

# WETENSCHAPPELIJK DOSSIER HUILEN

Kind en Gezin  
afdeling Preventieve Gezinsondersteuning

september 2006



Kind & Gezin  
kind is koning

# Inhoud

## INLEIDING

### 1. HUILEN

- 1.1 Betekenis en functie van huilen 3
- 1.2 Verloop in de dag en in de tijd 4
  - a. Over de dag 4
  - b. In de tijd: de rijpingscurve 4

### 2. ANDERE VORMEN VAN HUILEN 5

- 2.1 Plotselinge wijzigingen in het huilgedrag 5
- 2.2 Excessief huilen 5

### 3. OORZAKEN EN BEÏNVLOEDENDE FACTOREN 7

- 3.1 Kindfactoren 7
  - a. Organische oorzaken 7
  - b. Temperament van de baby 8
  - c. Oververmoeidheid 9
  - d. Andere kindfactoren 9
- 3.2 Ouderfactoren 10
  - a. Zwangerschap 10
  - b. Sociaal-economische status 10
  - c. Stress 10
  - d. Postpartum-depressie 10
- 3.3 Factoren in de ouder-kindrelatie 11

### 4. GEVOLGEN VAN EXCESSIEF HUILEN 13

- 4.1 Bij de baby 13
  - a. Slaapproblemen 13
  - b. Ontwikkelingsachterstand 13
  - c. Driftbuien 13
  - d. Algemene gedragsmoeilijkheden 13

- 4.2 Bij de ouders 14
  - a. Vermoeidheid en stress 14
  - b. Psychische problemen 14
  - c. Grenzen stellen 14
- 4.3 In de ouder-kindrelatie 14
  - a. Problemen in de interactie ouder-kind 14
  - b. Kindermishandeling 15

### 5. AANPAK - ONDERSTEUNINGS-MOGELIJKHEDEN VOOR OUDERS 16

- 5.1 Aanpak vanuit Kind en Gezin 16
  - a. Uitgangspunten 16
  - b. Basismodule 17
  - c. Plusmodule 25
  - d. Informatiedragers voor ouders 28
- 5.2 Andere vormen van aanpak 28
  - a. Inbakeren 28
  - b. Osteopathie 29
  - c. KISS-syndroom (Kopgewrichtsinvloed bij storingen in de symmetrie) 30
  - d. Medicatie, homeopathie en/of kruiden 31

### 6. LITERATUUR 32

**Bijlage 1:**  
Het standpunt van Kind en Gezin over inbakeren 35

**Bijlage 2:**  
Verhouding preventieve zuigelingen-  
ten opzichte van osteopathie 43

# Inleiding

Alle baby's huilen van tijd tot tijd. Ouders stellen vaak vragen over het huilgedrag aan de medewerkers. Medewerkers vragen ook hoe ze ouders met een baby die veel weent op een kwaliteitsvolle wijze kunnen ondersteunen. In 1998 maakte Kind en Gezin het dossier 'Huilen en huilbaby's' voor de medewerkers en de brochure 'Huilen, als troosten niet helpt' met een huilkaart voor de praktische ondersteuning van de ouders met een 'huilbaby'. Ondertussen zijn we een aantal jaren verder en werden er interessante onderzoeken verricht over de aanpak van baby's die overmatig huilen. Dit vormde de aanleiding om een nieuw, geactualiseerd dossier over 'huilen' samen te stellen. Dit dossier werd samengesteld door een multidisciplinaire werkgroep (medische, verpleegkundige, agogische en orthopedagogische discipline).

**Nadine De Ronne,**  
*medische-kwaliteitscoördinator*



**Ragnhild Degrendele,**  
*opvoedingsconsulent*



**Anneleen De Schrijver,**  
*opvoedingsconsulent*



Het dossier gaat eerst in op de betekenis en de ontwikkeling van huilen. We geven een overzicht van de onderzoeken naar de oorzaken en naar de beïnvloedende factoren.

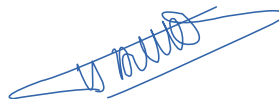
Bij de meeste kinderen daalt het aantal uren huilen vanzelf na de leeftijd van 3 maanden. Bij kinderen die na de leeftijd van 3 maanden nog extreem veel huilen, zijn er wel gevolgen te benoemen. We beschrijven die welke wetenschappelijk bewezen zijn. In het laatste hoofdstuk gaan we in op de ondersteuningsmogelijkheden die aan de ouders kunnen worden geboden. We beschrijven de aanpak vanuit de preventieve gezinsondersteuning van Kind en Gezin met basismodules en plusmodules. Andere vormen van aanpak zoals inbakeren, osteopathie, enz. worden toegelicht aan de hand van literatuurgegevens.

We hopen met dit dossier een ondersteuning te bieden aan de praktijkmedewerkers die dagelijks in contact komen met ouders die vragen stellen over huilen.

**Christine Tierens,**  
*stafmedewerker team Gezondheidsbevordering*



**Nele Travers,**  
*stafmedewerker team Pedagogische Preventie*



# 1. Huilen

## 1.1 BETEKENIS EN FUNCTIE VAN HUILEN

Alle baby's huilen van tijd tot tijd. Elke baby heeft als voornaamste activiteiten in de loop van de dag eten, slapen en huilen. Deze activiteiten wisselen elkaar voortdurend af. Dit betekent dat het volkomen normaal is dat baby's huilen. De mate waarin ze huilen, de tijdsduur en de intensiteit kunnen echter wel verschillen.

Huilen is voor de baby een zeer belangrijk communicatiemiddel, een manier om kenbaar te maken dat hij iets wil. Het is een manier voor de baby om contact te maken met de ouders; het kan een signaal van onlust zijn en wekt zorggedrag op. De baby huilt en de verzorger reageert op het gehuil, met de bedoeling - maar niet altijd met het resultaat - de onlust weg te nemen. In die zin ontstaat er door het huilen altijd wel enige vorm van interactie en is het huilen een ondersteuning van de ouder-kindrelatie.

Zoals gezegd is huilen voor een baby in de eerste levensmaanden een belangrijk communicatiemiddel. Huilen is evenwel niet de enige manier van communiceren. Ook brabbelen, lachen, vastpakken en kijken zijn vormen van communicatie. Al dit gedrag is hechtingsgedrag, bedoeld om aandacht en nabijheid van de ander te vragen.

De betekenis van huilen verandert in de tijd. In de eerste drie levensmaanden laat de baby onlustgevoelens blijken door te huilen: het gaat hierbij om honger, kou of andere ongemakken en de behoefte aan aandacht en lichaamscontact van de verzorger. De baby zoekt bevrediging van zijn behoeften. Op de duur wordt de verzorger geassocieerd met het wegnemen van onlustgevoelens en het bevredigen van de behoeften. Dit speelt een belangrijke rol in het hechtingsproces.

Tussen de 3de en de 6de levensmaand kan een kind ook gaan huilen omdat het iets wil en niet alleen meer omdat het onlust ervaart. Een baby die huilt zonder aanwijsbare fysieke oorzaak en niet vanzelf stil wordt, krijgt vaak aandacht als beloning, waardoor hij leert dat aanhoudend huilen leidt tot aandacht krijgen. Het gaat hier niet om verwennen, maar wel om gewinnen. In deze periode ontstaat door het samenspel tussen ouder en kind voorspelbaarheid, die leidt tot gevoelens van veiligheid en geborgenheid. Verder leert de baby op deze leeftijd zichzelf te troosten door op zijn handjes te zuigen.

In de fase van 6 tot 9 maanden is het huilen gericht. Bovendien kan de baby zijn huilen nu ondersteunen met andere communicatieve handelingen zoals het richten van zijn blik op de verzorger, het uitsteken van zijn handjes. Het komt vaak voor dat de baby in deze periode gaat huilen als de ouder de kamer verlaat of uit zijn gezichtsveld verdwijnt. Dit heeft te maken met scheidingsangst. Rond 9 maanden huilen veel baby's 's nachts: wanneer ze wakker worden, denken ze alleen en verlaten te zijn. Ook vreemdenangst wordt een reden tot huilen: de baby wordt bang van onbekenden.

Tussen 9 en 12 maanden huilen kinderen vaak heftig wanneer een ouder uit het zicht verdwijnt. Het kind is er nog niet aan gewend dat 'weggaan' gevolgd wordt door 'terugkomen'.

Vanaf de leeftijd van 12 maanden tot de leeftijd van 24 maanden ervaart een kind dat het met zijn gedrag de omgeving kan beïnvloeden. Huilen wordt een manier om aandacht te vragen en om zo de omgeving te beïnvloeden.

Tussen 24 en 36 maanden staat het proberen om door middel van huilen geruststelling en veiligheid van de ouders of van anderen te krijgen op de voorgrond. Peuters huilen ook vaak uit frustratie, boosheid, verdriet of ontreddeering.

# 1. Huilen

Vanaf de leeftijd van 3 jaar is het kind in staat om zich voorstellingen en ideeën te vormen. Deze ideeën kunnen het kind angstig maken. Door 'magisch denken' - het idee dat gedachten de werkelijkheid kunnen beïnvloeden<sup>1</sup>, dat dingen gebeuren omdat het kind dat wil - en verkeerd begrepen boodschappen kan een kind zich afgewezen, angstig of boos voelen. Een kind vraagt dan om begrijpsvolle, instemmende aandacht, maar ook om duidelijk en positief geformuleerde regels.

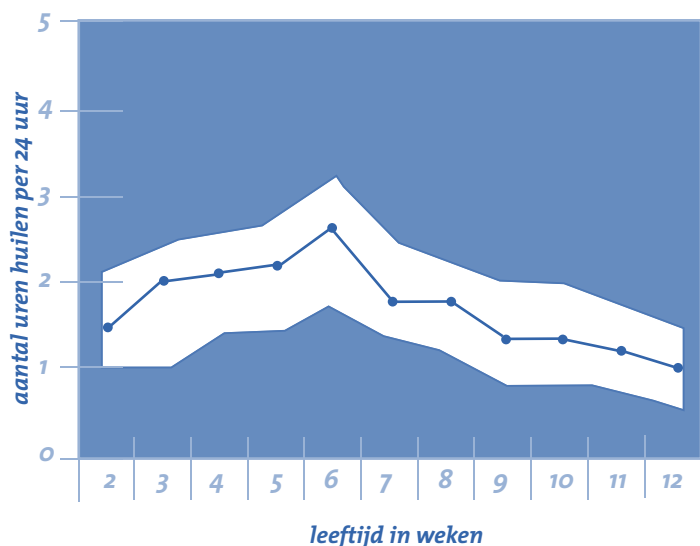


fig. 1: Brazelton T.B.. Crying in infancy. In: *Pediatrics*. 1962. 29: 579-588

## 1.2 VERLOOP IN DE DAG EN IN DE TIJD

### a. Over de dag

Elke baby huilt, maar niet elke baby huilt evenveel. Huilen vindt meestal geconcentreerd plaats, tijdens de zogenoemde 'huiltuurtjes'. Een groot deel van de huilepisodes vindt plaats tijdens de late namiddag en de avonden (tussen 16 uur en 22 uur).

### b. In de tijd: de rijpingscurve

De gemiddelde huiluur verschilt per leeftijd. Vlak na de geboorte huilen de meeste baby's een tot anderhalf uur per dag. Rond de leeftijd van zes weken is er een piek in het huilgedrag. Baby's kunnen dan twee tot tweeënhalve uur per dag huilen. Na de derde maand vermindert het huilen spontaan tot gemiddeld anderhalf uur per dag. Vanaf de leeftijd van drie maanden huilen baby's minder, en ook de huilepisodes komen minder frequent voor. Vooral 's nachts huilt een baby dan minder. Deze daling heeft te maken met de grotere capaciteit van het kind om met huilen te stoppen<sup>2</sup> en het beter kunnen omgaan met de omgeving, het feit dat er minder frequent 's nachts gevoed wordt en dat de baby leert doorslapen.

Het huilpatroon blijft dan stabiel gedurende het verdere eerste levensjaar.

Dit verloop in de tijd noemt men de rijpingscurve. De rijpingscurve is een universeel verschijnsel. De eigenlijke huiluur kan wel verschillen van kind tot kind. (*St James-Roberts I, 1994*)

1. Bijvoorbeeld: een kind wil dat zijn knuffel altijd rechtsonder in bed ligt. Zo beschermt de knuffel het kind tegen alle mogelijke gevaren. Mocht de knuffel ergens anders liggen, dan komen de monsters vannacht zeker op bezoek!

2. De capaciteit om het huilen zelf te stoppen heeft te maken met de rijping van de hersenen. Tijdens de zwangerschap wordt het zenuwstelsel (centraal en perifeer) aangelegd, en na de geboorte gebeurt een verdere uitrijping zoals de myelinisatie van de zenuwbundels, waardoor boodschappen of signalen uitgaande van het lichaam en/of van de omgeving doorgegeven en verwerkt worden op een andere manier dan onmiddellijk na de geboorte. Zoals in andere patronen (voeding, slapen en dus ook huilen) is er daardoor een evolutie in het gedrag en krijgen de gedragspatronen een dag-en-nachtritme, een eigen persoonlijke tint en een andere betekenis.

## 2. Andere vormen van huilen

### 2.1 PLOTSSELINGE WIJZIGINGEN IN HET HUILGEDRAG

Wanneer een baby plots op een andere manier begint te huilen, bijvoorbeeld begint te krijsen, of te kreunen of hoog en schrill te huilen ('centrale schrei'), dan is dit een indicatie dat er iets acuut aan de hand is.

Is de baby ontroostbaar, en krijgt hij nog harder wanneer hij aangeraakt wordt, dan kan dat een aanwijzing zijn van hevige pijn, wat meestal wijst op een organische oorzaak. In dat geval is dringende verwijzing voor verder klinisch onderzoek noodzakelijk.

### 2.2 EXCESSIEF HUILEN

Excessief huilen betekent letterlijk overmatig, buitensporig veel huilen. Deze omschrijving zegt echter onvoldoende. Er zijn verschillende definities mogelijk.

Wessel introduceerde het begrip 'huilbaby' in 1954. Hij definieert een huilbaby als een baby die langer huilt dan 3 uur per dag, en dit minstens 3 dagen per week, gedurende 3 opeenvolgende weken (3-3-3-regel). Baby's die volgens dit ritme huilen, volgen de rijpingscurve niet. De bovenstaande omschrijving maakt het mogelijk om objectief vast te stellen wanneer een baby overmatig, excessief huilt. Toch blijkt dat bij ouders die aangeven dat het huilgedrag van hun baby abnormaal is, de inschatting van het aantal huiluren niet altijd beantwoordt aan de 3-3-3-regel.<sup>3</sup>

De perceptie door ouders van het huilen van hun baby kan dus zeer sterk verschillen en zal niet altijd beantwoorden aan een objectieve definitie van excessief huilen. Het verschil in perceptie kan te maken hebben met het tolerantieniveau en het competentiegevoel van de ouder<sup>4</sup>.

De bevindingen met betrekking tot de perceptie door ouders zetten ons ertoe aan om in de beschrijving van excessief huilen niet alleen de 3-3-3-regel te hanteren, maar om zeker ook de perceptie door de ouders mee in aanmerking te nemen.

Daarom spreken Bruijns en Buskop-Kobussen (1992) ook van een verpleegkundige definitie: een toestand waarin een op het oog gezonde baby periodes van veel huilen, jengelen en prikkelbaarheid laat zien, gedurende een aantal uren per dag en meerdere dagen per week, waarbij de ouders zich vragen stellen en niet weten om te gaan met het huilgedrag.

Een laatste, meest subjectieve definitie luidt dat een baby overmatig huilt wanneer de ouders het huilgedrag als zodanig percipiëren.

Wanneer ouders het huilen van hun baby als moeilijk te hanteren beschrijven en vragen hebben rond het omgaan met dat huilgedrag, dan is dit dus voldoende om op hun vragen in te gaan en ten gevolge daarvan bepaalde acties te ondernemen.

Een aantal baby's blijft zeer veel huilen na de leeftijd van 4 maanden. Vooral als er substantiële risicofactoren bestaan, kan het overmatig huilen langer voortduren, ook zonder organische oorzaak bij het kind. Dit kan aanleiding geven tot het 'persistent mother-infant distress syndrome' met depressieve symptomen, angstbeelden, uitputting, woedeaanvallen en een vertekend zelfbeeld bij de moeder.

3. Uit objectiverend onderzoek door middel van het bijhouden van een huilboek blijkt bijvoorbeeld dat slechts bij 39% van de ouders die zeiden dat hun baby excessief huilt, de baby ook meer dan 3 uur per etmaal huilt.

4. Zo blijkt bijvoorbeeld dat moeders van tweede of later geboren kinderen verschillen in het begrijpen, het troosten en hun reactie op het huilen in vergelijking met moeders van eerste kinderen. Ouders van een eerste kindje hebben wat tijd nodig om de verschillende soorten huilen (honger, koud, nat, ...) te leren kennen en er adequaat op te reageren.

## 2. Andere vormen van huilen

Door het niet adequaat reageren op de signalen van het kind ontstaan secundair regulatieproblemen met eetstoornissen, weinig gecoördineerd nutritief versus niet-nutritief zuiggedrag, dyscomfort en minder responsiviteit na de voeding.

Kenmerkend voor gezinnen waar er sprake is van het 'persistent mother-infant distress syndrome' is dat er verschillende risicofactoren samenkomen. De kinderen hebben vaak moeilijkheden met eten en/of slapen, er is een lichte ontwikkelingsachterstand en er zijn verschillende organische risicofactoren. Bij de ouders worden de volgende kenmerken gezien: psychosociale risicofactoren, prenatale emotionele stress, psychopathologie bij de moeder en conflicten tussen de ouders in de postnatale periode.

Papousek (1990) brengt de hypothese naar voren dat de combinatie van risicofactoren bij de ouders, het kind en de omgeving de normale interactie, sensitiviteit en responsiviteit tussen ouders en kind verstoren.

# 3. Oorzaken en beïnvloedende factoren

Eerst en vooral is het van belang erop te wijzen dat huilen op zich geen stoornis of ziekte is. Het huilen zelf is enkel een vorm van communicatie met de buitenwereld. Een huilpatroon kan echter een signaal zijn dat er iets meer aan de hand is.

Tot nog toe is er weinig bekend over één mogelijke oorzaak van het excessief huilen. Verschillende hypothesen voor het verklaren van excessief huilen werden al uitgebreid onderzocht, maar er is geen gemeenschappelijke beïnvloedende factor te vinden, zodat we kunnen stellen dat verschillende factoren een invloed kunnen hebben op het huilgedrag van een baby en dat excessief huilen waarschijnlijk verschillende oorzaken kan hebben.

Wanneer we kijken naar mogelijke beïnvloedende factoren, willen we opmerken dat deze factoren niet als absoluut mogen worden gezien. Met andere woorden: het aanwezig zijn van een factor wil niet zeggen dat de baby excessief zal gaan huilen, en het afwezig zijn van een factor niet wil zeggen dat de baby niet excessief kan huilen.

## 3.1 KINDFACTOREN

### a. *Organische oorzaken*

Allereerst moet nagegaan worden of er bij de baby sprake kan zijn van een medische oorzaak of van medische verklaringen voor het huilen. Bij naar schatting 5 à 10% van de baby's die excessief huilen en die op het eerste gezicht gezond lijken, wordt toch een organische oorzaak gevonden. Meestal gaat het om infecties, centrale problemen, maag-darmproblemen en voedingsproblemen.

Door een goede algemene en voedingsanamnese en een nauwkeurig uitgevoerd klinisch en ontwikkelingsonderzoek kunnen afwijkingen worden opgespoord

### Mogelijk voorkomende organische oorzaken zijn:

- infecties: urinewegen, middenoor
- gastro-oesofagale refluxpathologie
- voedselintolerantie:
  - koemelkeiwitintolerantie of -allergie
  - koolhydraten: enzymdeficiënties (lactose, fructose)
- pathologie van het centraal zenuwstelsel:
  - infecties: meningitis, encefalitis
  - overdruk: bloeding, tumor

### Minder vaak voorkomende aandoeningen zijn:

- traumatische partus: vacuümextractie, forceps, sectio
- congenitaal glaucoom
- corneabeschadiging of -irritatie
- door de moeder ingenomen medicatie (al dan niet op voorschrift) met abstinentie tot gevolg
- overmatig gebruik van cafeïne of alcohol
- ontwenningsverschijnselen na inname van drugs tijdens de zwangerschap



# 3. Oorzaken en beïnvloedende factoren

Excessief huilende baby's worden vaak ten onrechte koliekbaby's genoemd. Men heeft het dan eigenlijk over een baby die last heeft van darmkrampen en daarop reageert met fel huilen. Dit huilen is fysiologisch te verklaren en komt geregeld voor. De oorzaak ligt soms in het grote volume voedsel dat baby's innemen tijdens de eerste levensmaanden, zeker wanneer men het aantal voedingen te snel vermindert, waardoor het volume per voeding te groot wordt. Enkele weken na de geboorte neemt een baby dagelijks ongeveer een vijfde van zijn eigen volume aan voeding in. Deze kinderen kunnen meestal geholpen worden door de voedingen in een kleiner volume en frequenter te geven. Een andere mogelijke oorzaak is on(aan)gepaste voeding. We gaan het verder niet hebben over de zogenaamde koliekbaby's.

Verschillende onderzoekers hebben gekeken naar de invloed van de voeding op het huilgedrag van baby's. Er is geen verschil in het huilpatroon van borstgevoede baby's in vergelijking met het huilen van baby's die kunstvoeding krijgen. Er wordt wel een verschil gevonden tussen baby's die op verzoek gevoed worden en baby's die strikt op schema gevoed worden: baby's die op verzoek gevoed worden, huilen minder (Maldonado). Dit houdt verband met het feit dat het ritme van de baby gevolgd wordt (zie verder). Er blijkt wel een verschil te bestaan in de perceptie door de ouders: excessief huilen wordt minder vaak als een probleem ervaren door ouders van baby's die borstvoeding krijgen.

## **b. Temperament van de baby**

Elke baby heeft zijn eigen temperament. Sommige baby's zijn makkelijk tevreden te stellen, hebben weinig moeite met veranderingen en zijn over het algemeen welgemutst. Een klein deel van de kinderen (10% - Chess & Thomas) is moeilijker tevreden te stellen, heeft een grotere behoefte aan het volgen van het eigen ritme en de eigen regelmaat en raakt van slag als dat ritme doorbroken wordt. Een klein deel van de kinderen accepteert een opgelegd ritme niet en reageert erop met bijvoorbeeld excessief huilgedrag. Alle kinderen zijn gebaat met het respecteren van hun eigen ritme in slapen, eten, enz.

Kinderen met een 'moeilijk' temperament huilen vaker dan kinderen met een 'makkelijk' temperament. Of een kind een moeilijk temperament heeft, is niet klinisch vast te stellen. Ronald Barr omschrijft temperament als een vorm van gedrag dat zijn oorsprong vindt in biologische/genetische predispositie, dat al vroeg in het leven aanwezig is en dat relatief stabiel blijft in de tijd en in verschillende situaties. Het moeilijke temperament van mensen komt in de verschillende ontwikkelingsstadia op verschillende wijzen naar voren.

Twee begrippen die in verband met temperament vaak genoemd worden, zijn reactiviteit en zelfregulatie. Reactiviteit is de gevoeligheid, snelheid en heftigheid waarmee op prikkels gereageerd wordt door het autonoom zenuwstelsel, door het hormonaal systeem en door het centraal zenuwstelsel. Dit uit zich in meer of minder sterke motorische reacties, in huilen en krijsen, in rood aanlopen, enz.

# 3. Oorzaken en beïnvloedende factoren

Zelfregulatie verwijst naar de mogelijkheid om zulke reacties af te remmen, te doseren of te versterken.

Voor alle kinderen is het zeer belangrijk dat de ouders een omgeving kunnen bieden die past bij het temperament van het kind. Een kind dat behoefte heeft aan een strakke regelmaat (een eigen ritme), krijgt ook het best die regelmaat waar het zo'n behoefte aan heeft. Op dit onderwerp komen we verder in de tekst terug.

Voorts hebben sommige kinderen behoefte aan zeer veel prikkels (zeer actieve kinderen) en hebben andere kinderen weinig prikkels nodig (overprikkelbare kinderen). Het aantal prikkels dat aan het kind wordt geboden, kan dus het best worden afgestemd op zijn eigen voorkeur.

## c. *Oververmoeidheid*

Kinderen die excessief huilen, slapen (te) weinig. Omdat ze moe zijn, kunnen ze weinig eten per voeding, waardoor ze sneller wakker worden door een hongergevoel. Ouders en kinderen komen daardoor terecht in een negatieve onrustspiraal van weinig slapen, weinig eten en veel huilen. De slaapduur neemt steeds verder af, waardoor het kind door de vele wakkere uren overprikkeld raakt. De oververmoeidheid neemt toe, met allerlei negatieve gevolgen op het gebied van slapen, communicatie, vermogen tot alleen spelen, voedingsinname en vertering. Baby's kunnen op darmkramp gelijkend gedrag vertonen en de indruk wekken honger te hebben. Hun krampgedrag uit zich in hypertonie, overstrekken, een met lucht opgezette buik en het laten van veel windjes, gebalde vuisten, maaierende armen en benen. Een ogenschijnlijke honger kan zich

uiten in verwoed zuigen aan elke aangeboden speen, borst of fles. In het ergste geval kunnen de groei en de ontwikkeling stagneren (werkgroep Inbakeren, LVT in samenwerking met WKZ, Excessief huilen; preventie en interventie door rust en regelmaat, concept juni 2005).

## d. *Andere kindfactoren*

- Baby's die geboren worden uit een moeder met een verslavingsproblematiek, moeten ontwennen en zijn erg gevoelig voor omgevingsstimuli. Daardoor reageren deze baby's vaak met huilen wanneer er tegen hen gepraat wordt, wanneer ze aangeraakt worden.
- Er is geen verschil in het huilgedrag naargelang van het geslacht van de baby. Jongens huilen dus niet meer dan meisjes (Keller et al., 1998 en Lucassen et al., 2000).
- Geboortegewicht lager dan 2500 g (Brugman, 1999).
- Geboortecomplicaties (Keller et al., 1998) (cf. KISS-syndroom, zie verder).
- Kunstverlossingen (bv. zuignap, sectio).
- Het krijgen van tanden.
- Mentale sprongen: wanneer een baby op het punt staat een nieuwe ontwikkelingstaak te verwerven, kan het zijn dat hij onrustig is, meer huilt en minder vlot te troosten is. Deze onrust valt weg zodra de baby de ontwikkelingsprong genomen heeft.

# 3. Oorzaken en beïnvloedende factoren

## 3.2 OUDERFACTOREN

De zorg die het kind krijgt ten gevolge van de situatie waarin de ouder zich bevindt, zal niet de oorzaak van het huilen zijn. De risicofactor bij de ouder kan het excessieve huilen wel beïnvloeden in intensiteit, ernst en duur.

### **a. Zwangerschap**

Een moeilijke zwangerschap wordt vaak genoemd als mogelijke beïnvloedende factor bij huilgedrag. Een moeilijke zwangerschap kan bestaan uit gezondheidsproblemen van de moeder, veel stress tijdens de zwangerschap, een negatieve kijk op het zwanger zijn en op de komst van een kind. Door het hebben van een moeilijke zwangerschap kan de kijk op het kind al vóór de geboorte negatief gekleurd zijn en wordt de baby zeer snel als 'moeilijk' bestempeld.

### **b. Sociaal-economische status**

Huilbaby's komen voor in alle lagen van de bevolking, maar het blijkt dat in de groep van excessieve huilers 40% van de moeders problemen had in de sociaal-economische sfeer. Het hebben van een lage sociaal-economische status op zich heeft geen invloed, maar men kan vermoeden dat deze ouders meer last hebben van stress door problemen op verschillende gebieden (zoals bijvoorbeeld de financiële situatie, de huisvesting, enz.).

### **c. Stress**

Stress is een factor die van grote invloed kan zijn op het al dan niet excessief huilen. Deze stress kan het gevolg zijn van problemen waarmee de ouders te kampen hebben, zoals bijvoorbeeld financiële problemen, problemen in de partnerrelatie, enz. (Lehtonen, Barr)

Wanneer ouders veel last hebben van stress, heeft dat natuurlijk ook een repercussie op het gedrag van de baby (zie verder).

### **d. Postpartum-depressie**

Bijna de helft van de moeders met een excessief huilende baby heeft een milde tot ernstige postpartum- of persoonlijkheidsproblematiek. Ook blijkt dat baby's meer huilen en minder troostbaar zijn naarmate de moeder meer depressieve symptomen heeft. (M.P. L'Hoir)

Moeders met een postpartum-depressie hebben het vaak moeilijk om hun baby liefdevol te verzorgen. Hun gelaatsuitdrukking blijft vlak, ze praten weinig tegen de baby, enz. Voor een kind is dit een moeilijke situatie, waarop het vaak met huilen zal reageren.

# 3. Oorzaken en beïnvloedende factoren

## 3.3 FACTOREN IN DE OUDER-KINDRELATIE

Voordat we dieper ingaan op beïnvloedende factoren in de ouder-kindrelatie, willen we even in het kort stilstaan bij het transactionele opvoedingsmodel<sup>5</sup>, om duidelijk te maken hoe interacties in het gezin vorm geven aan het uiteindelijke opvoedingsproces.

Opvoeden is een complementair en circulair proces. Complementair, omdat ouders en kind in gelijke mate bijdragen aan het opvoedingsproces. Circulair, omdat het gedrag van het kind en de aanpak van de ouders elkaar wederzijds beïnvloeden.

Kinderen hebben een aantal behoeften die moeten worden bevredigd. Het gaat niet alleen om de behoefte aan verzorging en voeding, maar ook om de behoefte aan affectie, aan structuur, aan ondersteuning en aan sociaal contact. Niet elk kind heeft deze behoeften in dezelfde mate, en kinderen hebben ook nog verschillende manieren om deze behoeften kenbaar te maken. Elke ouder moet zijn kind dus leren kennen en proberen te ontdekken welke aanpak het best werkt bij zijn kind. Daarbij komt nog dat ouders ook hun eigen behoeften hebben, hun eigen persoonlijkheid, hun eigen opvoedingsgeschiedenis, hun eigen verwachtingen, enz. Dit verklaart waarom ouders niet alleen moeten weten welke aanpak het best werkt bij hun kind, maar ook in staat moeten zijn deze aanpak aan te bieden.

Het aanbieden van de beste aanpak aan het kind kan worden bemoeilijkt door omgevingsfactoren (zoals financiële problemen, huisvestingsproblemen, weinig sociale steun), maar ook door factoren binnen de ouder zelf (zoals slaapgebrek, spanning, stress).

Aangezien ouders en kinderen in gelijke mate bijdragen aan het opvoedingsproces en ze elkaar wederzijds beïnvloeden, kan excessief huilen binnen deze context verschillende zaken betekenen. Een paar voorbeelden:

- Overmatig huilen kan spanningen veroorzaken in het gezin. Ouders raken uitgeput, zijn onzeker over hun aanpak, worden krampachtig in de omgang met hun kind. De ouders reageren vaker op dezelfde manier op de baby. Het contact wordt beperkt tot verzorging en troosten. Het troosten gebeurt vooral door sussen en door negatieve taal: “Nee, nee, niet huilen”. Ouders raken gespannen en hebben weinig positieve ervaringen in het omgaan met de baby. Deze spanningen worden ook overgebracht op de baby, waarop de baby reageert met overmatig huilen. Zo kan de situatie in stand gehouden worden.
- Bij de factor ‘temperament van het kind’ hadden we het al over het belang van het aanpassen van de reacties van de omgeving aan de behoefte van de baby. Bijvoorbeeld: een baby die er niet van houdt al te veel geknuffeld te worden, zal niet minder gaan huilen als de manier van troosten enkel uit knuffelen bestaat.
- Om een kind succesvol te laten ophouden met huilen, of om op zijn minst het huilen positief te kunnen sturen, moeten ouders beschikken over een aantal vaardigheden: het huilen kunnen interpreteren (wat is de oorzaak?), de oorzaak

5. Zie bijvoorbeeld Hellinckx W., Grietens H., Geeraert L., Hulp bij opvoedingsvragen. Opvoedingsondersteuning tussen 0 en 3 jaar, Acco, 2002.

## 3. Oorzaken en beïnvloedende factoren

adequaat kunnen wegnemen (te slapen leggen, vasthouden, knuffelen, voeden, ...). Wanneer ouders deze vaardigheden onvoldoende onder de knie hebben, kunnen kinderen nog harder gaan huilen. Hierbij aansluitend is het mogelijk dat ouders zich in de omgang met hun kind baseren op foutieve informatie. Zo zijn bijvoorbeeld heel wat ouders bang om hun jonge baby te verwennen, en zien ze troosten als het begin van verwennen.

# 4. Gevolgen van excessief huilen

Allereerst een positieve boodschap: bij de meeste kinderen daalt het aantal uren huilen vanzelf na de leeftijd van drie maanden en er zijn op lange termijn geen significante gevolgen voor de baby, voor de ouders of voor de relatie tussen ouders en kind. Met andere woorden: de meeste excessief huilende baby's groeien uit tot gezonde, normale kinderen.

Bij kinderen die na de leeftijd van 3 maanden extreem veel huilen, leren we uit onderzoek dat er een aantal risico's bestaan die tot problemen kunnen leiden. Het is niet altijd duidelijk of deze problemen het gevolg zijn van excessief huilen dan wel of ze eerder ten grondslag liggen aan het excessieve huilen.

We zullen ons hier beperken tot de gevolgen die wetenschappelijk bewezen zijn. Andere gevolgen zijn denkbaar, maar zijn niet wetenschappelijk bewezen. We denken bijvoorbeeld aan onzekerheid van de ouders of sociaal isolement uit schaamte.

Eerlijkheidshalve moeten we hier nog aan toevoegen dat er over deze problematiek relatief weinig langetermijnonderzoeken of follow-up-onderzoeken verricht zijn.

## 4.1 BIJ DE BABY

### a. Slaapproblemen

Op korte termijn (tot de leeftijd van 3 jaar) hebben kinderen die als baby excessief huilden meer slaapproblemen dan baby's die een normaal huilpatroon toonden. Deze slaapproblemen hebben vooral te maken met het niet alleen kunnen inslapen,

het alleen in bed slapen en doorslapen. Dit kan verband houden met het feit dat de ouders, om het huilen te verminderen, met de baby rondliepen tot hij in slaap viel, zodat de baby nooit heeft geleerd om alleen (en in zijn eigen bed) in slaap te vallen.

### b. Ontwikkelingsachterstand

Er is veel onderzoek gedaan naar het al dan niet vaker voorkomen van ontwikkelingsachterstand bij huilbaby's (Hubbard & Van IJendoorn, 1991, Barr, 1998, enz.).

Op korte termijn kan er eventueel een lichte achterstand zijn op verschillende ontwikkelingsdomeinen, maar op langere termijn is er geen verschil in gedrag en temperament, evenmin als er een verschil is op andere ontwikkelingsdomeinen zoals motorische ontwikkeling en spraak (Clifford et al., 2002).

### c. Driftbuien

Sommige kinderen die als baby extreem veel huilden, hebben meer en langere driftbuien dan andere kinderen. Onderzoekers wijzen het grenzen stellen door ouders aan als oorzaak (zie verder) (Zeifman, 2001).

### d. Algemene gedragsmoeilijkheden

Huilbaby's hebben niet meer gedragsmoeilijkheden dan andere kinderen, maar ze worden door hun ouders wel vaker als lastig gepercipieerd.

# 4. Gevolgen van excessief huilen

## 4.2 BIJ DE OUDERS

### a. *Vermoeidheid en stress*

Ouders met een huilbaby hebben op korte termijn verschillende klachten: ze zijn oververmoeid, kunnen onvoldoende slapen. Ze zijn voorts ook vaker onzeker, omdat ze nog geen goede manier gevonden hebben om het huilen te verminderen. Bij de groep ouders met een huilbaby is er ook vaker sprake van meer spanningen met de partner en met de sociale omgeving dan vóór de geboorte van het kind.

### b. *Psychische problemen*

Bijna de helft van de moeders (49%) met een excessief huilende baby heeft een milde tot ernstige postpartum- of persoonlijkheidsproblematiek. Anderzijds blijkt dat baby's meer huilen en minder troostbaar zijn wanneer hun moeder te kampen heeft met postpartum- of depressieve stoornissen. Hier is dus niet duidelijk wat de oorzaak is en wat het gevolg.

### c. *Grenzen stellen*

Bij ouders met een huilbaby zie je soms dat ze uren met hun baby rondlopen om hem te troosten. Het kind huilt dan minder omdat er een continu 'vermaakprogramma' wordt aangeboden. Het niet kunnen hanteren van overmatig huilen en het ontwikkelen van schuldgevoelens of gevoelens van tekortschieten kunnen zo hun invloed doen gelden op andere pedagogische terreinen, waar het stellen van grenzen belangrijk is. Huilen is in feite de eerste

test voor ouders, de eerste eis van het kind, de eerste keer dat nee zeggen of grenzen stellen in het geding is, de eerste keer dat een ouder boos kan zijn om wat een kind doet, en de eerste uitdaging van de opvoeding. Huilen confronteert ouders voor het eerst met onderwerpen die gedurende de hele opvoeding spelen (Zeifman, 2001).

Sommige ouders met een huilbaby hebben op latere leeftijd meer moeite met het stellen van grenzen en met het consequent omgaan met verschillende aspecten van de opvoeding (bijvoorbeeld driftbuien).

## 4.3 IN DE OUDER-KINDRELATIE

### a. *Problemen in de interactie ouder - kind*

Excessief huilen kan een blijvend negatief effect hebben op de interactie tussen ouder en kind. Ouders met kinderen tussen 9 en 14 maanden met een geschiedenis van extreem huilen, blijken minder interacties te hebben met hun kind en minder in te gaan op de communicatiepogingen van hun kind dan andere ouders. Ze blijken met andere woorden minder responsief te reageren.

Ouders met een huilbaby zullen de baby soms vermijden, en dit vermijdingsgedrag kan zich voortzetten gedurende een langere periode en kan aldus het hechtingsproces negatief beïnvloeden.

## 4. Gevolgen van excessief huilen

### ***b. Kindermishandeling***

Ouders met een huilbaby zullen niet telkens op dezelfde manier reageren op het huilen. Ze zullen verschillende dingen uitproberen. Als er volgens hen niets lijkt te werken, kunnen ze soms zo wanhopig worden dat de druk te groot wordt en dat ze dingen doen die gevaarlijk zijn voor het kind. Het gevaar bestaat dat ze de baby gaan vermijden of agressief gaan behandelen.

In een onderzoek van Wolke geeft 2 à 3% van de moeders met een huilbaby aan dat ze hun baby al eens geschud of geslagen hebben als reactie op het huilen. Uit een ander onderzoek blijkt dat 1 op de 20 ouders potentieel schadelijke handelingen verricht om het huilen te verminderen (TNO, 2004). Het risico bestaat dat ouders zo wanhopig worden dat ze hun baby gaan schudden of op een andere manier gaan mishandelen.

Verder blijkt uit een retrospectief onderzoek bij ouders die een kind jonger dan 1 jaar mishandeld hebben, dat bij 80% deze mishandeling werd voorafgegaan door ontroostbaar huilen. Dit risico op mishandeling kan ook nog blijven bestaan op latere leeftijd.

Aanvankelijk is het huilen de trigger of de oorzaak van de agressie, maar later kan het kind zelf, los van het gedrag dat het stelt, de aversieve stimulus worden. De negatieve perceptie ten opzichte van het kind is dan zo groot geworden dat het niets goeds kan doen.



# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

Aangezien de meeste excessieve huilers zonder enige interventie minder gaan huilen na de leeftijd van 3 maanden, zou men zich kunnen afvragen of de ouders van deze kinderen meer nodig hebben dan de geruststelling dat het normaal is dat een baby veel huilt en dat deze periode van tijdelijke en voorbijgaande aard is. Uit onderzoek (Wolke) blijkt dat interventie betere resultaten geeft dan empathie, die op zich al absoluut betere resultaten geeft dan het louter afwachten van de spontane regressie.

Ouders zijn vaak onzeker over de manieren waarop ze het huilen kunnen doen verminderen en vele ouders voelen zich schuldig omdat ze er schijnbaar niet in slagen de baby rustig te krijgen. Het omgaan met een excessieve huiler vergt veel van ouders, waardoor zowel op korte als op lange termijn problemen kunnen ontstaan, vooral op het vlak van de ouder-kindrelatie.

Elk kind en elke ouder is anders. Daarom zal er bij de opvolging van een overmatig huilend kind altijd individueel getoetst moeten worden wat de meest geschikte aanpak zou kunnen zijn. Dit moet eerst komen, om effectief na te gaan of er inderdaad een probleem is, of er een signaal van onmacht of bereikte drempel bestaat. Bij het bepalen van de aanpak zal er eerst moeten worden nagegaan wat er aan de hand is. De uiteindelijke aanpak kan niet op voorhand uitgestippeld worden. Elke stap moet uitgeprobeerd en geëvalueerd worden vooraleer tot een volgende stap kan worden overgegaan. Het geheel kan bestaan uit informatie en advies geven, bepaalde programma's toepassen of doorverwijzen naar een gepaste dienst, of uit een combinatie van deze mogelijkheden.

## 5.1 AANPAK VANUIT KIND EN GEZIN

### a. *Uitgangspunten*

De missie van Kind en Gezin bestaat erin om voor elk kind zo veel mogelijk kansen te creëren. Gezien de mogelijke risico's op latere problemen, is het belangrijk dat Kind en Gezin voldoende ondersteuning biedt aan ouders van een excessief huilende baby, zodat het huilen hanteerbaar wordt en ouders en kinderen een positieve relatie met elkaar kunnen opbouwen.

Binnen Kind en Gezin werken we **vraaggericht**, op maat van de ouders. Dit wil al onmiddellijk zeggen dat er niet zoiets als één aanpak zal worden aangeboden, maar dat er samen met de ouders zal worden gezocht naar de dienstverlening die het best aansluit bij hun vragen en hun situatie.

De uiteindelijke bedoeling van de dienstverlening is dat ouders zelf verder kunnen. Het is belangrijk dat ouders zich goed voelen in hun ouderrol. Daarom is het van belang de nodige aandacht te besteden aan het versterken en het bevestigen van het **bekwaamheidsgevoel** van ouders. Ouders moeten opnieuw vertrouwen krijgen in hun talenten en competenties als opvoeder. Dit principe heet **empowerment**.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

## **b. Basismodule**

Bij Kind en Gezin kunnen alle ouders informatie en advies krijgen over huilen.

Het onderwerp 'huilen' is terug te vinden in de basismodule ontwikkeling en opvoeding. Met deze module willen we aan ouders verrijkende en aangepaste informatie bieden over het kernthema 'ontwikkeling en opvoeding' en - in het licht van dit dossier - over het huilen van jonge baby's.

Het onderwerp 'huilen en sis (shaken infant syndrome)' wordt op een proactieve manier met de ouders besproken tijdens het eerste huisbezoek op de leeftijd van 2 weken. Inhoudelijk gaat het dan om het informeren van de ouders over het huilgedrag, over het herkennen van signalen van hun baby en over hoe met huilen kan worden omgegaan.

Dit informeren kan de regioverpleegkundige doen, al dan niet samen met de gezinsondersteuner.

De regioteamleden beschikken over een aantal informatiedragers om hun boodschappen aan ouders te ondersteunen, zoals het ABC-boek, de website, enz.

De acties van de consultatiebureau-arts (zoals de anamnese en het klinisch onderzoek) en van de regioverpleegkundige moeten op elkaar afgestemd worden.

## **We lichten de diverse onderdelen van de basismodule toe:**

### ***b.1 Ouders geruststellen en informeren over de ontwikkeling van het huilgedrag***

Sommige ouders zullen voldoende hebben aan algemene informatie en advies. Vooral ouders van een eerste kindje hebben het gevoel dat ze onvoldoende kennis hebben over kinderen en dat ze ervaring missen. Informatie over de algemene ontwikkeling van het huilgedrag bij kinderen (huilen als communicatiemiddel, als middel om iets kenbaar te maken zoals honger, pijn, ongemak, enz., de avondpiek, de vermeerdering tot de leeftijd van zes weken en de vermindering vanaf de leeftijd van drie maanden) kan deze ouders al voor een stuk geruststellen.

Elke ouder, en zeker elke ouder van een eerste kind, heeft wat tijd nodig om de signalen te leren kennen die het kind geeft door te huilen.

Ouders maken zich soms ook echt zorgen en vrezen dat er iets ernstigs aan de hand is met hun kind. Deze ouders kunnen gerustgesteld worden: wanneer hun kind voldoende eetlust heeft, genoeg bijkomt en een normale lichaamstemperatuur heeft, ligt er waarschijnlijk niets ernstigs (medisch) aan de basis van het huilgedrag.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

## *b.2 Uitsluiten medische oorzaak*

Een grondige anamnese, een uitgebreid klinisch en ontwikkelingsonderzoek met opvolging van de groeiparameters en een analyse van het huilgedrag zijn noodzakelijk om een medische oorzaak van het excessieve huilen uit te sluiten.

Wanneer de ouders de gekregen adviezen opvolgen en er na een aantal dagen of bij het volgende contact geen verandering te merken is in het huilgedrag, dan is het raadzaam de ouders naar de arts te verwijzen om verdere onderzoeken te verrichten.

Bij 5 à 10% van de excessief huilende baby's kan een medische oorzaak gevonden worden.

Het is dus belangrijk om snel te laten onderzoeken of er al dan niet sprake is van een achterliggend medisch probleem.

We zetten de alarmerende signalen en symptomen van een medische oorzaak nog eens op een rijtje:

1. *De baby huilt doordringend met een hoge stem (centrale schrei).*
2. *De baby huilt de hele dag continu door, zonder dat er sprake is van een avondpiek.*
3. *Er is sprake van braken, diarree of gewichtsverlies en er zijn tekenen van dehydratatie.*
4. *Het huilen is begonnen na 4 à 6 weken en vermindert niet na de vierde of vijfde levensmaand.*
5. *Het huilgedrag is plots gewijzigd.*

Als een van deze tekenen aanwezig is, mag er geen tijd verloren worden en moet het kind onmiddellijk naar de behandelend arts verwezen worden. In afwachting hiervan is het absoluut afgeraden om sederende medicatie - in welke vorm ook: slaapmiddelen, hoestsiroop, kalmeermiddelen, ... - toe te dienen wegens het gevaar voor ademhalingsdepressie.

## *b.3 Ouders leren signalen van hun baby kennen en troosten*

Wanneer een baby huilt, is de natuurlijke reactie om te troosten. Wanneer de ouder het gevoel heeft dat troosten niet helpt, kan het zijn dat de ouder het moeilijk heeft om de signalen van de baby te herkennen en kan je als regioteamlid de volgende aspecten met de ouder overlopen en bespreken.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

## Is het huilen een lichamelijk signaal, dan moet je hierop inspelen:

- △ Heeft je baby honger, dan moet je hem voeden. Een baby die honger heeft, geeft vaak de volgende subtiele tekens:
  - Alert en zoekend rondkijken
  - Armpjes plooiën en vuistjes ballen
  - Vuistjes naar de mond brengen
  - Hevig op de tong zuigen
  - Snuffelen rond de borst
- △ Wil je baby extra zuigen tussen de voedingsmomenten, geef hem dan een (ongezoete) fopspeen of laat hem zuigen op zijn vinger of duim.
- △ Is je baby moe, leg hem dan te slapen. Zorg wel dat de omgeving rustig is, zonder fel licht of storend geluid. Vermoeidheidssignalen zijn:
  - Geeuwen
  - Bleek worden
  - In de ogen wrijven
  - Jengelen
  - Drukker worden
  - Oogcontact afbreken of wegstaren
- △ Is er een organische oorzaak, dan moet die behandeld worden.

## Heeft het huilen geen lichamelijke oorzaak, dan moet je anders troosten:

- △ Introduceer rust en regelmaat in het dagritme van je kind. Altijd dezelfde volgorde (slapen - voeden - knuffelen/spelen met ouder - even alleen spelen - moe worden - slapen) helpt je baby om het leven voorspelbaar te maken.
- △ Heeft je baby aandacht nodig, zoek dan een voor jullie beiden passende manier om aandacht te geven.
- △ Verveelt je baby zich, zorg dan voor een boeiender omgeving.
- △ Zoek naar een houding die je kindje tot rust brengt.
- △ Draag of knuffel hem, wieg of streel hem. Zoek uit wat jullie allebei het beste vinden. Let er wel op de baby niet continu te vermaken wanneer hij huilt.
- △ Beperk dit lichamelijke contact echter niet tot de momenten waarop je kindje huilt. Anders legt je baby immers alleen de negatieve link tussen wiegen, strelen, zingen en ongemak of vermoeidheid. Probeer bijvoorbeeld baby-massage. Dat kan rust brengen wanneer je baby huilt, maar je kan het ook toepassen wanneer je baby al kalm is. Het geeft hem een goed en veilig gevoel.
- △ Positieve communicatie met de baby: je wordt zelf rustiger wanneer je “ja”- boodschappen geeft in plaats van “nee”- boodschappen: “Ja, ik zal je oppakken, ja, mama gaat nu je luier verversen” in plaats van “Nee, niet huilen”. Als je zelf rustiger wordt, straal je deze rust ook uit naar je baby.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

Ouders van een excessief huilende baby zijn vaak oververmoeide ouders. Vraag aan de ouders of er steun kan worden gezocht in de omgeving, bij familie of vrienden. Vooral moeders hebben het soms erg moeilijk om de zorg voor hun baby even uit handen te geven om zelf eens tot rust te komen of zich te ontspannen. Wanneer de ouders een beroep zouden kunnen doen op steun uit de omgeving, kan het belangrijk zijn hen te doen inzien dat het in het belang van de baby is om verzorgd te worden door ouders die zelf goed in hun vel zitten en voldoende uitgerust zijn.

Zoals we hierboven al hebben aangegeven, geeft het omgaan met een excessief huilende baby soms aanleiding tot risicovol gedrag tegenover de baby. Het is van belang om de ouders erover in te lichten dat gevoelens van wanhoop en frustratie vaak voorkomen en volkomen normaal zijn. Verder is het belangrijk dat deze ouders weten dat ze – wanneer het hen te veel wordt – de zorg het best even aan iemand anders toevertrouwen of als ze alleen zijn, het best eventjes naar een andere kamer gaan en de baby laten huilen. De preventie van het ‘shaken infant syndrome’ heeft hier zeker ook haar plaats. Wanneer de ouders tijdens het gesprek toegeven dat zij inderdaad ook al bijna te ver zijn gegaan of vaak negatieve gedachten hebben over hun baby, dan is het zeer sterk aangewezen om door te verwijzen naar een plusmodule.

## b.4 Voeding

Verschillende ouders maken zich zorgen over de voeding van de baby en zijn ervan overtuigd dat daar de oorzaak van het huilen ligt. Als gevolg daarvan wordt er in die periode vaak aan de voeding gesleuteld, en dat gebeurt op verschillende manieren:

- **De hoeveelheid voeding**  
Ouders kunnen de baby zowel overvoeden (doordat men elke huilbui als een teken van honger aanziet) als ondervoeden (uit vrees voor overvoeding). Is dit het geval, dan kan de verpleegkundige aan de hand van observatie van de voeding en opvolging van de groeiparameters de ouders ervan overtuigen dat hun baby minder of meer voeding nodig heeft. Ook het al dan niet teruggeven van voedsel en de manier van drinken kunnen veel informatie geven over de al dan niet aangepaste hoeveelheden voeding.
- **De soort melkvoeding**  
Ouders krijgen op het vlak van voeding heel veel tips en adviezen uit de omgeving, uit literatuur, enz. Hoewel deze adviezen meestal goedbedoeld zijn, bestaat er geen wetenschappelijk bewijs dat ze helpen. In consensus tussen de werkgroep Voeding van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Vlaamse Pediatrische Diëtisten en Kind en Gezin werden de volgende adviezen opgesteld:

### △ Intolerantie tegenover of allergie voor koemelkeiwitten

Minder dan 3% van de kinderen heeft een koemelkeiwitallergie. Er is een verhoogd risico wanneer minstens één verwante van de eerste graad (ouders of broers of zussen) klinisch aangetoonde tekenen van allergie heeft. Koemelkeiwitallergie kan duidelijk worden vanaf de eerste levensweken, maar kan zich ook op iets latere leeftijd manifesteren. Is het waarschijnlijk dat de baby een koemelkeiwitallergie heeft en geeft de moeder **borstvoeding**, dan kan (na overleg met de arts) aan de moeder gevraagd worden om gedurende 1 à 2 weken geen koemelk of

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

koemelkproducten te gebruiken. Krijgt de baby kunstvoeding, dan kan er na overleg met de behandelend arts op een gehydrolyseerde melk worden overgeschakeld.

**Extensief hydrolysaat** kan enkel helpen als er effectief koemelkeiwitallergie bestaat.

**Sojamelk** is een mogelijk alternatief voor extensieve hydrolysaten (bij koemelkeiwit-allergie), op voorwaarde dat er geen darmaantasting bestaat, maar enkel als tweede keuze bij jonge zuigelingen.

## Δ **Lactosevrije of -arme voeding**

Er bestaan geen argumenten om huilen of kolieken toe te schrijven aan lactose-intolerantie. Lactasedeficiëntie komt zeer zelden voor, zowel in de primaire als in de secundaire vorm. Lactosebeperking of -uitsluiting met de zogenoemde comfortvoedingen heeft hier dan ook geen zin. Om die reden is het zeker niet aangewezen om te stoppen met borstvoeding wegens huilen of kolieken.

## Δ **Beperkingen in de voeding van de moeder (bij borstvoeding)**

Soms wordt er een verband gelegd met de inname van ei, prei, kolen, uien, rabarber, citrusvruchten, druiven, peulvruchten, koffie, noten en kruiden door de moeder de dag of dagen voordien. Er bestaat geen enkel voedingsmiddel waarvan is aangetoond dat het verboden moet worden aan lacterende vrouwen omdat het 'krampen' bij de baby zou veroorzaken. Dit neemt niet weg dat moeders kunnen ontdekken dat er bepaalde voedingsmiddelen zijn waar de baby anders op reageert.

Δ **Thee** op basis van kamille, verbena (ijzerkruid), venkel, zoethout, munt is tegenaangewezen. Tussen de maaltijden heeft een jong kind geen extra vocht nodig. De inname ervan kan interfereren met de totale calorie- en vochtinname en op die manier de inname van voeding bemoeilijken. Het onderscheid tussen placebo en effectief resultaat is onduidelijk.

Δ **Venkelextracten** in de vorm van olie of capsules: efficiëntie kon nooit worden aangetoond. Neurologische complicaties zijn beschreven bij overdosis. Complexvorming met vetoplosbare vitamines en micro-elementen zoals zink en ijzer kan tot deficiënties leiden.

- **Het vlugger introduceren van vaste voeding, een indikkingsmiddel, toevoeging van meel of vezels** bij de kunstvoeding lijkt bij sommige baby's het huilen (tijdelijk) te verminderen, maar bij evenveel baby's heeft dit helemaal geen effect<sup>6</sup>.

6. Voor meer en uitgebreidere informatie hieromtrent verwijzen we graag naar de consensus borstvoeding en kunstvoeding bij zuigelingen, en naar de consensus rond voedingsstoornissen.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

• **De voedingstechniek:** Bij ouders die vragen hebben rond de voedingstechniek, kunnen de volgende algemene adviezen nuttig zijn:

• Bij **borstvoeding** zijn de volgende tips misschien zinvol:

- △ Correct aanleggen is belangrijk om luchthappen te voorkomen, bijvoorbeeld: neemt de baby de tepelhof goed in de mond?
- △ Leg zo veel mogelijk aan op verzoek van de baby.
- △ Drinkt de baby voldoende?
- △ Geef borstvoeding in een rustige omgeving. Zo zijn zowel jij als je baby meer ontspannen.
- △ Het is belangrijk om het kind voldoende lang van één borst te laten drinken alvorens de andere borst aan te bieden.
- △ Geef je kind geen borstvoeding als troost.

• Bij **flesvoeding** kunnen de volgende tips helpen:

- △ Drinkt de baby de melk niet te snel of te traag?
- △ Wordt de flesvoeding correct klaargemaakt? (rollen of schudden, afhankelijk van de soort poeder)
- △ Is de speenopening aangepast aan de melkformule?

- △ Wordt de speen te strak aangeschroefd?
- △ Krijgt de baby te volumineuze maaltijden? Het is beter om meer kleinere maaltijden te geven dan minder grotere maaltijden.

• Verder zijn er nog een aantal **algemene adviezen:**

- △ Laat de baby boeren als dat nodig is.
- △ Laat het kind na de voeding rechtop zitten.
- △ Span de luier niet te strak aan.

Wanneer de ouders deze adviezen opvolgen, zal dikwijls blijken dat er onvoldoende beterschap is. Ouders kunnen ervan overtuigd blijven dat het huilen veroorzaakt wordt door de voeding en kunnen van oordeel zijn dat een wijziging in de voeding de oplossing is. Deze mogelijkheid wordt het best niet uitgesloten, maar je kan vragen om vooraf enkele andere adviezen een kans te geven. Een wijziging in de melkformule kan tijdelijk beterschap brengen, maar de klachten komen vaak vlug terug, wat de ongerustheid van de ouders nog kan vergroten. Onderzoek wijst uit dat het frequent veranderen van voeding niet raadzaam is. Wanneer ouders willen veranderen van voeding, kan je hen het best doorverwijzen naar een arts. Die kan dan de gepaste voeding voorschrijven.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

## *b.5 Rust en regelmaat*

Een baby moet de kans krijgen om zelf zijn gedrag te leren reguleren. Wanneer het reguleren van het huilen volledig door de ouders wordt overgenomen, wordt de baby volledig afhankelijk van externe stimulatie en kan hij niet leren zichzelf te troosten.

Een baby heeft tijd nodig om een bepaalde regelmaat te leren kennen en er zich goed bij te voelen. Wanneer ouders te snel van troosttechniek veranderen, en zowat alles gaan uitproberen, is het leven voor de baby niet voorspelbaar, en dat kan de baby onzeker maken, waarop hij dan weer reageert met huilen. Een vaste dagindeling, een vaste manier van baden, van te slapen leggen (het inbouwen van rituelen dus) enz. kunnen de baby heel wat rustiger maken. Het kan een taak van de verpleegkundige zijn om de ouders te helpen bij het bepalen van een structuur.

Uit Nederlands onderzoek (onderzoeksteam o.l.v. M. l'Hoir en B. Van Sleuwen i.s.m. R. Blom, publicatie onder R. Blom, 2005) leren we dat het aanbieden van rust en regelmaat zeer effectief is in het reduceren van het aantal uren huilen van een baby. In de onderzoeksgroep kregen ouders de volgende adviezen:

### **Δ Zorg voor regelmaat in het dagritme**

Dezelfde opeenvolging van gebeurtenissen: wakker worden – voeding krijgen – bij de ouder even op de schoot zitten / knuffelen – vanaf 6 tot 8 weken alleen 'spelen' in de box – bij vermoeidheidssignalen wakker naar bed – ontwaken – voeding – ...

### **Δ Zorg voor eenduidigheid in de activiteiten**

Slapen doet een baby in zijn eigen wieg of bedje op een rustige plek. 's Nachts heeft de baby een vaste slaapplek. Spelen doet een baby in de box (en daar slaapt hij niet).

### **Δ Zorg voor prikkelreductie**

Met prikkelreductie bedoelt men het vermijden van een teveel aan prikkels door: radio en televisie, het gebruik van een zitschelp (Maxi-Cosi of draagbaar autostoeltje) of wipstoel buiten de voedingsmomenten, het voortdurend vermaken van de baby, slapen in de box, veel bezoek en uitstapjes die het slaapritme van het kind doorkruisen, ...

### **Δ Zorg voor rust**

Een gezonde afwisseling van slapen en waken, een rustige omgeving en niet meer dan één uitstapje per dag.

### **Δ Wanneer de baby slaapt met laken en deken, kan je het bedje strak opmaken**

Een strak en goed ingestopte deken, die reikt tot de kin terwijl de voeten bij het voeteneind liggen, kan het uitschieten van armen en benen beperken, wat de kwaliteit van het slapen ten goede komt.

### **Δ Leg de baby wakker in bed te slapen**



# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

Na vijf dagen daalde het huilen met 51%, wat neerkomt op een gemiddelde daling van 2,1 uur per dag (Cremers et al., 2000).

De bovenstaande adviezen kunnen aan ouders dus zeker een meerwaarde bieden. De regioverpleegkundige kan met de ouders het vaste ritme overlopen en hen motiveren om deze regelmaat vol te houden.

Het huilen kan ook in stand gehouden worden wanneer de baby ervaart dat er op huilen wordt gereageerd met lichamenlijk contact en koesteren. Positieve communicatie met de baby is van groot belang: wanneer de baby rustig is, hebben sommige ouders de neiging om de baby maar te laten liggen en alleen te laten. Net dan is het van groot belang om de communicatie met de baby aan te gaan, zodat de baby leert dat hij niet alleen gekoesterd wordt wanneer hij huilt.

## *b.6 Prikkel en stimuli*

Zoals hierboven al beschreven, hebben niet alle kinderen in dezelfde mate prikkels en stimuli nodig. Sommige kinderen hebben liefst zo weinig mogelijk drukte, terwijl andere kinderen ervaren wanneer er veel te doen is.

De aanwezige prikkels en stimuli moeten aangepast zijn aan de behoefte van de baby.

Het is van belang om samen met de ouders te onderzoeken wat de baby leuk vindt en wat niet, en om de omgeving dan daaraan aan te passen.

De stimuli die onderzocht worden kunnen van tactiele, auditieve of visuele aard zijn.

Sommige kinderen houden helemaal niet van lichte aanrakingen, andere kinderen net wel. De structuur en de stof van kleertjes of dekentjes kunnen de baby irriteren. Sommige kinderen zijn graag heel dicht bij de ouders, terwijl andere kinderen dat dichte contact net bedreigend vinden.

Ook de auditieve stimuli kunnen een invloed hebben op het welbevinden van de baby. Sommige kinderen kunnen maar omgaan met het geluid van één stem, en worden onrustig wanneer er meerdere stemmen door elkaar spreken. Achtergrondgeluiden, zoals bijvoorbeeld de televisie, kunnen voor sommige baby's erg irriterend zijn, terwijl andere baby's dat gezoem net interessant vinden.

Ten slotte kan het kind te veel of te weinig visuele stimuli krijgen. Bijna geen enkele baby houdt van fel licht. Intense kleuren en ingewikkelde visuele patronen zijn voor bepaalde baby's heel interessant, en ze kijken er gespannen naar, terwijl andere baby's dit helemaal niet prettig vinden.

Kinderen moeten dus gestimuleerd worden in een mate die voor hen prettig is. Overstimulatie is bedreigend en onderstimulatie is vervelend. Het kan voor ouders een hele opgave zijn om uit te zoeken wat bij hun kind en henzelf het beste past, en hulp kan daarbij aangewezen zijn.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

## c. Plusmodule

De kern van een basismodule is ouders te informeren. Soms is het geven van informatie echter onvoldoende, en kunnen we ouders ondersteunen door een plusmodule aan te bieden. Een plusmodule kan bestaan uit één of meerdere contacten en kan worden aangeboden zeer kort na de vaststelling dat ouders meer nodig hebben dan informatie en algemeen advies.

Bij het aanbieden van een plusmodule ‘baby’s die overmatig huilen’ gaan we uit van de perceptie van de ouders: de ouders vinden dat hun baby overmatig huilt.

Plusmodules die in het kader van ‘baby’s die overmatig huilen’ kunnen worden aangeboden, zijn het spreekuur opvoedingsondersteuning en de kortdurende videohometraining (deze laatste alleen in een beperkt aantal regio’s). We beschrijven de modules in het kort.

### c.1 Spreekuur opvoedingsondersteuning

#### Δ Analysefase: Beeld van de specifieke opvoedingsituatie

Ouders die aangeven dat de zorg voor hun huilende baby hen moeilijk valt en die vragen hebben over de aanpak van het huilen, hebben meer nodig dan louter informatie.

Voor de spreekuurhouder is het van belang eerst een goed zicht te krijgen op de huilsituatie. Tijdens de analyse van het huilen is het van groot belang dat de ouders zich begrepen en ondersteund voelen.

Het omgaan met een huilbaby legt een grote druk op ouders: ze voelen zich vaak schuldig en de omgeving legt ook vaak de oorzaak bij de ouders.

Ouders moeten de kans krijgen om hun hart te luchten en hun eventuele negatieve gevoelens te uiten. Empathisch luisteren, meevoelen en de nodige tijd nemen is hier de boodschap!

In de analysefase is het van belang nog niet te veel adviezen te geven, aangezien dit bij de ouders de indruk zou kunnen wekken dat het huilen makkelijk op te lossen is, terwijl zij niet in staat waren de – simpele – oplossing zelf te vinden.

Allereerst is het van belang om een zicht te krijgen op het huilgedrag. Huilt deze baby inderdaad excessief? Op welke leeftijd is dit begonnen? Huilt de baby echt, of is het eerder jengelen en een algemene onrust? Is de baby te troosten?

Het zicht krijgen op het huilgedrag kan op verschillende manieren. Men kan vragen om een normale dag te beschrijven. De meeste ouders zijn daar goed toe in staat en voelen zich niet onmiddellijk bedreigd of veroordeeld omdat ze dat moeten doen. Door de beschrijving van een volledige dag krijgen we meer inzicht in de baby, in de verzorging en in de manier van omgaan met de baby. Een bijkomend voordeel is dat de ouders al de kans krijgen om hun hart te luchten. Ouders hebben het soms moeilijk om objectief naar het huilgedrag te kijken. In hun beleving huilt de baby de hele dag door, los van bepaalde momenten. Door een volledige dag te laten beschrijven krijgt men al een iets beter beeld van het huilgedrag van de baby. Dit beeld is natuurlijk subjectief ingekleurd.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

De volgende gegevens zijn van belang om een goed beeld te krijgen van de huilsituatie:

- Wat is het probleem? Dit kan het huilen zijn, maar ook het gevoel van de ouders, ...
- Doet de huilsituatie zich altijd op dezelfde manier voor?
- Wanneer en hoe vaak huilt het kind?
- Hoe lang duurt een huilbui?
- Waar bevindt de ouder / het kind zich?
- Hoe lang maakt de ouder zich al zorgen over het huilen?
- Wat is het effect van het huilen op de ouder en op het gezin?
- Hoe reageert de omgeving op het huilen?
- Is er ondersteuning vanuit de omgeving?
- Hoe reageert de ouder meestal? Doen de beide partners dit?
- Wat wil de ouder veranderen?
- Wat heeft de ouder al geprobeerd om het huilgedrag te veranderen?

Uit de verzameling van deze gegevens kan men een goed beeld krijgen van de situatie. Dit beeld is natuurlijk nog altijd subjectief, het is het verhaal van de ouder.

Om een objectiever beeld te krijgen, kan het huilboek gebruikt worden. In het huilboek is een etmaal verdeeld in segmenten van een halfuur. Aan de ouders wordt gevraagd 5 of 6 maal per dag het huilboek in te vullen. Het huilboek is verdeeld per 10 minuten. Ouders vullen (aan de hand van symbolen) in wat de baby doet: slapen, eten, huilen, zeuren, tevreden zijn, ...

Bij de observatie is het van belang dat de baby niet verhinderd wordt in het huilen. De observatie geeft de ouders ook rust: de baby mag huilen, want er is iemand die wil weten hoe en wanneer de baby huilt. Observatie is afstand nemen.

Door het invullen van het huilboek krijgen de ouders en de regioverpleegkundige grip op de tijd en een objectief beeld van de duur van het huilen, slapen, tevreden zijn. Ouders kijken op afstand naar de realiteit, en dit kan voor hen de situatie al hanteerbaarder maken.

Een tweede belangrijke stap in de analyse is het uitsluiten van medische oorzaken voor het gehuil van de baby. Zoals hierboven al beschreven, kan men in 5 à 10% van de gevallen een medische oorzaak vinden. Voor het medisch onderzoek verwijzen we door naar de behandelend arts.

Een laatste stap in de analysefase is het kijken naar het algemene welbevinden van de ouder, de interacties tussen ouder en kind en de graad van stress die ontstaat door het leven met een huilbaby. Hoe spreekt de moeder over de baby? Is er voldoende structuur in het dagelijkse leven van de baby? Waar slaapt de baby? Hoe troost de moeder de baby? Hoe voelt de moeder zich? Zorgen de ouders voldoende voor zichzelf?

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

Deze informatie kan verkregen worden via het beschrijven van een dag. Ook hier is het weer van groot belang dat de ouders zich vrij voelen om te vertellen, zonder dat ze zich beschuldigd voelen.

## Δ Samen inzicht verwerven in de opvoedings- situatie

Zodra je een goed zicht hebt op de situatie, kan je samen met de ouders gaan zoeken naar inzichten. Dit houdt in: samen met de ouders uitzoeken wat de oorzaken van het huilen zouden kunnen zijn. Hebben de ouders een idee waarom hun kind zo huilt? Kunnen de ouders het huilen situeren in de ontwikkelingsfase waarin hun kind zich bevindt? Kan het huilen te maken hebben met bepaalde kindfactoren, ouderfactoren of factoren in de omgeving, of met de interactie tussen ouders en kind?

## Δ Handelen

Zodra er inzicht is in de mogelijke oorzaken van het huilen, kan er samen met de ouders nagegaan worden welke veranderingen in de situatie mogelijk zijn om meer rust en regelmaat te brengen. Het is van belang te kijken naar de ouders en de baby, en samen met de ouders uit te zoeken welke aanpak het best bij hen past. Het is belangrijk dat de ouders volledig achter de aanpak staan, anders zullen ze de aanpak moeilijk kunnen volhouden. Zodra er een akkoord is over de aanpak, kunnen er haalbare doelen gesteld worden, die op hun beurt bij een later contact kunnen worden geëvalueerd.

## c.2 Kortdurende Videohometraining (VHT) positieve interactie op gang brengen

Wanneer ouders het moeilijk hebben om de signalen van hun kind te herkennen en hun aanpak daarop af te stemmen, kan kortdurende VHT ingezet worden.

Aan de ouders wordt uitgelegd wat kortdurende videohometraining is en er wordt met het gezin een afspraak gemaakt om een kort stukje te filmen (een alledaagse situatie zoals bv. een eetsituatie of een badsituatie).

Dit filmpje wordt door de verpleegkundige geanalyseerd en geselecteerd aan de hand van interactieprincipes. Dit wordt aan de ouders getoond en met hen besproken.

De videobeelden zijn op deze manier een middel om een aantal basisprincipes van communicatie in de omgang tussen ouders en kind te verduidelijken en vooral om de ouders deze zelf te laten ontdekken.

Bij ouders van huilbaby's gaat het erom dat:

- ouders een nieuw kindbeeld krijgen;
- huilen als een ontwikkelingsdrang gezien wordt;
- ouders opnieuw geactiveerd worden in hun communicatie met het kind; ouders van een excessief huilende baby zijn vaak stilgevallen: ze gebruiken enkel nog sussende woordjes en communiceren weinig met hun kind;
- de afstemming van vraag en antwoord duidelijk wordt: de baby neemt het initiatief tot communicatie, de ouder ziet deze signalen en geeft een passend antwoord;
- ouders kunnen genieten van hun kind.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

De begeleiding is kortdurend (maximaal 5 contacten) en wordt maar in een beperkt aantal regio's aangeboden.

## **d. Informatiedragers voor ouders**

Naast de basismodules en de plusmodules kunnen ouders ook informatie vinden:

- in het boek 'Het ABC van baby tot kleuter'
- op de website van Kind en Gezin

## 5.2 ANDERE VORMEN VAN AANPAK

### **a. Inbakeren**

Wanneer een jonge baby onrustig is bij het in- of doorslapen, wordt het kind soms op de buik gelegd omdat (ervaren wordt dat) het kind dan rustiger slaapt. Onderzoek bevestigt inderdaad een gewijzigd slaappatroon bij kinderen in buikligging, waarbij een langere diepe slaap en minder mo-torische onrust wordt vastgesteld. Vooral bij jonge zuigelingen verhoogt die slaaphouding de kans op wiegendood. Om die reden wordt buikligging als aanpak van onrustig (in- en door-)slapen absoluut afgeraden.

Daarom wordt er naar alternatieven gezocht. Het beperken van de bewegingen van een kind door middel van fixeren, stevig toedekken met laken en deken, samen in hetzelfde bed slapen als de ouder(s) en inbakeren zijn andere mogelijkheden die in wisselende mate van veiligheid en efficiëntie kunnen bijdragen tot een rustiger slaap.

Fixeren met riemen of katoenen materiaal wordt afgeraden wegens het gevaar voor inklemming en verstikking.

Samen in hetzelfde bed als de ouder(s) slapen is af te raden wegens de té warme omgeving en het reële gevaar dat de ouder onbewust op de baby gaat liggen.

Inbakeren is in verschillende culturen een gangbare manier om kinderen te slapen te leggen. Ook in de westerse cultuur is inbakeren de laatste jaren populair geworden, zonder dat er onderzoek gebeurd was naar effectiviteit en/of veiligheid.

Onlangs zijn de resultaten van een Nederlands onderzoek (onderzoeksteam o.l.v. M. l'Hoir en B. Van Sleuwen, publicatie onder R. Blom, 2005) bekend geworden. Tussen 2001 en 2003 werd er een gerandomiseerd onderzoek verricht bij 428 baby's die vóór de leeftijd van 12 weken aangemeld werden met een probleem van excessief huilgedrag. Alle ouders kregen de adviezen met betrekking tot rust en regelmaat en verlaagde stimulatie. De helft van de onderzoeksgroep werd daarbij ook ingebakerd (voor zover er geen contra-indicatie bestond).

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

Het resultaat van het onderzoek na een periode van 3 maanden is het volgende:

- In beide groepen verminderde het aantal excessief huilende kinderen met meer dan 75%.
- Ingebakerde kinderen sliepen rustiger, d.w.z. ze waren minder beweeglijk.
- Ingebakerde kinderen werden minder makkelijk gewekt door externe stimuli.
- De eerste dagen was er een verschil tussen het huilen bij ingebakerde kinderen en niet-ingebakerde kinderen – de niet-ingebakerde kinderen huilden de eerste dag van het toepassen van rust en regelmaat meer dan voorheen.
- Er was geen verschil in excessief huilgedrag tussen beide groepen na een periode van 3 maanden.
- Bij de kinderen die de eerste maal ingebakerd werden na de leeftijd van 7 weken, werd geen toegevoegd effect gezien.

Dit onderzoek toont aan dat inbakeren er bij enkele kinderen voor kan zorgen dat zij rustiger doorslapen. Aangezien er de eerste dagen wel een verschil is tussen ingebakerde en niet-ingebakerde kinderen, kan er bij ouders die de uitputting nabij zijn wel gekozen worden voor inbakeren. Maar wanneer we de resultaten vanaf de eerste week bekijken, blijkt dat de ondersteuning van de ouders naar regelmaat en beperking van de stimulatie van kinderen belangrijker is als interventie dan het inbakeren zelf.

Hoewel inbakeren in sommige situaties een beperkt effect toont (altijd in combinatie met rust en regelmaat toe te passen!), wordt de methode niet actief gepromoot door Kind en Gezin. Voor meer uitgebreide informatie over het veilig inbakeren en het standpunt van Kind en Gezin over inbakeren verwijzen we naar de bijlage 1.

## **b. Osteopathie**

Hoewel verschillende ouders aangeven dat enkele sessies bij een osteopaat het huilen van de baby gereduceerd hebben, is er geen enkel wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat er een significant verschil is tussen huilbaby's die wel een behandeling en huilbaby's die geen behandeling gekregen hebben. Tot op heden kunnen er geen correcte wetenschappelijke gegevens voorgelegd worden waaruit blijkt dat osteopathie een volwaardig alternatief is als behandelingsvorm en zijn alle bewijsvoeringen gebaseerd op populariteit, casuïstiek, spontane regressie of toeval. We kunnen hier zeker niet spreken van evidence based medicine. Verder zijn er op dit moment geen gegevens voorhanden die garanderen dat er bepaalde veiligheids- en kwaliteitsnormen in acht genomen worden bij een osteopathische aanpak.

Doorverwijzen naar een osteopaat wordt vanuit Kind en Gezin dus niet gedaan. Voor meer uitgebreide informatie en het standpunt van Kind en Gezin verwijzen we naar de bijlage 2.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

## c. *KISS-syndroom (Kopgewrichtsinvloed bij storingen in de symmetrie)*

Het KISS-syndroom wordt enkel vermeld door H. Biedermann in de Duitse orthopraktische literatuur als verzamelnaam voor de gevolgen van een instabiliteit van de cervicale wervels C1 – C2, gepaard gaand met torticollis, cervicale scoliose, asymmetrie van hoofd of achterhoofd, aanwezigheid van een KISS-vlek (kale vlek aan de zijkant van het achterhoofd), vaste onveranderlijke slaaphouding, onrustige slaap met huilend wakker worden, asymmetrische motoriek van armen en benen, gevoelige nek bij aanrakingen zoals tijdens de verzorging, verminderde eetlust en koortsaanvallen zonder duidelijke oorzaak.

Er bestaat geen wetenschappelijke onderbouw voor dit 'syndroom' in de medische literatuur.

De klinische tekenen die door Biedermann worden ondergebracht onder die noemer en met een bepaalde manuele (orthopraktische) techniek worden behandeld, zijn echter wel goed bekend en worden in de klassieke geneeskunde zeker ook opgevolgd.

We merken een aantal veranderde gewoonten waarbij kleine baby's:

- niet op een correcte manier worden opgetild, namelijk met de armen gestrekt in plaats van gebogen en naar de middellijn toe;
- te weinig gedragen en niet correct ondersteund worden;
- te weinig gevarieerde houdingen aannemen: ze worden bijna uitsluitend en te lang op de rug gepositioneerd; dit op de rug liggen wordt als veilige slaaphouding sterk aanbevolen ter preventie van wiegendood; in wakkere toestand ligt de baby beter niet altijd op de rug;
- te weinig gevarieerde prikkels aangeboden krijgen.

Hierdoor zijn er steeds meer baby's die geblokkeerd raken in hyperextensie van de rug en ledematen en daarnaast ook in een asymmetrische houding liggen, wat de normale ontwikkeling en de oog-handcoördinatie tegengaat.

Deze kinderen gaan vaak meer huilen, waardoor ze nog meer gaan overstrekken en in asymmetrische houding terecht komen. Op die manier raken deze kinderen in een vicieuze cirkel en lopen ze het risico om op de leeftijd van 2 à 3 maanden geblokkeerd te raken in overstrekken en asymmetrie. Ze vertonen afplatting en vervorming van de schedel, bewegen zich sterk asymmetrisch, zijn erg prikkelbaar en vertonen vaak excessief huilgedrag.

Bij vermoeden van een dergelijke problematiek is een goed gesprek met het in kaart brengen van het huilgedrag en met het attent maken op foutieve stimulatie en overstimulatie belangrijk.

# 5. Aanpak- ondersteunings- mogelijkheden voor ouders

Er is geen wetenschappelijk bewijs dat een manueel-therapeutische behandeling van kinderen met verschijnselen van het zogenoemde KISS-syndroom een gunstig effect zou hebben op de klachten. Verwijzing (enkel) naar de behandelend arts voor diagnostiek en opvolging is zeker nodig, zodat andere oorzaken van overstrekken en asymmetrische bewegingen kunnen worden uitgesloten. Na een correcte diagnose door de behandelend arts wordt vaak met kinesitherapie gestart om deze kinderen te helpen uit de asymmetrie te raken en overstrekken te voorkomen. De ouders en verzorgers zullen adviezen krijgen over een correcte houding, heffen, voeden en verzorgen.

## **d. Medicatie, homeopathie en/of kruiden**

Medicatie zoals antiallergische middelen, hoestsiropen en slaapmiddelen kunnen de slaap bevorderen en het huilen doen verminderen. Toch worden deze middelen zeer sterk afgeraden wegens de potentiële gevaren van sedatie (onderdrukken van de ademhaling met slaapapnoe tot gevolg).

Sommige kruiden die vaak in de vorm van thee, extracten, tinctuur, ... toegediend worden, zijn tegenaangewezen wegens het niet bewezen effect en wegens het gevaar voor neurologische bijwerkingen. Daarbij komt dat kinderen die voldoende fles- of borstvoeding krijgen, geen behoefte hebben aan extra vochtinname.

Overmatig gebruik van kruidenthee houdt ook risico's in op anorexie, hypotonie en apathie.



# 6. Literatuur

- Barr R.G., The normal crying curve: what do we really know? In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 356-362.
- Barr R.G. (e.a.), *Crying as a Sign, a Symptom and a Signal. Clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying*, Mac Keith Press, 2000.
- Barr R.G., Crying in the first year of life: good news in the midst of distress, In: *Child: Care, Health and Development*, 24-5, 425-439.
- Barr R.G., Management of clinical problems and emotional care: Colic and Crying Syndromes in Infants, In: *Pediatrics*, 1998, 102: 1282-1286.
- Barth R. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2000.
- Blancke L. en GVO-team, dossier 'Huilen en huilbaby's' voor gezondheidswerkers / intermedicijnen van Kind en Gezin: Brussel, Kind en Gezin, 1998.
- Blom R., *Regelmaat brengt rust. Een handleiding voor het bieden van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie*, De Bakermat, 2005.
- Brazelton T.B., Crying in infancy, In: *Pediatrics*, 1962, 29: 579-588.
- Buskop-Kobussen, *Slapen of huilen in Balledux ea., Hoog bereik. Doel bereikt?*, Van Gorcum, Assen, 1993.
- Carlier S. en Casier V. (o.l.v. Hellinckx en Grietens), *Huilgedrag bij jonge kinderen. Onderzoek naar discriminerende opvoedings-, gezins- en kindfactoren*, Licentiaatsthesis KU Leuven, on-uitgegeven publicatie, 2003.
- Dihigo SK. *J Pediatr Health care* 1998 Sep-Oct; 12(5):256-62.
- Durieux- Van Rij, *diagnostiek en interventies voor verpleegkundigen in de ouder- en kindzorg*.
- E.A.J. Eggermont. *Het medisch jaar 1998. Kindergeneeskunde. Buitensporig huilen*.
- Eliëns M., *Protocol video-hometraining huilbaby's, Associatie Intensieve Thuisbehandeling/ De Combinatie*, 2003.
- Hellinckx W., Grietens H., Geeraert L., *Hulp bij opvoedingsvragen. Opvoedingsondersteuning tussen 0 en 3 jaar*, Acco, 2002.
- Hill DJ, Hosking CS. *J Pediatr gastroenterol Nutr* 2000;30.
- Kohnstamm R., *Kleine ontwikkelingspsychologie I. Het jonge kind*, Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Lindberg T. *Acta Pediatr* 2000 Jan;89(1):13-7.
- Lucassen PL et al. *BMJ* 1998 May 23;316(7144):1563-9.
- LVT, werkgroep inbakeren, i.s.m. WKZ, *Excessief huilen; preventie en interventie door rust en regelmaat*, concept juni 2005.
- M. L'Hoir en B. van Sleuwen, 'Huilbaby'. In: *Handboek Kinderen & adolescenten*, H 060, p. 1-16, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.

## 6. Literatuur

- Maldonado-Duràn M.J. (red.), Infant and toddler mental health: models of clinical intervention with infants and their families, American Psychiatric Publishing, 2002.
- Michelle M Garrison, Dimitri A Christakis. Pediatrics Vol.106 No.1 Jul 2000.
- Reijneveld SA et al. Arch Dis Child 2000 Oct;83(4):302-3.
- Reijneveld SA, van der Wal MF, e.a., Infant crying and abuse In: The Lancet , 2004, Vol. 364: 1340-1342.
- Sally Wade, Teresa Kilgour. BMJ 2001;323:437-440(25 August).
- Savino F, Oggero R. Minerva Pediatr 1996 Jul-Aug;48(7-8):313-9.
- Solter A.J., De taal van het huilen: positief omgaan met huilen en boosheid van baby's en kinderen tot 8 jaar, De Toorts, 2002.
- St James-Roberts I., Bowyer J., Varghese S., Sawdon J., Infant crying patterns in Manali and London, In: Child Care Health Dev 1994; 20: 323-337.
- St James-Roberts I, Wolke D. Convergences and discrepancies, among mothers' and professionals' assessments of difficult neonatal behaviour. J. Child Psychol Psychiatry. 1988 Jan;29(1):21-42. Erratum in: J Child Psychol Psychiatry 1988 May;29(3):389.
- Uittenbogaard B.P., Stap voor stap, een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen, Uitgeverij SWP, 2003.
- Van de Rijt H. en Plooi F.X., Oei, ik groei! De acht sprongen in de mentale ontwikkeling van je baby, Kosmos-Z&K, 2003.
- Vandenplas Y., Een huilend kind op consultatie; waaraan denkt de kinderarts? Tekst voordracht NVKVV studiedag, 1995, AZ kinderen VUB.
- Werkgroep voeding, VVK, Excessief huilen – kolieken, 2003.
- Weisman et al. J Pediatr 1993;122:650-2.
- Wessel M.A. et al, Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called 'colic', In: Pediatrics, 1954, 14: 421-434.
- Wessel MA et al. Pediatrics 1954;14:421-35.
- Wolke D., Gray P., Meyer R., Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. Pediatrics. 1994 Sep;94(3):322-32.
- Wolke D., Rizzo P., Woods S., Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. Pediatrics. 2002 Jun;109(6):1054-60.
- Zeskind PS, Barr RG., Child Dev 1997 Jun;68(3):394-403.



# Bijlage 1: Het standpunt van Kind en Gezin over inbakeren

27 september 2005

Standpunt over inbakeren

## INLEIDING

Inbakeren is een middel dat vroeger in verschillende culturen (Indiaanse populatie, Rusland, Midden-Oosten, Azië, Noord-Afrika) op verscheidene manieren werd toegepast en daar nog altijd wordt gebruikt (van Sleuwen et al. 2003; EAS Nelson et al., 2000, Wilson 2000).

De laatste jaren komt dit gebruik meer en meer in de belangstelling, ook in onze streken, vooral bij het zoeken naar een geschikte aanpak van onrustige kinderen.

Bij het inbakeren wordt een kind, vooraleer het te slapen gelegd wordt, door middel van katoenen doeken gewikkeld van schouders tot tenen met de bedoeling de beweeglijkheid van de ledematen van het kind sterk te beperken en daardoor het kind rustiger te laten inslapen. Deze methode kan beschouwd worden als tijdelijk hulpmiddel bij kinderen die moeilijk inslapen en/of moeilijk doorslapen en aldus al gauw oververmoeid raken, met als gevolg vaak excessief huilgedrag.

Inbakeren kan bij een beperkt aantal kinderen met slaapproblemen en overmatig huilen soms soelaas brengen, op voorwaarde dat met een aantal belangrijke aandachtspunten rekening wordt gehouden. Er zijn inderdaad aan inbakeren potentiële risico's verbonden, reden waarom dit hulpmiddel zeker niet veralgemeend mag worden geïntroduceerd.

Het is de bedoeling om in deze tekst een aantal zaken op te sommen, zodat inbakeren in de juiste context kan worden geplaatst.

### *Huilgedrag van jonge kinderen*

Een relatief groot deel (tot 10 à 20%) van de totale zuigelingenpopulatie vertoont een huilpatroon dat afwijkt van het normale. De normale rijpingscurve van het huilgedrag toont een geleidelijke toename in tijd gedurende welke een kind huilt in de loop van de dag tot een piek bereikt wordt op de leeftijd van 6 weken, waarna het wenen afneemt in tijd naar de leeftijd van 3 maanden toe.

Onderzoek toont aan dat het informeren van de ouders, het maken van lange autoritten of niets doen eenzelfde resultaat geeft: het huilgedrag gaat in de loop van de tijd verminderen (Parkin PC 1993).

Overmatig huilen (lange tijd huilen en/of heel frequent huilen) maakt dat de jonge kinderen al snel een tekort aan slaap vertonen en in een vicieuze cirkel terechtkomen. Polysomnografisch onderzoek toont duidelijk aan dat zelfs na een paar uur slaapttekort afwijkend slaappatroon en wekrespons kan teweegbrengen met obstructieve apneus als gevolg (Franco et al. 2004). De gevolgen van obstructieve apneus en levensbedreigende situaties (ALTE) bij jonge kinderen zijn al eerder aangetoond.

Een kind en de omgeving van een kind met overmatig huilgedrag moeten daarom wel degelijk begeleid en ondersteund worden.

Ook wanneer de verwachtingen van de ouders tegenover het kind niet overeenkomen met het gedrag en de gewoonten van het kind en ze aangeven dat naar hun perceptie het kind abnormaal veel en lang weent, moet er ondersteuning geboden worden en is het niet voldoende uitleg te geven over de spontane evolutie van het huilpatroon (La Gasse LL 2005).

De aanpak van kinderen met excessief huilgedrag moet in eerste instantie bestaan uit het informeren en het ondersteunen van de ouders. Aanvullende methodes van aanpak zijn zeker nodig. Er bestaat een reëel gevaar dat ouders allerlei foute tips gaan volgen en onverantwoorde en risicovolle troosttechnieken gaan gebruiken en het kind op die manier onbewust of ongewild in gevaar brengen.

Kinderen met excessief huilgedrag worden soms op de buik te slapen gelegd, omdat ze in die houding rustiger zijn en makkelijker tot inslapen en doorslapen komen. Wegens de verhoogde kans op wiegendood bij jonge kinderen in buikligging wordt die aanpak absoluut afgeraden en moet er naar andere vormen van interventie gezocht worden.

Soms schudt de ouder het kind heftig door elkaar om het huilen te doen stoppen, waardoor het kind blootgesteld wordt aan het risico van 'shaken infant syndrome' (SA Reyneveld et al 2004).

De vaak gebruikte methodes waarbij het kind nog extra geprikkeld wordt zoals muziek opzetten, tv-kijken, het kind plaatsen in een al dan niet automatisch wippend relaxzitje, automatisch schommelende wieg (Huhtala 2000), autoritten, het kind in een draagdoek overal naartoe brengen, hebben alleen maar een negatief effect.

Als belangrijkste interventie is er het invoeren van rust en regelmaat in de verzorging van de kinderen. Onderzoek toont aan dat wanneer rust en regelmaat wordt ingevoerd, dit een duidelijk positief effect heeft op het huilgedrag tegenover een controlegroep waar geen interventie gebeurde (Wolke 1994).

Daarnaast kunnen aanvullende zaken zoals massage of inbakeren extra ondersteuning brengen, echter met wisselend resultaat.

## ***Aanpak overmatig huilgedrag***

Voordat mag worden begonnen met inbakeren als deel van de aanpak van een kind met overmatig huilpatroon, moeten een nauwkeurige anamnese, een voedingsanamnese en een klinisch onderzoek uitgevoerd worden teneinde eventuele fysieke oorzaken van het huilgedrag uit te sluiten. Dat betekent dat elk overmatig huilend kind door de consultatiebureau-arts en bij verwijzing door de behandelend arts moet worden onderzocht.

Wanneer er geen fysieke oorzaak voor het huilen gevonden wordt, kan naast de aanbeveling van rust en regelmaat eventueel inbakeren overwogen worden.

De arts zal echter ook steeds moeten nagaan of er contra-indicaties voor inbakeren bestaan.

### **EFFECT VAN INBAKEREN**

Polysomnografisch onderzoek toont een significant verschillend slaappatroon bij kinderen die ingebakerd worden tegenover niet-ingebakerde kinderen: ze slapen langer door, met minder vaak spontane wekrespons; anderzijds bestaat er wel een vluggere respons met ontwaken na prikkels met omgevingsgeluiden (Franco et al. 2004 en 2005).

Kinderen, en zeker de habituele primaire buikslapers (die steeds op de buik te slapen gelegd worden), aanvaarden inbakeren en op de rug te slapen gelegd worden goed, op voorwaarde dat het inbakeren de bewegingen van heupen en borstkas niet beperken. Op die manier zou inbakeren kunnen helpen bij buikslapers om te leren op de rug te slapen en aldus de kans op wiegendood bij die kinderen wegens de risicovolle slaaphouding in gunstige zin kunnen beïnvloeden (Gerard CM et al. 2003).

Bij prematuur geboren kinderen met een zeer laag geboortegewicht kan inbakeren door toedoen van juiste positionering de neuromusculaire ontwikkeling in gunstige zin beïnvloeden (Short M.A. 1996).

Een kleiner onderzoek toont aan dat bij kinderen met neonatale neurologische problemen inbakeren een meer rustgevend effect heeft tegenover de groep kinderen die met babymassage werd 'geholpen' (S. Ohgi 2004).

Deze kinderen behoren tot een specifieke groep en zijn niet de doelgroep van de preventieve zuigelingenbureaus.

## MOGELIJKE RISICO'S VERBONDEN AAN INBAKEREN

### 1. Leeftijd

Inbakeren kan gebeuren vanaf zeer jonge leeftijd.

Wegens mogelijke interferentie met het leren (h)erkennen van de signalen van het kind (zoals honger, slaperig worden, vraag om extra niet-nutritief te zuigen) en met de start van borstvoeding wordt er afgeraden dit tijdens de eerste levensdagen en -weken te gaan gebruiken.

Vanaf de leeftijd van vier maanden en uiterlijk op de leeftijd van zes maanden mag niet meer worden ingebakerd wegens de neuromotore ontwikkeling en daardoor de stijgende kans op secundaire buikligging, waarbij het ingebakerd zijn het voor het kind onmogelijk maakt om terug om te rollen naar een veilige slaaphouding in rugligging.

### 2. De heupen

In verband met het gevaar voor de ontwikkeling van heupproblemen moet een kind zowel in wakkeres periodes als tijdens de slaap de beentjes kunnen spreiden en plooiën, wat bij een strak ingebakerd kind onmogelijk wordt (Kutlu A. 1992).

### 3. Warmtestuwing

Warmtestuwing is een risicoverhogende factor voor het voorkomen van wiegendood. Een veilige slaapomgeving met aandacht voor bed, bedmateriaal en omgevingstemperatuur kan dit helpen voorkomen.

Bij het inbakeren moet het hoofd en zeker het gezicht altijd worden vrijgehouden om de warmte-uitwisseling die bij jonge kinderen voornamelijk via het hoofd gebeurt mogelijk te maken (Van Gestel et al. 2002).

Een ingebakerd kind kan een toevallig over zijn gezicht gegleden deken niet wegduwen. Aangezien het bekend is dat dit risico nog veel groter is bij gebruik van een (synthetisch of natuurlijk) dekbed, wordt dit zeker afgeraden.

Bij koorts ten gevolge van een infectie of na de primovaccinaties is de kans op warmtestuwing groter. Daarom wordt in die omstandigheden inbakeren ontraden.

## CONTRA-INDICATIES VAN INBAKEREN

### 1. Absolute contra-indicaties

- leeftijd van het kind: jonger dan 2 weken, ouder dan 4 maanden
- risico op heupdysplasie: familiale anamnese, stuitligging, meisje
- koorts
- 24 uur na toedienen van primo-vaccin vanwege de kans op koorts
- ernstige luchtweginfectie
- structurele scoliose

### 2. Relatieve contra-indicaties: enkel na overleg met arts

- braken
- eczeem
- neurologische afwijkingen
- pre-dysmature kinderen

## EFFECT VAN INBAKEREN OP EXCESSIEF HUILGEDRAG

In een bovenvermeld onderzoek (Wolke 1994) werd het resultaat van de invoering van rust en regelmaat in de verzorging en omgang met jonge kinderen als aanpak van overmatig huilgedrag aangetoond.

Een gerandomiseerd onderzoek, uitgevoerd in Nederland, toont aan dat inbakeren samen met rust en regelmaat een positief effect heeft op het huilgedrag, en dit al vanaf de eerste dagen van de interventie. Op termijn is er echter geen significant verschil in het huilgedrag tussen de groep ingebakerde kinderen en de groep niet-ingebakerde kinderen.

Wanneer de leeftijd van de onderzochte kinderen nader bekeken wordt, ziet men bij de groep waarbij met inbakeren gestart wordt tussen 2 en 7 weken een iets beter resultaat met rust-regelmaat-inbakeren ten opzichte van rust-regelmaat. In de leeftijdsgroep waarbij met inbakeren gestart wordt tussen 8 en 13 weken is het verschil niet significant (M.P. L'Hoir en van Sleuwen 2005).

Uit de resultaten van beide onderzoeken samen kunnen we afleiden dat rust en regelmaat de meest geschikte aanpak is voor excessief huilende jonge kinderen.



## INBAKEREN ALS DEEL IN DE AANPAK VAN OVERMATIG HUILGEDRAG

### 1. Kinderen met overmatig huilgedrag moeten geholpen worden en verdienen extra aandacht.

Om organische afwijkingen uit te sluiten moet een grondige (voedings-)anamnese en een klinisch onderzoek uitgevoerd worden door de arts.

Het huilpatroon moet geobjectiveerd worden door middel van een dagboek en een huilkaart.

### 2. Als antwoord op de ervaring dat ouders met een overmatig huilend kind of ouders die hun kind ervaren als overmatig huilend vaak grijpen naar risicovolle troostmethodes (buikligging als slaaphouding, schudden) of methodes waarvan de efficiëntie niet kan worden aangetoond (lang in draagdoek, autoritten) willen we het volgende standpunt naar voren brengen:

a. De voornaamste en zeer efficiënte interventie is het brengen van rust en regelmaat in het verzorgingspatroon, waarbij ouders moeten worden begeleid in de verzorging van hun kind en hierbij ondersteund moeten worden in het hanteren van een (door het kind bepaald) vast eet- en slaapritueel.

b. Daarnaast en enkel ter aanvulling kunnen sommige kinderen gebaat zijn met andere vormen van interventie, waaronder **inbakeren** bij elke slaaperiode. Wanneer het inbakeren op een veilige en verantwoorde manier gebeurt en de risico's op wiegendood, verstikking en heupluxatie laag gehouden worden, kan inbakeren bij een aantal kinderen helpen.

c. Wanneer er geen effect is na enkele dagen inbakeren, moet het kind opnieuw medisch nagekeken worden om eventueel duidelijk geworden afwijkingen of pathologieën op te sporen.

### 3. Correct inbakeren moet als volgt gebeuren:

- niet tijdens de eerste levensdagen en -weken;
- op een correcte manier, aangeleerd door een ervaren persoon;
- onderste én bovenste ledematen ingebakerd;
- hoofd en gezicht volledig vrij;
- rugligging als slaaphouding;
- in veilige slaapomgeving (bedmateriaal, omgevingstemperatuur, rookgedrag, lichte kleding, toezicht);
- inbakermateriaal en kleding mag geen warmtestuwing veroorzaken;
- borstkas behoudt normale beweeglijkheid;
- onderste ledematen moeten in staat zijn te spreiden en te plooien ter hoogte van heupen en knieën;
- inbakeren moet afgebouwd worden vanaf de leeftijd van 4 maanden en gestopt zijn uiterlijk op 6 maanden.

## STANDPUNT VAN KIND EN GEZIN

1. Rekening houdend met andere gebruiken uit andere culturen, kunnen regioteamleden geconfronteerd worden met inbakeren.
2. Inbakeren kan enkel onder bepaalde voorwaarden, rekening houdend met de mogelijke nadelige gevolgen, en enkel als de inbakertechniek correct wordt toegepast.
3. Kind en Gezin wil inbakeren als methode niet actief promoten.

## Referenties

1. Infant care practices related to cot death in Turkish and Moroccan families in the Netherlands. B.E. van Sleuwen et al. *Arch Dis Child* 2003;88:784-88.
2. Child Care Practices in Nonindustrialized Societies. EAS Nelson et al. *Pediatrics* 2000;105:75.
3. Cree infant care practices and Sudden Infant Death Syndrome; Wilson CE. *Can J. Publ Health* 2000 Mar-Apr;91(2):133-6.
4. Influence of swaddling on Sleep and Arousal Characteristics of Healthy Infants. P. Franco et al. *Pediatrics* 2005;115:1307-11.
5. Spontaneous Arousals in Supine Infants while Swaddled and Unswaddled during Rapid Eye Movement and Quiet Sleep. C.M. Gerard et al. *Pediatrics* Vol.110 No.6 Dec 2002,pp e70.
6. Increased cardiac automatic responses to auditory challenges in swaddled infants. Franco et al. *Sleep* 2004 Dec15;27(8):1527-32.
7. Physiologic studies on swaddling: an ancient child care practice, which may promote the supine position for infant sleep. Gerard C.M. et al. *J. Pediatr* 2002 Sep;141(3):398-403.
8. The effects of swaddling versus stand positioning on neuromuscular development of very low birth weight infants. Short M.A. et al. *Neonatal Netw.*1996 Jun;15(4):25-31.
9. Congenital dyslocation of the hip and its relation to swaddling used in Turkey. Kutlu A et al. *J Pediatr Orthop.*1992 Sep-Oct;12(5):598-602.
10. Risks of Ancient Practices in Modern Times. J.P. van Gestel et al. *Pediatrics* 2002;120:78.
11. Randomised Controlled Trial of Three Interventions in the Management of Persistent Crying in Infancy. Parkin P.C. et al. *Pediatrics* 1993 Aug;92(2):197-201.
12. Decreased Arousals among Healthy Infants after Short-Time Sleep Deprivation. P. Franco et al. *Pediatrics* 2004;124:192-97.
13. Randomised controlled trial of swaddling versus massage in the management of excessive crying in infants with cerebral injuries. S. Ohgi et al. *Arch Dis Child* 2004;89:212-16.
14. Infant Massage Compared with Crib Vibrator in the Treatment of Colicky Infants. Virpi Huhtala et al. *Pediatrics* 2000;105:84.
15. Assessment of Infant Cry: acoustic cry analysis and Parental Perception. LaGasse L.L. et al. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.*2005;12(1):83-93.
16. Infant crying and abuse; S.A. Reyneveld et al. *Lancet* 2004;364:1340-42.
17. Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. Wolke D. *Pediatrics* 1994 Sep;94(2):322-32.
18. The Efficacy of Swaddling in Infants Who Cry Excessively; a randomised controlled trial. B.E. van Sleuwen et al. in press.
19. Long term cognitive development in children with prolonged crying. M.R. Rao et al. *Arch Dis Child* 2004;89:989-992.

## Bijlage 2: Verhouding preventieve zuigelingen­zorg ten opzichte van osteopathie

19 juni 2005

Verhouding preventieve zuigelingen­zorg ten opzichte van osteopathie

### HISTORISCH OVERZICHT

De Amerikaanse arts Andrew Taylor Still (1828 - 1917) maakte een studie naar het systematiseren van oude handgrepen. Hij zag het belang van een holistische visie en de onderlinge samenhang van verschillende systemen binnen de mens. Hij ontwierp een concept waarin het musculoskeletaal systeem (bewegingsapparaat) als steunweefsel in samenhang met het inwendige van de mens centraal staat. Hij was de mening toegedaan dat een verkeerde stand van de wervelzuil de doorbloeding van bepaalde weefsels belemmert en de functie ervan beïnvloedt.

Als uitgangspunt hanteerde hij het principe dat de gedetailleerde kennis van de anatomie tot meer inzicht van het totale functioneren (en disfunctioneren) kan leiden.

Still had echter ook een mystiek-spirituele visie, waarin hij termen hanteerde als de 'totale kwetsuur' en het 'totale herstel', uitgaande van de gedachte dat het lichaam een tempel van God is, waarin een kleine stoornis de totale harmonie kan verstoren. De kleine stoornis werd aanvankelijk de 'osteopathische laesie' genoemd, een term die echter voor verwarring zorgde, omdat 'laesie' in de geneeskunde gebruikt wordt voor een zichtbare anatomische verandering.

Feitelijk lag hierin een fundamenteel meningsverschil. Geleidelijk breekt Still volledig met de traditionele geneeskunde en omgekeerd.

De naam osteopathie komt van osteon (Grieks: bot) en pathos (Grieks: lijden), aangezien Still met het zogenoemde ledenzetten ('bone-setting') begonnen is.

Het woord pathos betekent echter ook impressie, zoals in de woorden sympathie (gevoel met) of telepathie (gevoel op afstand). Het woord osteopathie betekent dan osteo (bot) en pathy (de effecten komende van).

De osteopathie is in Amerika voornamelijk op het bewegingsapparaat gericht en de gebruikte methoden zijn een verfijnde vorm van chiropraxie. De beoefenaars ervan zijn 'Doctors of Osteopathy' (D.O.).

## PRINCIPE VAN DE OSTEOPATHIE IN EUROPA

Osteopathie is in de jaren '50 via Engeland en Frankrijk in Europa opgedoken.

Voor de laatste jaren zijn er meer osteopaten aan het werk in onze streken. Er zijn echter wel enkele belangrijke verschillen ten opzichte van de leer van Still:

- De osteopaten hebben als titel D.O., wat in Europa 'Diploma in de Osteopathie' betekent.
- De duur van de opleiding verschilt naargelang van de vooropleiding: die kan (para-)medisch zijn, maar ook hoger middelbaar onderwijs.
- De osteopathie in Europa richt zich op alle functionele stoornissen van alle weefsels en niet alleen op stoornissen van het bewegingsstelsel.

Het basisprincipe van deze manuele geneeskunde is dat volledige bewegingsmogelijkheden noodzakelijk zijn voor een goed functioneren van alle weefsels en organen.

Door een totale samenhang van alle bewegingen in het lichaam zal een foute werking van organen en/of schedel aanleiding geven tot een bewegingsverandering die zichtbaar is door een afwijking van het bewegingsapparaat, waarop manuele therapie een invloed kan hebben.

Wanneer bewegingsverlies ontstaat van om het even welk weefsel, ontstaan er functiestoornissen van dat orgaan of weefsel, die manueel diagnostisch en therapeutisch kunnen worden aangepakt.

De osteopaat maakt door middel van anamnese en grondige palpatie een 'osteopathische balans' op (een vorm van diagnose) en gaat daarna over tot de 'behandeling'.

Bij die "behandeling" worden enkel de handen gebruikt om via directe (manipulaties) of indirecte technieken de beweeglijkheid van alle weefsels, gewrichten of organen te herstellen.

De technieken worden op alle deelaspecten (pariëtaal, visceraal en craniaal) toegepast, waarbij (indirect) ook de emoties (bewust of onbewust) vrij kunnen komen.

Osteopathie beweert:

- het evenwicht van de lichaamsfuncties te herstellen;
- het lichaam op een holistische manier te benaderen;
- niet de symptomen maar de echte oorzaken van een probleem te bestrijden door het herstel van de zelfregulerende functies van het lichaam;
- niet enkel problemen van het bewegingsstelsel (spieren en gewrichten) maar ook hoofdpijn, migraine, sinusitis, maagontsteking, dikkedarmontsteking, leverkolieken, diarree, constipatie, blaasontsteking, ademhalingsproblemen, enz. te kunnen genezen;
- ook preventief te werken en de kans op ziekten te verminderen.

## OSTEOPATHIE BIJ BABY'S

Osteopaten zijn van oordeel dat er ten gevolge van de zwangerschap en de daaropvolgende geboorte in het lichaam van het kind spanningen ontstaan die bij sommige baby's blijven bestaan en zich uiten in de vorm van overmatig huilen, prikkelbaarheid, kolieken, gastro-oesofagale reflux, scheefhals en/of recidiverende infecties.

Op zeer jonge leeftijd wordt bij die kinderen een behandeling voorgesteld met als doel de spanningen los te maken. Dit is niet mogelijk met 1 manipulatie. Gemiddeld zijn er 4 tot 6 behandelingen nodig.

## EFFECT

Aangezien er geen grote gerandomiseerde gecontroleerde studies uitgevoerd werden, kan er niet gezegd worden of het resultaat van een osteopathische 'behandeling' te wijten is aan de manipulatie zelf of aan de spontane evolutie van de afwijking of ziekte.

Enkel afgaan op casuïstiek en vragen naar het al dan niet beteren van de klachten of problemen kan weinig objectieve informatie geven over de waarde van de behandeling.

Veel gebruikers weten niet dat osteopathie geen medisch specialisme is en meestal door niet-artsen wordt uitgeoefend. Opvallend hierbij is dat deze niet-artsen ook soms zonder enige medische opleiding ter zake een diagnose stellen en instructies durven geven en menen te kunnen geven over een eerder ingestelde medische behandeling, zoals medicamenten die patiënten op doktersvoorschrift moeten innemen.

## KRITISCHE BEDENKINGEN

1. De aandoeningen waarvoor jonge zuigelingen bij een osteopaat terechtkomen, zijn vaak klinische kenmerken die eigen zijn aan de leeftijdsperiode en zijn meestal van voorbijgaande aard (gastro-oesofagale regurgitatie, overmatig huilen, recidiverende banale infecties). De vraag kan gesteld worden of 'behandeling' hiervan nodig is.
2. Het is een foute opvatting te stellen: "Baat het niet, dan schaadt het niet", als je bedenkt dat een voordien opgestarte therapie vaak wordt gestaakt. Wervelmanipulatie bij zeer jonge kinderen kan reflectoïer apneu en neurovegetatieve verschijnselen veroorzaken.
3. Het risico bestaat dat bij echte pathologie belangrijke tijd verloren gaat voor tijdige diagnostiek en tijdig instellen van een adequate behandeling (gastro-oesofagale refluxpathologie, 'kolieken' op basis van fysieke afwijkingen).
4. De patiënt (of de ouder) moet zelf kunnen uitmaken voor welke therapie hij kiest, maar de verschillende mogelijkheden moeten volwaardige alternatieven zijn. Effecten, gevaren en nevenwerkingen van de verschillende methodes moeten bekend zijn en moeten door de therapeut toegelicht worden.
5. Veiligheids- en kwaliteitsnormen worden voor de 'klassieke' geneeswijzen opgelegd, maar op dit moment zijn er geen gegevens voorhanden om dit te kunnen garanderen voor wat betreft de osteopathische aanpak.

6. Tot op heden kunnen geen correcte wetenschappelijke gegevens voorgelegd worden waaruit blijkt dat osteopathie een volwaardig alternatief is en zijn alle bewijsvoeringen gebaseerd op populariteit, casuïstiek, spontane verbetering of toeval. Er bestaat geen gerandomiseerd effectonderzoek, zodat we zeker niet kunnen spreken van evidence based medicine. Voor dit standpunt steunen wij op de gegevens van systematisch literatuuronderzoek, verslagen van congressen en conferenties.
7. Men moet zich ook rekenschap geven van de potentiële gevaren die het osteopathisch concept inhoudt voor het publiek.

Patiënten hebben recht op een kwaliteitsverzorging en op behandelingen die beantwoorden aan de meest recente wetenschappelijke bevindingen. De noodzakelijke wetenschappelijke waarde en het onschadelijke karakter van een verzorgingsactiviteit moeten op elk ogenblik geanalyseerd en kritisch beoordeeld kunnen worden. Dit vergt noodzakelijkerwijze dat deze verzorgingsactiviteit wetenschappelijk voldoende gedocumenteerd is.

De norm die we tot nog toe hanteren is de stand van de medische wetenschap, die voortdurend evolueert en zichzelf voortdurend in vraag stelt. Een behandeling die tien jaar geleden als de beste beschouwd werd, kan vandaag verouderd of achterhaald zijn door een nieuwe behandeling die efficiënter, goedkoper of veiliger is.
8. Artsen moeten geregistreerd zijn bij de Orde van Geneesheren, die over hen tuchtstraffen kan uitspreken als er een klacht komt dat zij hun patiënten niet behoorlijk behandelen.

Artsen hebben “vrijheid van diagnose en therapie”, maar kunnen wel gevraagd worden verantwoording af te leggen over het gefundeerd zijn van hun handelen volgens de huidige stand van de wetenschap. Door erkenning van niet-bewezen behandelingen worden artsen ontslagen van de plicht zich te verantwoorden, wat geen bescherming van de bevolking is. Wetenschappelijke verantwoording hoeft immers niet meer.
9. Het is belangrijk dat gezondheidswerkers weet hebben van andere en nieuwere tendensen op diagnostisch en therapeutisch vlak.

Standpunten innemen of uitspraken doen over diagnostiek en therapie behoren echter niet tot de taken binnen een preventieve setting. Wanneer ouders vragen naar een standpunt van Kind en Gezin over deze of over andere therapeutische methodes, moet er verwezen worden naar de behandelend arts.
10. Kennisverwerving over deze en andere alternatieve methodes kan niet als prioritair beschouwd worden en binnen de werkuren gepland worden.

Adviezen rond voeding, voedingsstoornissen, veiligheid, verzorging, kindermishandeling en vaccinaties zijn de kernopdrachten van de regioteamleden. Permanente vorming rond deze onderwerpen wordt als prioritair beschouwd. Is er ruimte, tijd en budget over, dan kan aan andere vormen gedacht worden.
11. Informatie over eender welke therapie (al dan niet alternatief) moet op een neutrale manier gebracht worden, zodat die beter kan worden gesitueerd in het geheel van therapieën.

## DOORVERWIJSBELEID BINNEN KIND EN GEZIN

In de gedragsrichtlijnen opgemaakt en uitgeschreven door de medische-kwaliteitscoördinatoren en goedgekeurd op het Directiecomité van 20 december 2001, is duidelijk gesteld dat verwijzing bij vermoeden of bij vaststelling van een pathologie altijd gebeurt naar de behandelend arts.

Er wordt niet rechtstreeks verwezen naar een subspecialist, maar naar een paramedicus. Hierin wordt het advies van de behandelend arts gevraagd.

Wanneer de regioverpleegkundige (of gezinsondersteuner) een (al dan niet mineur) medisch probleem vermoedt, wordt het kind verwezen naar de behandelend arts. Heeft het kind een afspraak op een consultatiebureau binnen korte termijn, dan kan het advies van de consultatiebureau-arts gevraagd worden. Er zijn geen argumenten en geen klinische indicaties dat vanuit de preventieve setting van Kind en Gezin (hetzij van op huisbezoek, hetzij van op de consultatiebureaus) rechtstreekse verwijzingen naar een alternatieve genezer zoals een osteopaat kunnen gebeuren.

Gaat het om een dringend op te volgen probleem, dan kan er niet gewacht worden tot er een afspraak op een consultatiebureau geregeld kan worden en wordt er onmiddellijk naar de behandelend arts verwezen.

## BESLUIT

- 1. Het team van medische-kwaliteitscoördinatoren kan osteopathie (naast andere alternatieve therapeutische houdingen) niet beschouwen als evidence based medicine.**
- 2. Verwijzing van een kind naar een osteopaat kan in geen geval gebeuren, noch door een regioverpleegkundige, noch door een arts werkzaam op een consultatiebureau.**
- 3. Kennisverwerving over deze en andere alternatieve methodes kan niet als basisvorming voor regioteamleden beschouwd worden.**
- 4. Het team van medische-kwaliteitscoördinatoren verwoordt het standpunt in deze nota.**



## Referenties

- Gedragsrichtlijnen voor artsen werkzaam in de preventieve setting. Team medische-kwaliteitscoördinatoren goedgekeurd op het Directiecomité op 20 december 2001.
- Wet betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, B.S. 24/06/99.
- Strategic Choices for a Primary Care Advantage. Gloves et al. Health Serv Manag Res. 2000 Aug;13(3).
- Introducing the Cranial Approach in Osteopathy and the Treatment of Infants and Mothers. Complement Ther Nurs Midwifery 1997 Jun;3(3).
- Brand P.L. et al. Systematic Review of the effects of therapy in infants with the KISS-syndrome (kinetic imbalance due to occipital strain). Ned Tijdschr Geneeskde 2005 26 maart;149(13):703-7.
- Olafsdottir E et al. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. Arch Dis Child 2001 Feb;84(2):138-41.
- [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be)
- [www.skepp.be](http://www.skepp.be)
- [www.ioa.be](http://www.ioa.be)