders gerust te stellen, het probleem te erkennen en hen te steunen.

Begeleiding begint met het erkennen van klachten van de ouders en toegeven dat het zwaar kan zijn. Waar maken de ouders zich zorgen over en waardoor denken zij zelf dat het huilen wordt veroorzaakt? Bespreek de stress die het huilen met zich meebrengt en die zowel ouders als kind kan beïnvloeden. Vraag aan de ouders wie hen daarbij kan steunen, wat zij nodig hebben en wat tot nu toe heeft geholpen.

De ouders moeten uitleg krijgen over het normale huilgedrag van een zuigeling. Huilen is bij zuigelingen een

vorm van communicatie en niet altijd een teken van pijn. Geef de ouders uitleg over regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, rekening houdend met de individuele behoeften van ouders en kind. Geef praktische adviezen over het aanbrengen van voorspelbaarheid en het toepassen van prikkelreductie. Kijk samen met de ouders naar de signalen die hun kind afgeeft, zodat zij kunnen aansluiten bij de behoeften van hun kind (spiegelen). Bespreek hoe je het aantal prikkels beperkt houdt, want het krijgen van te veel prikkels heeft een negatief effect. Dit geldt voor geluid, maar bijvoorbeeld ook voor onverwachte uitstapjes die niet overeenkomen met het slaappatroon van het kind. Bespreek ter voorkoming van ongewenst gedrag ook de gevolgen die het huilgedrag vooral voor ouders kan hebben en wat ze kunnen doen als het hun te veel wordt. Blijf in contact met de ouders na het geven van adviezen.

Uit onderzoek blijkt dat andere interventies, zoals voedingsverandering, medicatie en alternatieve geneeswijzen, onvoldoende zijn bewezen.<sup>10,11</sup> Het wordt dan ook aangeraden borstvoeding zo veel mogelijk aan te moedigen en de flesvoeding niet te wijzigen. De resultaten van onderzoek naar het effect van Infacol® (in de literatuur ook wel simeticon genoemd) en probiotica (*Lactobacillus reuteri*) op de duur van het huilen zijn controversieel. Alternatieve geneeswijzen zoals craniale manipulatie en chiropraxie worden afgeraden vanwege onvoldoende bewijs voor deze behandelingen en onduidelijkheid over de gevolgen ervan.

## Wie doet wat?

Meerdere specialismen zien excessief huilende zuigelingen: de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), de huisarts en de kinderarts. De jeugdartsen zijn de experts wat het gezonde kind betreft en staan bekend om hun voorlichting over (op)voeding. Anderzijds zijn er de afgelopen jaren steeds meer 'huilpoli's' bijgekomen. Samenwerking in de keten is onmisbaar bij de aanpak van excessief huilen. Zeker omdat meerdere factoren een rol kunnen spelen en omdat een eenduidige aanpak belangrijk is voor de ouders. Inzicht in elkaars werkveld en werkwijze is daarom van groot belang.

### Rol van de Jeugdgezondheidszorg

Bijna alle zuigelingen in Nederland (95%) worden vanaf de geboorte gezien door de JGZ.<sup>12</sup> De jeugdverpleegkundige komt op huisbezoek zodra de pasgeborene 2 weken oud is en krijgt zo een goede indruk van de context waarin de zuigeling opgroeit. Bij risicozwangeren ziet de jeugdverpleegkundige de ouders soms al prenataal, via een verwijzing van de verloskundige of de gynaecoloog. Binnen de JGZ kan vervolgens een risico-inventarisatie worden gedaan. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van verschillende instrumenten, zoals Samen Starten of Stevig Ouderschap (zie kader), eventueel met een extra huisbezoek. Vanaf de leeftijd van 4 weken wordt regelmatig een bezoek gebracht aan het consultatiebureau. Zo nodig kan een huisbezoek worden gedaan. Ook zijn er laagdrempelige inlooppreekuren en telefonische spreekuren waar ouders met hun vragen terecht kunnen.

Het aanbod van de JGZ is vastgelegd in het Basistakenpakket. De taken bestaan uit monitoren en signaleren van ontwikkelings- en gezondheidsproblematiek, screening en vaccinaties, voorlichting en advies, het in kaart brengen van zorgbehoefte en zorgcoördinatie. Bovendien is er zorg op maat mogelijk.

Het onderwerp huilen komt veelvuldig aan de orde. Er wordt voorlichting gegeven over normaal slaap- en huilgedrag. Er wordt stilgestaan bij de draagkracht en draaglast van de ouders en bij signalen van depressie. Lichamelijk onderzoek wordt verricht naar mogelijke oorzaken van het huilen. Bij een gezonde, goed gedijende zuigeling kunnen de ouders worden gerustgesteld met de mededeling dat er geen aanwijzingen zijn voor onderliggende pathologie. Bij verdenking op een urineweginfectie kan door de huisarts de urine worden nagekeken.

Bij bezorgdheid kunnen interventies op maat plaatsvinden. De ouders kunnen een huilboekje bijhouden om het huilen te objectiveren, inzicht te krijgen in de frequentie en het patroon van het huilen en in de situaties waaraan het huilen is gerelateerd. Er wordt stilgestaan bij de spanning en oververmoeidheid bij de ouders. De beschermende factoren en risicofactoren worden in kaart gebracht. Verder wordt er gekeken naar de steunsystemen waarop de ouders een beroep kunnen doen. Naast geruststelling en erkenning van en inzicht in het probleem, kunnen praktische adviezen worden gegeven. Vanuit de JGZ kan informatie worden verstrekt over de 5S-methode van Harvey Karp en over inbakeren.<sup>4,13</sup> De jeugdverpleegkundige kan ook op huisbezoek gaan om de principes van rust, regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie te bespreken. Bij jonge zuigelingen kan instructie worden gegeven over veilig inbakeren. Zo nodig kan video-interactiebegeleiding worden gegeven, waardoor ouders inzicht krijgen in hun interacties met de zuigeling. Ten slotte wordt stilgestaan bij de gevolgen van huilen, en hoe ongewenst gedrag kan worden voorkomen.

De meeste excessief huilende zuigelingen worden al vroegtijdig gesignaleerd door de JGZ doordat zowel de zuigeling zelf als de ouders al vanaf de geboorte in beeld zijn. Er kan daardoor laagdrempelig en dicht bij huis zorg worden geboden.

### Rol van de huisarts

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij bezorgdheid en ziekte, en kan zo nodig doorwijzen. Vaak heeft hij het hele gezin in beeld, waardoor hij de situatie in haar context kan beoordelen. De huisarts heeft een belangrijke rol bij het geruststellen van de ouders ten aanzien van onderliggende pathologie. Zo nodig kan hij de urine controleren op een urineweginfectie. Wanneer de zorgen groot zijn, worden excessief huilende zuigelingen meestal doorverwezen naar de kinderarts in plaats van naar de JGZ. Buiten werktijd is dat een logische stap. Maar zelfs binnen de gebruikelijke werktijden wordt vaak niet aan de JGZ gedacht, terwijl deze veel voor het kind en de ouders kan betekenen en vaak al betrokken is.

## Stevig Ouderschap en Samen Starten

*Stevig Ouderschap* geeft gezinnen met een minder makkelijke start een steuntje in de rug. Door zowel prenatale als (extra) postnatale huisbezoeken (soms tot de kinderleeftijd van twee jaar) van een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige, worden ouders geholpen hun zelfvertrouwen en zelfredzaamheid te vergroten en hun sociale netwerk te versterken, ter voorkoming van opvoedingsproblemen.

*Samen Starten* is een signaleringssysteem dat zowel risico- als protectieve factoren voor een goede en gezonde socio-emotionele ontwikkeling van kinderen in kaart brengt, om ouders verder te kunnen ondersteunen. Er wordt gekeken naar vijf domeinen: de competentie van de ouder, de rol van de partner, het sociale netwerk, gebeurtenissen en omstandigheden en het welbevinden van het kind.

### Rol van de kinderarts

Ondanks de uitgebreide mogelijkheden van de JGZ om ouders te begeleiden bij huilgedrag, worden er per ziekenhuis wekelijks één à twee zuigelingen doorverwezen naar de kinderarts. Vaak komen de ouders buiten de normale werktijden en niet zelden worden de kinderen opgenomen om de vicieuze cirkel te doorbreken. Tijdens de opname normaliseert het huilpatroon vaak en in de meerderheid van de gevallen blijkt er geen medische oorzaak te zijn voor het huilen.

Verspreid over het land zijn meerdere huilpoli's opgezet om deze spoedopnames te voorkomen, ouders tijdig te kunnen ondersteunen en onnodige medicalisering te voorkomen. Veelal bestaan de polikliniekbezoeken uit een uitgebreid consult bij de kinderarts in combinatie met een afspraak bij een verpleegkundige of een pedagogisch medewerker. De rol van de kinderarts bestaat vooral uit het uitsluiten van onderliggende pathologie en het geruststellen van de ouders. De verpleegkundige of de pedagogisch medewerker geeft praktische adviezen en houdt doorgaans contact tot de ouders voldoende in staat zijn met het huilen om te gaan. Analyse na implementatie van een huilpoli in een algemeen ziekenhuis laat zien dat deze aanpak met voldoende tijd en uitleg een reductie van 60% in het aantal opnames laat zien (nog niet gepubliceerde data).

### Plan van aanpak

De uitdaging voor de verschillende betrokken zorgverleners is te komen tot een gezamenlijk plan van aanpak. Vaak krijgen de ouders zeer veel adviezen over hoe om te gaan met het huilgedrag en zien zij door de bomen het bos niet

meer. Eenduidigheid in de adviezen aan de ouders en op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden met betrekking tot dit probleem kan onnodige zorgconsumptie en medicalisering voorkomen. Tijdige ondersteuning van de ouders voorkomt opnames.

Het verdient aanbeveling om in de regio na te gaan wie wat doet en daar eventueel afspraken over te maken. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg (NCJ) heeft een stroomdiagram opgesteld dat laat zien wie wanneer bij het gezin kan worden betrokken (bijlage 2, zie [www.praktishepediatrie.nl](http://www.praktishepediatrie.nl)). Dit stroomdiagram kan als leidraad worden gebruikt.

## Terug naar de casus

*De zuigeling wordt opgenomen ter observatie. De ouders krijgen uitleg over huilen en het doel van de opname wordt besproken. Er wordt aandacht besteed aan ritme en regelmaat. De voedingsfrequentie wordt genormaliseerd en lactulose en paracetamol worden gestaakt. Het herkennen van vermoeidheidssignalen en wakker in bed leggen worden besproken. Er wordt gestart met inbakeren. Er is aandacht voor de ouder-kindinteractie en voor de draagkracht van de ouders; zij krijgen het advies zelf rust te nemen. Verder wordt er stilgestaan bij wat er kan gebeuren als het huilen de ouders te veel wordt.*

*Tijdens de opname blijkt er geen sprake te zijn van excessief huilen. De ouders zijn heel liefdevol voor hun zoon. Wat opvalt, is dat zij het huilen interpreteren als pijn en hiervan in paniek raken. De moeder blijkt bekend te zijn met een angststoornis en een contactstoornis. In het kader hiervan is er al orthopedagogische ondersteuning in het gezin. De moeder geeft verder aan dat ze er vooral alleen voor staat. De ouders hebben het niet breed en de vader werkt daarom veel. Verder is moeders netwerk beperkt. Er wordt met de ouders besproken dat er geen aanwijzingen zijn voor een onderliggende aandoening en dat huilen een normale vorm van communicatie is en belangrijk voor de hechting. De ouders zijn hierdoor gerustgesteld. Er wordt met hen besproken wie hen hierin kan coachen. Voor de afstemming van de zorg wordt contact opgenomen met het consultatiebureau. Daar blijkt het gezin goed in beeld te zijn; Stevig Ouderschap blijkt al te zijn opgestart. Er wordt afgesproken dat de adviezen van het ziekenhuis worden voortgezet en dat er wordt gestart met video-interactietraining. De huisarts wordt op de hoogte gesteld en het plan wordt met hem besproken.*

*Na ontslag heeft de pedagogisch medewerker contact met de ouders. Zij hebben veel gehad aan de uitleg en vooral de geruststelling dat hun zoontje geen pijn heeft. De moeder ziet in dat haar reactie op het huilen invloed heeft op haar zoon. Ze heeft adviezen gekregen hoe ze hem kan troosten en geruststellen. Sindsdien is het huilen veel minder. De ouders zitten beter in hun vel. De moeder zelf heeft begeleiding voor haar angsten. De vader probeert haar meer te ondersteunen.*

## Referenties

1. Multidisciplinaire richtlijn Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's. Utrecht: Stichting Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2013.
2. Wolke D, Bilgin A, Samara M. Systematic review and meta-analysis; fussing and crying durations and prevalence of colic in infants. *J Pediatr.* 2017; 185:55-61.
3. Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Eijk JTM van, et al. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child.* 2001;84(5):398-403.
4. Lasham C. Huilbaby's: een praktische en effectieve aanpak. *Praktische Pediatrie.* 2013;7:26-9.
5. Nooitgedagt JE, Zwart P, Brand PLP. Oorzaken, behandeling en beloop bij zuigelingen die vanwege excessief huilen waren opgenomen op de kinderafdeling van de Isala klinieken te Zwolle, 1997/'03. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005;149:472-7.
6. Smits MJ. Pediatric esophageal motility disorders, studies on (patho) physiology, diagnosis and management. 2015.
7. Pol RJ van de, Smits MJ, Wijk MP van, et al. Efficacy of proton pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease; a systematic review. *Pediatrics.* 2011;127(5):925-35.
8. Spanjerberg L, Rexwinkel M. Somatische klachten in de eerste levensjaren, beschouwing vanuit de Infant mental health visie. *Praktische Pediatrie.* 2009;1:39-43.
9. Reijneveld SA, Wal MF van der, Brugman E, et al. Prevalentie van gedragingen van ouders om het huilen van zuigelingen te verminderen die kunnen leiden tot mishandeling. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2004;148:2227-30.
10. Lucassen P. Colic in infants. *Clin Evid.* 2015;8:309.
11. Halpern R, Coelho R. Excessive crying in infants. *J Ped.* 2016;92:S40-5.
12. Keulen M van. Factsheet Jeugdgezondheidszorg: 'een gigantisch effect voor een prikkie'. *AJN.* 19 juni 2016. [www.ajnjeugdartsen.nl](http://www.ajnjeugdartsen.nl)
13. Blom R. Regelmaat en inbakenen. Voorkomen en verhelpen van huilen en onrust. Zeist: Christoffor; 2015.

Er zijn geen relaties met farmaceutische industrieën gemeld.