

Toelichting begeleiding bij excessief huilen door de JGZ

Gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn Excessief huilen

Copyrighttekst voor richtlijnen

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

©Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2013

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

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

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

Inhoud

Toelichting begeleiding bij excessief huilen door de JGZ.....	1
Inleiding.....	4
A. Regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie	4
Wanneer start je met de aanpak?.....	4
Adviezen uit de richtlijn.....	5
Methode.....	6
Bijzondere omstandigheden	8
Het effect.....	8
Scholing	8
B. Inbakeren.....	9
Wanneer start je met de aanpak?.....	9
Adviezen uit de richtlijn.....	10
Methode.....	10
Bijzondere omstandigheden	11
Het effect.....	12
Extra informatie.....	12
Scholing	13
C. Video Home Training (VHT) / Video Interactie Begeleiding (VIB)	13
Wanneer start je met de aanpak?.....	13
Adviezen uit de richtlijn.....	13
Methode.....	13
Het effect.....	14
Scholing	15
D. Babymassage.....	15
Wanneer start je met de aanpak?.....	15
Adviezen uit de richtlijn.....	15
Methode.....	15
Bijzondere omstandigheden	16
Het effect.....	16
Scholing	16
Bijlage	17
Anamnese.....	17

Inleiding

In dit document worden de methoden uit de Multidisciplinaire richtlijn Excessief huilen waarvoor wetenschappelijke evidentie is en die ingezet kunnen worden bij begeleiding van excessief huilen uitgebreider beschreven ter ondersteuning van professionals bij de uitvoering van de richtlijn.

Voorafgaand aan de begeleiding is het belangrijk het verhaal van de ouders goed in kaart te brengen en een uitgebreide anamnese af te nemen, zie hiervoor de bijlage en Hoofdstuk 5 (5.2.1) in de richtlijn.

Het gaat om de volgende methoden:

- A. Adviseren regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie
- B. Inbakeren
- C. Video Home Training (VHT) / Video Interactie Begeleiding (VIB)
- D. Babymassage

Elke aanpak begint met:

- Ouders erkennen, steunen en geruststellen.
- Voorlichting geven over het normale huilpatroon, co- en zelfregulatie en over het voorkomen van schudden (preventie Shaken Baby Syndroom).
- Afraden van voedingswisselingen (van borst- naar kunstvoeding of van kunst- naar kunstvoeding). Ook het stoppen van borstvoeding om excessief huilen te verminderen, wordt afgeraden.

A. Regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie

Met het aanbrengen van regelmaat in tijd en plaats van activiteiten ontstaat voorspelbaarheid. Rust ontstaat door prikkelreductie. Deze begrippen worden hieronder beschreven. Onder regelmaat wordt niet, zoals vroeger, verstaan op vaste kloktijden voeden en slapen. Dat lijkt een wijdverspreid misverstand. Rust ontstaat door een gezonde afwisseling van waken en slapen, een rustige omgeving (geen TV of radio de hele dag aan), niet meer dan één uitstapje per dag (zoals winkelen, boodschappen doen, op visite gaan) en prikkelreductie.

Voor- en nadelen

Een voordeel van deze aanpak is dat aangetoond is dat het huilen binnen de periode van een week gemiddeld met 42% afneemt. Dat is een hoog percentage. Een tweede voordeel is dat wanneer het boekje 'Regelmaat brengt rust' (Blom 2011) wordt overhandigd, direct up tot date adviezen met betrekking tot de preventie van wiegendood worden gegeven.

Een nadeel is dat uit hetzelfde onderzoek blijkt dat als wanneer men start met regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie' de baby op de eerste dag eerst meer gaat huilen, waarna het huilen snel afneemt. Ouders moeten hierop worden voorbereid en hierbij worden geholpen. De eerste twee dagen na de start zijn derhalve intensieve dagen, waar ouders veel aandacht behoren te krijgen. Het overhandigen van het boekje 'Regelmaat brengt rust' (Blom 2011) alleen is niet voldoende.

Wanneer start je met de aanpak?

Adviezen van 'regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie' kunnen worden ingezet wanneer de ouder ervaart dat zijn/haar baby veel huilt. Om zicht te krijgen op de mate en het patroon van huilen, kan de ouders gevraagd worden een 24-uursdagboek bij te houden (zie www.ncj.nl). Voordat een advies wordt gegeven, dus ook de adviezen van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie,

moet de jeugdarts de baby vanzelfsprekend goed hebben onderzocht, om medisch onderliggende ziektebeelden uit te sluiten.

Leeftijd

Met 'regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie' kan worden gestart als de ouder ervaart dat zijn/haar baby veel huilt. Informatie hierover kan al eerder worden gegeven bij anticiperende voorlichting, maar dit vraagt een goede anamnese en kennis over huilen.

Adviezen uit de richtlijn

Het is aan te bevelen dat de jeugdverpleegkundige in geval van een baby die excessief huilt in de beleving van ouders zo vroeg mogelijk de situatie van het gezin in kaart brengt. Zorgcoördinatie valt binnen het takenpakket van de jeugdverpleegkundige, die beschikt over de juiste competenties. Bij milde problemen neemt zij de zorg voor het gezin zelf ter hand. Bij ernstige problemen overlegt zij met de jeugdarts en/of gedragswetenschapper welke hulp erbij gehaald dient te worden. Ouders die borstvoeding geven kunnen dezelfde adviezen krijgen, waarbij voor het starten en continueren van borstvoeding specifieke aandacht dient te bestaan.

Uit verscheidene onderzoeken blijkt dat het reduceren van prikkels, als onderdeel van de aanpak zowel in de directe omgeving van het kind als in de woonomgeving van invloed is op het huilen. Een combinatie van diverse gedragsadviezen zorgt voor een significant grotere daling van huilen dan alleen een empatisch interview of wachten op spontaan herstel. Geen verschil werd aangetoond tussen het aantal keer huilen in deze groepen. De afname vond vooral plaats in de avonden.

Onderzoek naar het effect van een aanpak met aandacht voor regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie die thuis werd aangeleerd en waarin rekening werd gehouden met de individuele behoeften van ouders en kind, zorgde voor een afname van huilen. Tegelijkertijd nam de stress bij de ouders af. Bij een controlegroep, die werd gevolgd gedurende een periode van 8 weken, nam het gemiddeld aantal uren huilen niet af ten opzichte van het niveau bij aanvang van de studie.

In een gerandomiseerd onderzoek waar 398 baby's van 2 weken tot 3 maanden oud regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie met of zonder inbakeren kregen aangeboden, trad een reductie van 42% huilen in de eerste week op en 50% na de eerste 2 weken. De adviezen aangaande prikkelreductie en voorspelbaarheid bleken werkzaam bij gezonde ouders die niet overbelast zijn, maar ook bij ouders die voorafgaand aan de start van de interventie in het klinische gebied scoorden van verschillende testen waarmee de gemoedstoestand bij de ouders is gemeten (GHQ-28, POMS).

Cognities van ouders vóór of vlak na de geboorte blijken van invloed zijn op het gedrag en de emoties van ouders. De gedachte dat je een baby kunt 'verwennen' door hem vaak vast te houden, lijkt een marker te zijn voor stress en mogelijk ook voor angst. Sommige ouders zijn geholpen bij de uitleg dat je baby's niet kunt verwennen. Een verband tussen huilen van een baby en moeheid van moeder bestaat, maar uitspraken over causaliteit zijn niet mogelijk. Uit de kwalitatieve onderzoeken komt naar voren dat zowel het huilen van invloed is op de moeheid, maar dat omgekeerd, de moeheid ook van invloed is op de mate waarin de moeder invoelend en empatisch kan reageren op haar kind. Het is daarom belangrijk dat er oog is voor de rust die moeder krijgt en neemt na de geboorte.

Ouders zijn gebaat bij informatie over normaal huilgedrag. Daarvan voorzien kan hun worden gevraagd wat er volgens hen aan de hand kan zijn en hoe zij de situatie beleven. Het is belangrijk dat de zorgverlener zich luisterend en coachend opstelt. Tussen vertrek van de kraamverzorgende en de

reguliere contacten met de JGZ, kunnen bij ouders vragen rijzen over het huilen van hun kind. Zij zouden daarmee eerder kunnen aankloppen als al tijdens het eerste huisbezoek na de geboorte de mogelijkheden voor hulp (op verschillende gebieden) worden besproken. Het lijkt goed ouders tijdig voor te lichten over de wederzijdse invloed van stress bij de ouder(s) en het gedrag (waaronder het huilen) van hun baby waardoor een vicieuze cirkel kan ontstaan die de interactie verstoort. Sommige ouders zijn geholpen met de uitleg dat je baby's niet kunt verwennen, maar wel "gewennen". Baby's hebben baat bij regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie.

Aanraking en lichamelijk contact zijn voorwaarden voor de normale ontwikkeling van een baby. Het is belangrijk om vaders te betrekken bij de zorg voor een baby. Vaders kunnen in de zwangerschapscursussen worden gestimuleerd om contact te maken met de ongeboren baby, maar zijn meer aangewezen op het opbouwen van een band na de geboorte. Huilen kan een factor zijn die het contact maken, de hechting en de zorg voor het kind in de weg staat.

Momenten van ontroostbaar huilen komen voor bij baby's tot 3-4 maanden en zijn niet altijd te verhelpen. Ouders dienen over dit gedrag uitleg te krijgen, zodat zij niet het gevoel krijgen dat zij falen als hun baby momenten van ontroostbaar huilen heeft.

Goed geïnformeerde ouders hebben meer kans om reële verwachtingen te ontwikkelen. Het kan ouders helpen als zij het huilen van hun baby kunnen interpreteren en accepteren als een uiting van ongenoegen of stress. Troosten hoeft dan niet gericht te zijn op het stoppen van het huilen, maar op de behoefte van het kind. Deze manier van kijken kan ouders helpen om op een meer ontspannen manier om te gaan met het huilen. Wanneer ze dat ook kunnen uitleggen aan hun omgeving, groeit het begrip en vermindert hun stress, omdat zij zich begrepen voelen en niet het gevoel wordt opgeroepen dat zij als 'slechte' ouder hun kind niet stil krijgen.

In de voorlichting aan ouders moet aandacht worden geschonken aan hun inbreng en eigen verantwoordelijkheid ('zelfredzaamheid'). Zo worden zij gestimuleerd zelf oplossingen aan te dragen en bijvoorbeeld hulp te zoeken in hun sociale omgeving, in groepsverband of op internet. Kinderarts, kinderverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist moeten ouders van prematuur geboren baby's anticiperende voorlichting geven over de mogelijkheid dat bij deze baby's het huilen veelal kort na ontslag uit het ziekenhuis toeneemt, in verband met de "verlate" huilpiek. De ouders kunnen erop worden gewezen dat deze toename van huilen niet een gevolg is van hun verzorging, maar inherent is aan de groei en ontwikkeling van de prematuur. In de anticiperende voorlichting kan worden uitgelegd welke hulp vanuit de JGZ wordt geboden aan ouders en baby's die vragen hebben of zich zorgen maken over veel huilen. Aan ouders van een dysmatuur geboren baby kan worden uitgelegd dat het huilen van deze baby's anders kan klinken (hoger en indringender). Ouders moeten hierop worden voorbereid in het ziekenhuis, zodat zij na thuiskomst niet voor verrassingen komen te staan en onzeker worden over hun rol als ouder.

Informatieoverdracht in de prenatale periode: de verloskundige en kraamverzorgende hebben een belangrijke taak in de voorlichting aan ouders over huilen tijdens de prenatale periode. Soms gaat de jeugdverpleegkundige dan al op huisbezoek en kan ze de ouders informeren over normaal huilgedrag van zuigelingen.

Methode

De praktische aanpak van excessief huilen bestaat uit de volgende stappen die hieronder verder worden toegelicht:

- Uitgebreide oriëntatie en verpleegkundige anamnese, op het consultatiebureau of tijdens een huisbezoek, afhankelijk van de inschatting van de ernst en draagkracht/draaglast van de ouders;

- Medisch onderzoek naar somatische oorzaken en contra indicatie voor eventueel inbakeren uitsluiten;
- Zorgaanbod: advies van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie en de baby wakker in bed leggen
- Na één week vindt een evaluatie plaats en wordt zo nodig het zorgaanbod aangepast, waarbij wanneer het medisch verantwoord is het inbakeren toegevoegd kan worden.

Met *prikkelreductie* wordt bedoeld het vermijden van te veel prikkels door:

- radio en televisie;
- gebruik van wipstoel of maxi cosi buiten de voedingsmomenten;
- voortdurend vermaak van het kind;
- mechanisch aangedreven speelgoed;
- de 'babygym' voor een kind jonger dan drie maanden;
- slapen in de box;
- veel bezoek en/of uitstapjes, die indruisen tegen het slaapritme van het kind;
- onverwachte gebeurtenissen.

Regelmaat in tijd wordt bereikt door eenzelfde opeenvolging van gebeurtenissen:

Slapen – ontwaken - voeden – contact met de ouders (even op schoot zitten/knuffelen) - alleen zijn of alleen "spelen" in de box - bij vermoeidheidssignalen wakker naar bed - ontwaken –voeden etc . Herhaling geeft herkenning en voorspelbaarheid waardoor het kind in een vertrouwde gedragsreeks komt.

Eenduidigheid in plaats betekent:

Slapen doet een baby in zijn eigen wiegje of bedje op een rustige plek. 's Nachts heeft de baby een vaste slaapplek; spelen doet een baby in de box (slapen niet). Eenduidigheid in de tijd en plek waar gespeeld en geslapen wordt, biedt voorspelbaarheid voor de baby.

Signalen van vermoeidheid zijn:

- bleek worden
- gapen
- in ogen wrijven
- jengelen
- drukker worden
- wegstaren
- Leg de baby bij de eerste tekenen van vermoeidheid wakker in bed te slapen.

Een kind dat gewend is uit zichzelf in slaap te vallen voldoet aan zijn eigen slaapbehoefte en wordt uitgerust wakker. Een kind dat in slaap geholpen wordt, wordt vaak bij het geringste geluid of door elke onwillekeurige eigen beweging wakker. Leg daarom een baby vóórdat hij in slaap valt wakker in bed, zodat hij vervolgens uit zichzelf in slaap kan vallen. Dit betekent uiteraard niet dat je de pasgeborene moet wekken wanneer deze de eerste dagen door de inspanning van het drinken al tijdens het drinken in slaap valt. Voor ze inslapen huilen/jengelen kinderen soms 5-20 minuten, om vervolgens van het ene op het andere moment in slaap te vallen.

Het slapend in bed leggen van een kind kan ervoor zorgen dat het slaappatroon geleidelijk verstoord raakt:

- De eerste één tot twee weken zal het kind nog wel twee uur aan een stuk doorslapen;
- Bij drie tot zes weken oud wordt het kind binnen een half uur weer wakker. Het meldt zich huilend en laat zich niet meer terugleggen in bed. Zo ontstaan de hazenslaapjes;

- Rond de zes weken wordt het kind al wakker op het moment dat de rug de matras raakt. Vervolgens moet hij in slaap 'gelopen' worden en met een beetje geluk kan hij nog even weggelegd worden. Zo niet, dan doet hij op de arm een hazenslaapje. Intussen raakt het kind wel oververmoeid. Rond drie maanden lukt het zowel slapend als wakker te slapen leggen helemaal niet meer. Er wordt amper meer geslapen.
- Rond vijf maanden slaat de onrust ook 's nachts toe en wordt het inslapen in de avond steeds moeilijker. Het kind is nu fysiek zo sterk dat hij zich zelfs in de nacht weet wakker te houden (Blom, 2003).

Een teveel aan indrukken en ervaringen kan zich uiten in onrust, oververmoeidheid, overactief en prikkelbaar gedrag en moeite met slapen. De bovengenoemde adviezen kunnen dit gedrag voorkomen.

Een strak en goed ingestopte deken, die reikt tot de kin terwijl de voeten bij het voeteneinde liggen, kan het uitschieten van armen en benen beperken, wat de kwaliteit van de slaap ten goede komt. Het tijdelijk gebruik van een matrozenbedje kan worden overwogen. Zie voor meer informatie de website van VeiligheidNL www.veiligheid.nl en de website van de Stichting Wiegedood www.wiegedood.nl.

Bijzondere omstandigheden

Bij pre- en dysmatuur geboren baby's neemt het huilen veelal kort na ontslag uit het ziekenhuis toe in verband met de "verlate" huilpiek. Dit is van belang voor de zorgverlening aan deze ouders. In een cohort van relatief gezonde prematuren die gemiddeld 8 weken te vroeg waren, nam het huilen toe op de leeftijd van 6 weken, gecorrigeerd voor zwangerschapsduur. Hetzelfde geldt voor de clusters in de avonduren. Het is belangrijk ouders hierop voor te bereiden in het ziekenhuis, bijvoorbeeld tijdens het 'bijna naar huis'-gesprek, zodat zij niet voor verrassingen komen te staan en onzeker worden over hun rol.

Het effect

Adviezen van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, afgestemd op de individuele behoeften van kind en ouders leiden tot een afname van (excessief) huilen en tegelijkertijd een afname van stress bij ouders. De adviezen aangaande prikkelreductie en voorspelbaarheid bleken werkzaam bij gezonde ouders die niet overbelast zijn, maar ook bij ouders die voorafgaand aan de start van de interventie in het klinische gebied scoorden van verschillende testen waarmee de gemoedstoestand bij de ouders is gemeten (GHQ-28, POMS).

Scholing

Iedere jeugdverpleegkundige kan, na een training van een dagdeel, ouders begeleiden in het omgaan met de adviezen van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie. Hiertoe zijn materialen beschikbaar via de website www.ncj.nl, zoals het 24-uurs dagboek. Meer informatie over de methodiek is ook te vinden in het boekje 'Regelmaat brengt rust', uitgegeven door Ria Blom (2011). Ook is de DVD 'Huilbaby...? Rust en regelmaat!' beschikbaar voor ouders en professionals, te bestellen via www.artsenvoorkinderen.nl of via www.hebikdat.nu.

B. Inbakeren

Er bestaan veel methoden van inbakeren en veel uiteenlopende inzichten. De wijzen van inbakeren verschillen van cultuur tot cultuur. Daarom is het belangrijk goed geïnformeerd te zijn over de bestaande en de in Nederland gewenste veilige methodieken. Inbakeren kan veilig gebeuren, maar dan moet de toepassing samengaan met adviezen over slaappositie, de manier waarop het gebeurt (hoofdje vrij houden), de hoeveelheid (extra) beddengoed, en de strakheid waarin de doeken de benen, de ribbenkast en de heupen omsluiten.

Voor- en nadelen

Voordat inbakeren wordt toegepast, is het van belang de mogelijk nadelige effecten onder de aandacht van de ouders te brengen. Zij moeten de beperkingen en risico's kennen. Alleen al daarom is de werkgroep van mening dat inbakeren nooit mag plaatsvinden zonder begeleiding door een zorgverlener die scholing heeft gevolgd over inbakeren.

De nadelen van inbakeren hangen vooral samen met verkeerd gebruik van de methode, zoals het te strak inwikkelen van de benen, het inbakeren in de kraamtijd, het op de buik neerleggen of te laat ontbakeren waardoor een kind ingebakerd naar de buik kan draaien. Delen uit de voormalige JGZ Richtlijn Excessief huilen zijn toegevoegd aan de toolkit, want wanneer ouders toch kiezen voor inbakeren, dan dient dit veilig te gebeuren en moeten werkers in het veld goed geïnformeerd zijn. Informatie aan het veld is enerzijds nodig om wildgroei van inbakeren te voorkomen en anderzijds om veiligheid van kinderen te waarborgen. Inbakeren moet samengaan met adviezen over slaappositie, de manier waarop het gebeurt (hoofdje vrij houden), de hoeveelheid (extra) beddengoed, en de strakheid waarin de doeken de benen, de ribbenkast en de heupen omsluiten (Blom 2011).

Een traditionele gewoonte als inbakeren kan niet zomaar worden toegepast in een Westerse samenleving, waar de huizen geïsoleerd zijn en heel ander beddengoed wordt gebruikt. Etnische groepen die hun gewoonten meebrengen, waaronder inbakeren, moeten goed worden geïnformeerd over de hier vigerende omstandigheden. Van de Turkse en Marokkaanse ouders in Nederland is 80% zelf als kind ingebakerd geweest. In 1999 werd 15% van de Turkse en 20% van de Marokkaanse kinderen ingebakerd, terwijl dit bij 6% van de Nederlandse baby's gebeurde (van Sleuwen and others 2003). Uit observaties en de klinische praktijk is bekend dat ouders het inbakeren soms verkeerd toepassen, bijvoorbeeld door de benen strak in te wikkelen. Het risico op wiegendood neemt toe als een baby ingebakerd op hun buik belandt of de doeken voor het gezicht krijgt. In rugligging lijkt inbakeren vooralsnog beschermend te zijn voor wiegendood, maar hiernaar is meer onderzoek nodig.

Wanneer start je met de aanpak?

Wanneer de adviezen van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, na 5-7 dagen onvoldoende effect hebben, kan inbakeren bij baby's in de leeftijd van 1-7 weken tijdelijk worden toegevoegd. Het inbakeren gaat dan samen met regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie. Bij kinderen in de leeftijd van 8-13 weken oud heeft regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie het meeste effect. Het is nuttig om bij deze leeftijdscategorie terughoudend te zijn met inbakeren en veel aandacht te besteden aan het bevorderen van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie. Wanneer dit niet tot het gewenste effect leidt, kan inbakeren toegevoegd worden.

Leeftijd

Inbakeren kan in de leeftijd tussen 1 week en 6 maanden. Vanaf de vierde maand mag niet meer worden begonnen, omdat het inbakeren voor de 6e maand moet zijn afgebouwd in verband met de toenemende kans op draaien naar de buik.. In de kraamperiode wordt niet ingebakerd (zie onder de kop Extra informatie).

Contra-indicaties

- Verschijnselen van mogelijke heupdysplasie
- Aangetoonde of behandelde heupdysplasie
- Koorts
- De eerste 24 uur na een vaccinatie (in verband met reacties)
- Ernstige luchtweginfecties (een kind moet goed kunnen hoesten)
- Structurele zuigelingenscoliose, d.w.z. een scoliose die aanwezig blijft bij passief bewegen van de wervelkolom. (NB: De asymmetrische houding die we zien bij een voorkeurshouding van het hoofd, verdwijnt vrijwel altijd bij passief bewegen van de wervelkolom; zo niet, dan is nader onderzoek noodzakelijk).

Adviezen uit de richtlijn

Professionals moeten geïnformeerd zijn over de indicaties en contra-indicaties voor inbakeren. Alleen professionals die scholing hebben gevolgd over inbakeren kunnen ouders assisteren bij het inbakeren. Deze professionals dienen over basiskennis te beschikken over borstvoeding, wiegendood, dysplastische heupontwikkeling, slaap, huilen, co- en zelfregulatie en de sociaal-emotionele en gedragsmatige ontwikkeling van baby's.

Het verdient aanbeveling dat een baby alleen mag worden ingebakerd als hij/zij grondig is onderzocht door de jeugdarts, huisarts, of in bijzondere gevallen, de kinderarts. Het verdient aanbeveling scholingsprogramma's voor de gehele keten op te zetten -met aandacht voor bovengenoemde facetten. Gezonde baby's van moeders en vaders die zelf geen psychopathologie hebben, kunnen worden ingebakerd als de gebruikelijke zorg geen of weinig effect heeft.

Ouders kunnen het meest effectief geïnformeerd worden als alle zorgverleners achter de voorgestelde aanpak staan (breed: over (excessief) huilen, specifiek: over inbakeren). De opleidingen van alle ketenpartners zouden daarop gerichte scholing moeten aanbieden.

Professionals dienen op de hoogte te zijn van de actuele wetenschappelijke kennis over inbakeren, zoals beschreven in deze richtlijn (hoofdstuk 8), en op de hoogte te zijn van de samenhang tussen rust en voorspelbaarheid en huilen, en hoe inbakeren hierbinnen gepositioneerd is. Professionals die ouders begeleiden die borstvoeding (willen) geven, dienen de samenhang tussen rust en voorspelbaarheid en huilen te kennen, weten hoe inbakeren hierbinnen gepositioneerd is en welke aanpak borstvoeding het meest stimuleert.

De materialen die instellingen gebruiken om ouders te steunen, dienen gebaseerd te zijn op de huidige kennis, en kunnen naar eigen inzicht door de instelling worden gekozen.

Methode

In het Nederlandse onderzoek is gebruik gemaakt van de methode van inbakeren met twee doeken, zoals beschreven staat in het boekje "Inbakeren brengt rust" (Blom 2011). In de praktijk worden ook kant en klare inbakerdoeken gebruikt (www.veiligslapen.info).

Door twee doeken te gebruiken wordt het kind van schouders tot tenen zodanig begrensd, dat zijn lichaamsbewegingen worden beperkt. Het onwillekeurige gemaai van armen en benen wordt bij de grens van de doeken gestopt. De voortdurende zelfstimulering waardoor het kind zichzelf uit de slaap houdt, wordt hierdoor tegengegaan. Het kind kan zich nu gemakkelijker aan de slaap overgeven. Het inbakeren moet worden gezien als een tijdelijk hulpmiddel om op eigen kracht te leren inslapen en doorslapen. Het inbakeren gebeurt tijdens alle slaapmomenten. Als de baby wakker is, worden geen doeken gebruikt.

Voordat daadwerkelijk tot inbakeren wordt overgegaan, moet de baby door een jeugdarts onderzocht zijn. Deze arts dient somatische oorzaken voor het huilen te onderzoeken en contra-

indicaties voor inbakeren uit te sluiten. Uiteraard moet honger door te weinig borstvoeding als oorzaak van huilen uitgesloten zijn. In andere gevallen moet de huisarts of kinderarts het vooronderzoek verrichten.

Afbouwen van het inbakeren

Voor het wennen aan de nieuwe regelmaat en het ontwikkelen van een eigen stabiel slaap/waakritme is 1-2 weken nodig en voor het beklijven nog eens zes weken. Dit betekent dat er na ongeveer 7-8 weken na de start begonnen dient te worden met afbouwen, maar in ieder geval op de leeftijd van 4 maanden, zodat uiterlijk voor de 6^e maand het inbakeren is afgebouwd. Door tijdig af te bouwen wordt tevens voorkomen dat de baby gewend raakt aan de doeken.

Bij het afbouwen is het van belang om regelmaat en eenduidigheid in handelen strikt toe te passen. Door deze herkenning kan de baby zich gemakkelijker overgeven aan het niet ingebakerd slapen. Met afbouwen kan het best worden begonnen op rustige dagen. Met een strak ondergestopte deken kan de grens worden verlegd. Het ritueel van het naar bed brengen, moet zoveel mogelijk hetzelfde blijven. De plek van de verzorging voor het slapengaan moet niet veranderd worden. Afbouwen kan stapsgewijs of in één keer door de doeken te vervangen door een passende trappelpak (zie voor beschrijving "Inbakeren brengt rust" (Blom 2011).

Omdat er 7-8 weken nodig zijn om de nieuwe methode te laten beklijven wordt er vanaf de leeftijd van 4 maanden niet meer met inbakeren begonnen. In verband met de toenemende kans op draaien naar de buik moet het inbakeren op de leeftijd van zes maanden zijn afgebouwd.

Bijzondere omstandigheden

Prematuren kunnen gebaat zijn bij inbakeren, maar de techniek zal anders zijn dan bij voldragen baby's. Onderzoek is nodig naar andere manieren van het belemmeren van de bewegingen van baby's, bijvoorbeeld stevig instoppen van het beddengoed. Dit is in het onderzoek van Van Sleuwen gebeurd bij die baby's die niet werden ingebakerd. Zoals eerder beschreven, was het verschil in effect tussen inbakeren en niet inbakeren op het huilen klein en werd dat alleen gevonden bij baby's tussen 2 weken en 7 weken oud. Stevig instoppen lijkt minder risico's met zich mee te brengen dan inbakeren, kan ook van invloed zijn op huil- en slaapedrag en is daarom eerder te verkiezen.

In de volgende bijzondere omstandigheden kan inbakeren alleen plaatsvinden na overleg met en toestemming van de jeugdarts, huisarts of specialist:

- Bij een verhoogd risico op dysplastische heupontwikkeling (bv. als dit voorkomt bij familie in de 1e of 2e graad of als het kind in stuitligging heeft gelegen tijdens de laatste drie maanden van de zwangerschap), ook wanneer er bij het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen zijn geconstateerd.
- Bij kinderen die veel spugen of bij wie de voeding terug komt. Wanneer het spugen een gevolg is van de onrust, kan inbakeren wel worden toegepast. Het kan het spugen zelfs doen verminderen. Heeft het spugen een andere oorzaak, dan moet inbakeren achterwege blijven.
- Bij kinderen met eczeem. Onrust en slaaptkort ontstaan door de jeuk en het krabben bij eczeem. Inbakeren maakt krabben onmogelijk. De kinderen komen dan weer aan hun slaap toe en het eczeem wordt mogelijk rustiger. In het algemeen kan bij droog eczeem worden ingebakerd, maar niet bij nat eczeem;
- Bij kinderen met luchtwegproblemen (zoals benauwdheid of BPD).
- Bij kinderen met neurologische afwijkingen.
- Bij kinderen van drugsverslaafde moeders.
- Bij pre- en dysmatuur geboren zuigelingen. Zij slapen vaak aanmerkelijk rustiger als ze in foetushouding in een omslagdoek worden gewikkeld. In het ziekenhuis kunnen deze kinderen eventueel onder toezicht van verpleegkundigen in zijligging liggen. Thuis kunnen ze ook in een omslagdoek te slapen worden gelegd, maar dan altijd in rugligging. Hierbij dient er op gelet te

worden dat de doek niet kan opstropen tot voor het gezicht. Bij blijvende onrust kan de stevige begrenzing van inbakerdoeken nodig zijn.

Het effect

Wanneer op de juiste wijze wordt ingebakerd, moet er na 2 tot 3 dagen resultaat zichtbaar zijn. Vanwege het beklijven van het nieuwe gedrag verdient het de voorkeur om ongeveer zes weken achter elkaar in te bakken gedurende alle slaapjes. De baby heeft dan de tijd om te wennen aan de regelmaat in het patroon. Stopt men te snel, dan bereikt men het tegenovergestelde effect. Uit de ervaring die is opgedaan met inbakken in Nederland, voordat het onderzoek daarnaar van start ging, blijkt dat zuigelingen gemiddeld ongeveer drie maanden werden ingebakerd (Beltman 2000). Als er na 3 dagen geen afname is van het huilen of zelfs toename, en het kind daardoor minder slaapt en nog vermoeider wordt, moet het inbakken worden gestopt. Dan blijft de regelmaat over. Wanneer ook dit geen verbetering te zien geeft, moet op korte termijn een afspraak gemaakt met de jeugdarts.

Extra informatie

Kraamperiode

Tijdens de kraamtijd wordt niet ingebakerd. Ouders moeten de kans krijgen hun kind goed te observeren en te leren kennen. Dat bevordert de interactie tussen ouder en kind. Vooral in de eerste weken is het van belang dat ouders de signalen van honger leren herkennen bij hun kind. 'Wikkelen' van motorisch onrustige baby's wordt wel toegepast in de kraamtijd. Er wordt dan een 'benendoek' gebruikt, of een zogenaamd 'rokje'. Een baby wordt ook wel in een doek gewikkeld. Het effect hiervan is niet wetenschappelijk aangetoond. Belangrijk is dat het hoofdje vrij is en dat de handjes bij de mond gepositioneerd zijn. De Stichting Wiegendood raadt af om een baby in de wieg te leggen met een zogenaamde badcape met capuchon. Een voldragen baby moet de warmte kunnen reguleren via zijn hoofdje, dat onbedekt moet zijn.

De heupontwikkeling in de eerste zes levensmaanden

Een kind jonger dan zes maanden moet voldoende ruimte hebben om de benen in de doeken te kunnen strekken en in opgetrokken stand te kunnen spreiden. Dat is nodig voor de ontwikkeling van de heupen.

Het voorkómen van naar de buik draaien

Op de leeftijd van 6 maanden moet het inbakken zijn afgebouwd in verband met het toenemend vermogen om naar de buik te gaan draaien. Wanneer een kind eerder in staat is in de doeken naar de buik te draaien dient direct gestopt te worden met inbakken. In uitzonderlijke situaties waarbij om specifieke redenen op de leeftijd van 6 maanden nog niet is afgebouwd, is het noodzakelijk om de benen strakker te omwikkelen om draaien naar de buik te verhinderen. De kans dat strakke doeken op deze leeftijd de heupontwikkeling belemmeren is klein.

Warmtestuwning in relatie tot wiegendood

Een dekbed verhoogt de kans op wiegendood, vooral als een baby er met zijn hoofd onder terecht komt. Dekbedden worden dan ook ten zeerste ontraden. Voor een ingebakerd kind zijn zij uit den boze. Een ingebakerde baby is niet in staat een dekbed van zich af te slaan. Een ingebakerd kind mag het, zoals trouwens elk ander kind, niet te warm hebben. Er mag niet worden ingebakerd bij koorts of te verwachten koorts na vaccinatie.

Scholing

Het op de juiste wijze toepassen van de inbakermethodiek vergt enige training. Meer informatie over de methodiek is te vinden in het boekje 'Inbakeren brengt rust', uitgegeven door Ria Blom (2011). Ook is de DVD 'Huilbaby...? Rust en regelmaat!' beschikbaar voor ouders en professionals, te bestellen via www.artsenvoorkinderen.nl of via www.hebikdat.nu. Een inbakerdemonstratie maakt onderdeel uit van de DVD.

C. Video Home Training (VHT) / Video Interactie Begeleiding (VIB)

Video home training (VHT) is een vorm van opvoedondersteuning aan ouders en kinderen van 0-4 jaar, waarbij ouders zo kort mogelijk, zo snel mogelijk en zo laagdrempelig mogelijk geholpen worden in de thuissituatie met behulp van video-opnamen. De hulp past binnen het reguliere takenpakket van de jeugdverpleegkundige en reikt niet verder dan drie tot vijf video-opnamen. Kortdurend VHT wordt ingezet wanneer ouders aangeven opvoedingsspanning te ervaren en/of opvoedvragen te hebben. Het heeft tot doel problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (0-4 jaar) te voorkomen.

Kortdurende VHT versterkt opvoedingsvaardigheden van ouders en heeft een positief effect op opvoedingsgedrag en de attitude van ouders, als op de ontwikkeling van het kind. VHT is effectief op het gebied van kernelementen van de basiscommunicatie, zoals oogcontact, actief taalgebruik, zelfvertrouwen van de ouder, verhogen van ouderlijke sensitiviteit, gehechtheid en moeder-kind interactie en in de ondersteuning van depressieve moeders en hun zuigelingen.

Wanneer start je met de aanpak?

K-VHT kan ingezet worden bij ouders van kinderen die spanning ervaren in de opvoeding of opvoedingsvragen hebben. Het gaat hier dan met name om ouders bij wie:
de hechting met de baby onder druk staat of moeilijk tot stand lijkt te komen;
de interactie met het kind onder druk staat door onbegrip, irritaties en machteloosheid;
opvoedingsvaardigheden tekortschieten waardoor het contact met het kind negatief verloopt;
de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind onder druk staat door problemen in de communicatie en het contact met het kind.

Leeftijd

Kortdurende VHT richt zich op ouders van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar.

Adviezen uit de richtlijn

De werkgroep meent op basis van effectonderzoek en de theoretische basis voor K-VHT te kunnen veronderstellen, dat K-VHT kan bijdragen aan het verbeteren van ouderlijke stress- en frustratieregulatie en aan een verbeterde afstemming tussen ouder en kind.

VHT kan in specifieke situaties ingezet of overwogen worden om de draagkracht van ouders te vergroten en de nadelige gevolgen van het huilen op interactie tussen ouder en kind te voorkomen.

Methode

Ouders worden in de thuissituatie begeleid met behulp van korte video-opnames die door de video-hometrainer in de thuissituatie worden gemaakt. Er wordt een opname gemaakt van een dagelijks verzorgingsmoment (bad, spel- of eetsituatie), waarbij zowel de initiatieven van het kind om contact te maken met de ouders als de ontwikkelingsinitiatieven van het kind in beeld gebracht worden.

Deze video-opname wordt volgens de beschreven richtlijnen teruggekeken met de ouders, waarbij de focus allereerst gericht is op de initiatieven van het kind om contact te maken met zijn ouders.

Door deze initiatieven te zien en te herkennen ontwikkelen ouders de mogelijkheid om sensitiever te gaan reageren. Daarnaast krijgen ouders informatie aangereikt die nuttig en nodig is om prettig contact met hun kind te kunnen maken. Aansluitend worden de ontwikkelingsinitiatieven van het kind in beeld gebracht en wordt besproken hoe ouders hun kind (kunnen) ondersteunen bij zijn ontwikkeling. Ouders kunnen tijdens deze 'review' antwoorden te vinden op hun (opvoedings)vragen. De geboden informatie wordt afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind. De videohometrainer komt maximaal acht keer bij de ouders op bezoek in de thuissituatie. Dat wil zeggen drie keer filmen en drie keer terugkijken plus een follow-up van één keer filmen en één keer terugkijken of een telefonische follow-up. De video-hometrainer wordt begeleid en gecoacht in het pedagogisch ondersteunen van de ouders; het terugkijken van de video-opnamen door de videohometrainer met de ouders wordt namelijk ook regelmatig in beeld gebracht. De video-hometrainer krijgt aan de hand van deze opnames feedback m.b.t. het deskundig en effectief bespreken van de videobeelden met de ouders.

De videohometrainer naar wie het gezin verwezen is, neemt telefonisch contact op met de ouder(s). Er wordt een afspraak gemaakt voor een huisbezoek van een uur voor een eerste kennismaking. Duidelijk moet zijn dat het kind in ieder geval aanwezig is. Er wordt gezocht naar een tijdstip, waarop het kind (waarschijnlijk) wakker is. Ook wordt er naar gestreefd om het hele gezin erbij te betrekken. Dit gebeurt steeds in onderling overleg met de ouders. Indien mogelijk wordt er tijdens het eerste huisbezoek meteen een video-opname gemaakt.

De videohometrainer komt maximaal acht keer bij de ouders op bezoek in de thuissituatie. Er wordt drie keer gefilmd en drie keer teruggekeken met de ouders tijdens zes huisbezoeken van gemiddeld een uur. Er kan nog een follow-up plaatsvinden van twee huisbezoeken (een keer filmen en een keer terugkijken) indien nodig. De follow-up kan ook telefonisch gebeuren, als er geen video-opname meer nodig is.

Er vindt een vaste volgorde plaats in de planning van de maximaal acht huisbezoeken, indien mogelijk in een tijdsbestek van zes weken tot drie maanden. De volgorde van uitvoering is vastgelegd in de handleiding (Eliëns & Prinsen, 2008). Er is een supervisiesysteem ontwikkeld, waarbij de hulpverlener zichzelf opneemt op video, terwijl hij de beelden terugkijkt met de ouders. Dit betekent dat er een goed zicht is op de correcte toepassing van de methodiek door de videohometrainer. K-VHT verloopt in vier stappen. De eerste stap is de introductie aan de ouders. Pas wanneer de methodiek zorgvuldig aan de ouders is uitgelegd, kan men overgaan naar de tweede stap. Dat is het maken van de video-opname: het filmen en het analyseren ervan. De derde stap is dan het nabespreken van de film met de ouders en de ondersteuning in het verwerken van de informatie die ouders krijgen aan de hand van de beelden. De vierde stap is ouders helpen de informatie vast te blijven houden en de verandering te laten bekliven, waarna men de K-VHT afsluit. (In de praktijk vinden de introductie en eerste opname meestal plaats in het eerste huisbezoek).

Het effect

Specifiek onderzoek naar het effect van VHT op excessief huilen is niet verricht. De aanname is dat VHT kan bijdragen aan een betere 'afstemming' tussen ouders en kind. In de VHT betekent dit dat het kind initiatief neemt tot contact en de ouder dit sensitief en adequaat kan ontvangen/oppakken (respons). Wanneer in de 'afstemming' door de ouders verbeteringen mogelijk zijn, kan VHT worden gekozen als behandelingsvorm. VHT richt zich niet alleen op het probleemgedrag van het kind (bijvoorbeeld excessief huilen), maar ook op de mogelijkheid van ouders om in stressvolle situaties sensitief op te voeden. Ook ouderfactoren als vermoeidheid en spanning, lage stresstolerantie, non-sensitief opvoedgedrag of beperkte vermogens om te troosten spelen een rol (Pauli-Pott and others 2000).

De kracht van K-VHT is dat het de ouder aan de hand van beelden van het eigen kind laat zien wat het kind nodig heeft. Initiatief van het kind wordt uitvergroet. Bij ouders die overmatig gefocust zijn op het huilen wordt de aandacht verlegd naar gezond gedrag van het kind. Gezonde, afgestemde interactieketens worden bekrachtigd en de ouders worden gerustgesteld.

Scholing

Een opleiding tot video-hometrainer voor de kortdurende variant kan gevolgd worden via het landelijk bureau Associatie voor Interactiebegeleiding en Thuisbehandeling. Tijdens de opleiding ontwikkeld de professional specifieke vaardigheden zoals beschreven in de handleiding voor de JGZ, de opleidingsklapper 'Kortdurende VHT in de JGZ' en het basisboek 'Video-hometraining in gezinnen', gericht op het werken met jonge kinderen van 0-4 jaar. Na certificering vindt een driejaarlijkse kwaliteitstoetsing plaats.

Zie voor meer informatie www.aitnl.org.

D. Babymassage

Er zijn verschillende soorten babymassage. Een methode die in Nederland veel gebruikt wordt bij baby's, is Shantala babymassage. Shantala babymassage is een vorm van totale lichaamsmassage van baby's die gebaseerd is op een ritmische manier van masseren. Belangrijk bij deze babymassage is dat de ouder/verzorger volledig en aandachtig gericht is op zijn/haar baby en dat hij/zij respectvol met de baby omgaat tijdens het masseren.

Wanneer start je met de aanpak?

Babymassage kan ingezet worden als ondersteuning aan de aanpak van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie die ingezet wordt met als doel (excessief) huilen te reduceren.

Leeftijd

De cursus babymassage richt zich op één ouder/verzorger met een baby in de leeftijd van 6 weken tot 9 maanden oud.

Contra-indicaties

Er zijn geen contra-indicaties bekend.

Adviezen uit de richtlijn

Er is enig bewijs dat wijst op een verbeterde moeder-kind interactie, toename van slaap en ontspanning en afname van enkele stressgerelateerde hormonen. Babymassage lijkt onschuldig en ouders kunnen hierover zeer positief zijn, bijvoorbeeld vanwege het contact dat ze maken met hun kind en de tijd die zij op die manier in een positieve sfeer besteden aan de baby. Hierbij is goede begeleiding nodig.

Methode

Gemiddeld bestaat de cursus babymassage uit 5 bijeenkomsten van 1½ - 2 uur. Iedere les verloopt min of meer volgens een vast patroon in een ontspannen, rustige sfeer.

Naast de babymassage en vele praktische tips staat er in iedere bijeenkomst ook een thema centraal, zoals til- en draagtechnieken, buikkrimpjes, emmeren, huil- en slaapedrag en lichaamstaal.

Ter ondersteuning van de babymassage maakt de ouder/verzorger kennis met een volwassenmassage over de kleding heen, om hen zelf te laten ervaren wat de baby voelt.

Bijzondere omstandigheden

Bij baby's die veel huilen, niet goed groeien, een asymmetrische ontwikkeling hebben, te vroeg geboren zijn of veel spanningen hebben kan het wenselijk zijn om ouders een individuele instructie bij hen thuis aan te bieden.

Het effect

Het belangrijkste effect van babymassage is dat de band tussen ouders en baby versterkt wordt en zij de lichaamstaal van de baby beter leren te begrijpen. De massage heeft een kalmerende invloed op het hele organisme, de tastzin wordt ontwikkeld, waardoor de baby leert met vertrouwen en zachtheid te reageren. Dit vertrouwen vormt een goede basis voor het opbouwen van een hechtingsrelatie.

Door je baby regelmatig te masseren slaapt hij/zij rustiger en dieper, de spijsvertering wordt beter, darmkrampjes en overstretching verminderen.

De massage heeft een belangrijke invloed op de hormoonproductie. Er is een daling van de hoeveelheid stresshormonen, zoals adrenaline en cortisol. Daarnaast is er een stijging van het hormoon oxytocine. Dit hormoon speelt een belangrijke rol bij gevoelens van tederheid en gebondenheid. Zowel bij de gemasseerde (de baby) als de masseur (de ouder/verzorger) is er een verhoogde productie van dit hormoon.

Scholing

Om cursussen Shantala Babymassage te geven aan ouders/verzorgers met hun baby is het nodig een basisopleiding Docent Shantala Babymassage te volgen. Deze opleiding wordt gegeven door gekwalificeerde docenten van de VSD. De meeste docenten hebben een (HBO-)opleiding in de gezondheidszorg gedaan voordat zij zich specialiseerden in babymassage en hebben ruime ervaring in het begeleiden van groepen. De Vakgroep Shantalamassage Docenten is een onafhankelijke vakgroep en heeft binnen Nederland uitsluitend vijf opleiders erkend waar de basisopleiding gevolgd kan worden. Zie voor meer informatie www.shantala.nl.

Bijlage 1

Anamnese

In het gesprek moet de zorgverlener het probleem zo breed mogelijk bespreken. Het stroomschema in Hoofdstuk 14 in de richtlijn kan hierbij leidraad zijn.

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

- Het ervaren probleem en de gevolgen ervan voor ouders, kind en gezin
 - Wat, waar, hoe, wanneer, sinds wanneer, hoe vaak, hoelang, en de gevolgen ervan?
 - Hoe gaat het met voeden / contact met de baby / slapen / huilen / ritme, etc.
 - Wat is de vraag (bezorgdheid) van de ouder(s) of de last die men ervaart (hoe gaat het met de ouders).
 - Wat is de gemoedstoestand van moeder en vader, de wederzijdse beïnvloeding en hun verwachtingspatroon.
- Oorzaak van excessief huilen en factoren die erop van invloed zijn (achterliggende problematiek)
 - Hebben de ouders een idee over de oorzaak van het excessieve huilen en over de factoren die van invloed kunnen zijn op het huilen (kind - ouders - omgeving).
 - Somatische oorzaken / psychosociale problemen.
 - Relevante informatie uit de voorgeschiedenis (zwangerschap/geboorte, ingrijpende gebeurtenissen, chronische stress).
- Competentie primaire opvoeder
 - Inzicht in de ontwikkeling (welke verwachtingen hadden/hebben ouders).
 - Kennis over de verzorging / opvoeding.
 - Ervaring met eerdere kinderen.
 - Verzorgings- en opvoedingsvaardigheden.
 - Is het kind te troosten (kan van invloed zijn op gevoelens van onmacht).
 - Opvoedingsattitude; wat vinden ouders belangrijk.
 - Zelfreflectie van de ouder op het eigen handelen en het effect ervan.
 - Inzicht in de behoeften van baby's, normaal babygedrag en de problematiek rond het huilen.
- Gezinsituatie: draagkracht / draaglast
 - Rol van de partner cq andere opvoeder (m.b.t. verzorging / opvoeding / ondersteuning / probleeminzicht).
 - Stressvolle omstandigheden cq aanwezige risicofactoren in het gezin (zie voor voorbeeldvragen Bijlage 6 in de richtlijn).
 - Sociaal netwerk van het gezin.
 - Bezorgdheid / adviezen van anderen.
 - Hoe zorgen de ouders dat ze het volhouden? Zorgen ze goed voor zichzelf?
 - Relevante informatie uit de voorgeschiedenis.
- Verwachtingen / wensen van ouders
 - Hebben ze (on)realistische verwachtingen en wat zouden ze anders willen?
 - Wat vinden de ouders een "normale" huilduur?
- Wat is tot nu toe geprobeerd en wat was het effect?
 - Welke andere zorgverleners zijn al betrokken of geraadpleegd?