

Tips voor verbeteren huilprotocol ziekenhuis

Nogal wat baby's huilen langer, indringender en ongelukkiger dan andere baby's. Soms zo erg dat een huilopname in het ziekenhuis volgt. Het vervolgens onder begeleiding laten uithuilen begint gelukkig tot het verleden te horen. Maar wat dan wel? Veel zorgverleners op de kinderafdelingen van ziekenhuizen worstelen met die vraag. Marilene de Zeeuw geeft negen helpende aanbevelingen.

Veel zorgverleners op de kinderafdelingen van ziekenhuizen worstelen met wat te doen met excessief huilende baby's. Ik geef een negental aanbevelingen om de richtlijn van jouw ziekenhuis aan te scherpen, vanuit een systemische visie (in de ziekenhuiswereld beter bekend als familycentered) en vanuit alles wat we inmiddels weten vanuit de Parent en Infant Mental Health: de geestelijke gezondheid van het gezin met een jong kind.

Tip 1: Zoek de richtlijn en betrek de professionals geschoold in diagnostisch denken bij de update

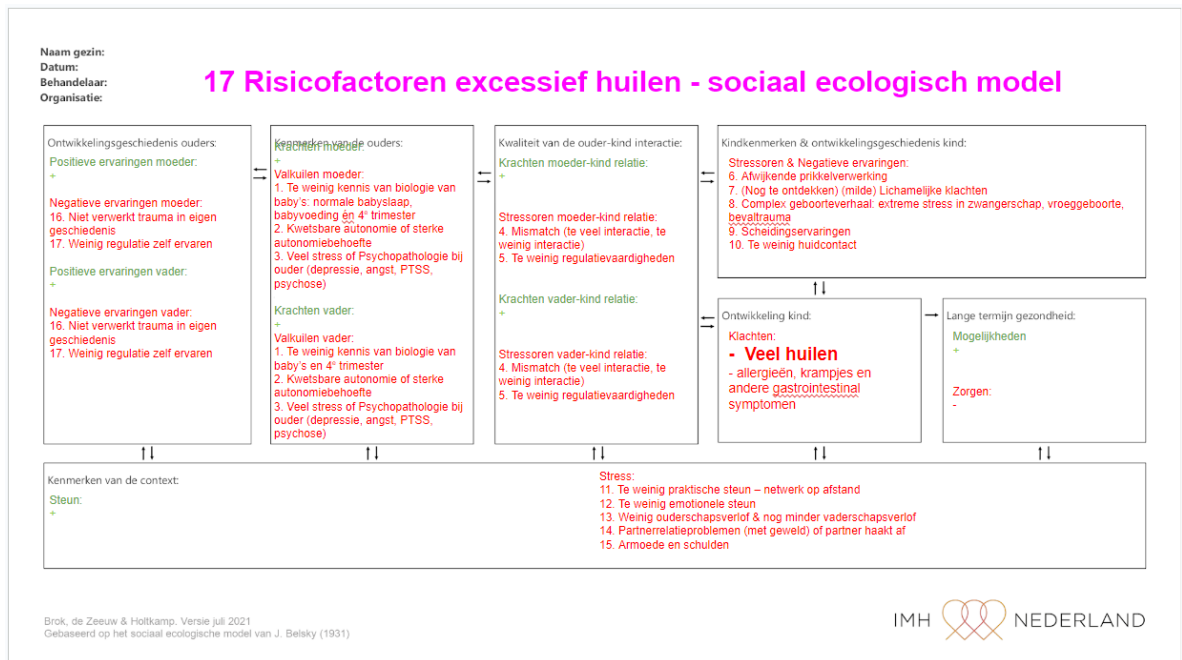
Alle afdelingen kennen richtlijnen of zorgpaden hoe te handelen bij veel voorkomende situaties. Een update van het zorgpad zal geaccordeerd moeten worden door het afdelingsoverleg en de betrokken disciplines. Het lijkt een open deur, maar het heeft zin om taken en rollen vooraf goed af te stemmen bij de update van deze richtlijn. Het proces is namelijk zowel een vehikel voor verandering als de explicitering van de visie en missie. Hoe meer mensen vanaf de start betrokken zijn, hoe minder weerstand er later zal zijn in het proces van goedkeuren en implementeren. Een mooie onderliggende missie is het multidisciplinair inrichten van de richtlijn, met brede diagnostiek vanuit de diagnostische cyclus (hypothesetoetsend) waarin alle ports of entry betrokken zijn. Dus niet alleen die van het kind zoals dat in veel huidige zorgpaden nog het geval is, maar vanuit een gedeelde, *family centered* missie (in Nederland toenemend bekend als de Parent & Infant Mental Health visie) met veel oog voor de wisselwerking tussen ouders en kind.

Tip 2: Zet breed hypothetisch denken voorop en communiceer dit naar ouders

Helder diagnostisch denken volgens het biopsychosociaal model is de norm in het medische veld. De praktijk is echter vaak anders. Ouders komen met de klacht over veel huilen, slecht slapen en uitputting. Daar wordt een oplossing voor gezocht: er is vast iets met de baby aan de hand.

De valkuil is om hier direct de blik te versmallen naar het kind of onmiddellijk te communiceren dat er 'met maar 5% van de baby's iets lichamelijks aan de hand is'. Dit zorgt regelmatig voor een contactbreuk in plaats van de beoogde geruststelling bij ouders. Natuurlijk: sommige problemen komen daadwerkelijk voort uit problemen die het kind zelf heeft: een slechte drinktechniek, jeuk door eczeem vanuit een voedselovergevoeligheid, een geboortetrauma, etc. Mijn pleidooi is om ouders te horen en hen te helpen om de hele puzzel te leggen van hun kind tegelijk met de stressoren in het systeem en de relaties. Huilen is namelijk een algemeen stress signaal.

Veel huilen wordt multifactorieel aangestuurd door meerdere stressoren. Daarom is het zinvol om de meest voor de hand liggende risicofactoren en protectieve factoren uit het biopsychosociaal model samen met ouders op een rij te zetten. Dit kan worden gedaan door de contactpersoon van de huilopname: de verpleegkundig specialist of medisch pedagogisch zorgverlener met IMH deskundigheid aangesloten bij netwerkzorg Onrustige baby, al dan niet in samenwerking met een verpleegkundig babyconsulent. Deze zorgprofessionals zijn opgeleid in het opstellen van casusconceptualisatie, kennen de valkuilen van te snel op één factor te gaan handelen en van het geven van snelle adviezen.



Bij onduidelijkheden is het zinvol om in het team met elkaar af te spreken wie welke factoren verder kan onderzoeken met ouders en baby: de kinderarts, de jeugdarts, de fysiotherapeut, de verpleegkundige of Medisch Pedagogisch zorgverlener met VIB, de psycholoog, de lactatiekundige of preverbaal logopediste, de diëtist, etc. Samen met ouders worden ingangen gezocht voor interventies: welke stressor in het hele plaatje heeft welke buffer of steun nodig om te kalmeren?

Het is verstandig om vanaf de eerste kennismaking en de eerste communicatie uitingen op website en in folders duidelijk te maken dat jullie een gezinsgerichte visie hebben: je organisatie richt zich op alle betrokkenen rond de baby. Dat geldt voor alle gezinnen, niemand uitgezonderd. Zo maak je duidelijk dat meer rust in het gezin ontstaat door een wisselwerking tussen alle betrokkenen en alle factoren die meespelen.

Tip 3: Bepaal de duur en de vorm van je huilopname

Een baby en zijn of haar ouders opnemen is vaak een kostbare noodgreep. Het heeft zin om met elkaar uit te rekenen wat de huidige kosten zijn, en de betrokken zorgverzekeraar te vragen om een pilot van een jaar te draaien met een nieuwe aanpak. De inzet voor deze onderhandeling: financiering om de dagopname overdag in te richten, verbetering van huidcontact middelen en het gebruik maken van co sleepers in het ziekenhuis na de bevalling. Na de pilot volgt een monitor over de invloed van deze nieuwe middelen op het voorkomen van excessief huilen en het verminderen van het aantal verzoeken om een huilopname en het aantal consulten bij de kinderarts van ouders met een onrustige baby.

Besprek altijd met ouders het doel van de opname: diagnostiek en een behandelplan aan het einde. Dat begint met het ordenen van de diagnostische vragen die er zijn voorafgaand aan de huilopname en de vraag of het realistisch is om deze in drie of vijf dagen te onderzoeken. Welke vragen zijn er, vanuit ouders, welke vragen hebben andere zorgverleners (JGZ, huisarts, en andere hulpverleners) en is daar de eerstelijnsdiagnostiek al uitgevoerd? Zonder contact met de eerste lijn wordt er geen tweedelijns zorg gestart. Van de eerste lijn mag worden verwacht dat de meest voorkomende voedselallergieën en gevoeligheden zijn uitgesloten, er een voedingsanalyse heeft plaatsgevonden door preverbaal logopediste én lactatiekundige én lichamelijk onderzoek is gedaan door de jeugdarts. De protocollen voor het (dubbelblind) uitsluiten van een koemelkallergie verschillen per GGD/Jeugdgezondheidszorg regio. Stem met elkaar af wie wat doet, en

wanneer zorg weer wordt overgedragen naar de eerste lijn. Informeer de huisartsen in de regio over de gemaakte afspraken en help ze gebruik te maken van deze afspraken.

Tip 4: De nacht is voor crisissituaties

Het aanbieden van een nacht in het ziekenhuis is een crisismaatregel, passend bij de situatie waar de impulscontrole - na een gesprek hierover - niet kan worden gegarandeerd door ouders. Het heeft verreweg de voorkeur om een dagklinisch aanbod in te regelen, met bijvoorbeeld drie dagen onder leiding van een vaste hulpverlener met ervaring met baby's, zoals een medisch pedagogisch zorgverlener, verpleegkundig babyconsulent of psycholoog. Dag 2 is voor verdere diagnostiek en dag 3 is voor proefinterventies en tot slot het ontslag met gedragen adviezen voor vervolghulp in de omgeving indien nodig.

Besprek met ouders hoe zij de avond en de nacht thuis kunnen doorkomen en hoe ze overdag kunnen uitrusten. Overdag is het gemakkelijker om personen uit het netwerk te vinden die een tijd met een huilende baby willen rondwandelen of deze willen dragen. Geef een (gepersonaliseerde) [audio-opname](#) mee met ademhalingsoefeningen voor beide ouders om te leren aanwezig te blijven.

Tip 5: Selecteer welke behandelmethoden je wilt aanbieden als proefinterventie tijdens de huilopname

Gebaseerd op het sociaalecologisch model richt je een programma in waarin aandacht is voor verschillende factoren:

- ouderfactoren: observatie door verpleegkundigen, gesprek met psycholoog;
- relatiefactoren: observatie door verpleegkundigen, video interactie begeleiders/ medisch pedagogisch zorgverleners;
- kindfactoren: onderzoek en observatie door kinderarts, lactatiekundige, preverbaal logopedist, fysiotherapeut;
- de context van het gezin: onderzoek door maatschappelijk werkster, screening met vragenlijsten door psychodiagnostisch medewerkers;
- de geschiedenis en psychische klachten van ouders en de geschiedenis van kinderwens, zwangerschaps- en bevallingscomplicaties met oog voor eventuele trauma's bij ouders en of baby: door psycholoog, screening met vragenlijsten door psychodiagnostisch medewerkers.

Tip 6. Verbeter ouderlijke vaardigheden

Uitkomsten van gesprekken, observaties en screeningslijsten worden compact gebundeld door de psycholoog in het sociaalecologisch model. In multidisciplinair overleg worden proefinterventies geselecteerd, en het behandelplan voorbereid en bijgesteld op basis van deze interventies. Afhankelijk van de duur van de huilopname kunnen deze proefinterventies op de afdeling al tijdens de opname worden gestart. Met hulp van Shared Decision making kiezen ouders de interventie van hun voorkeur.

Er zijn in Nederland ziekenhuizen die ouders ondersteunen in het verbeteren van hun ouderlijke vaardigheden. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het leren van Dunstan babytaal om zo de sensitiviteit voor de signalen van de baby te ontwikkelen of door het leren uitvoeren van de troosttechnieken van Karp. Een klein deel van de ouders heeft baat bij een vaste structuur in hun handelen en heeft een vaardigheidstekort door onvoldoende troostervaringen in hun eigen procedurele geheugen. Andere ouders worden door de nadruk op vaardigheden alleen maar meer onzeker ("Ik kan het dus kennelijk niet") en hebben meer baat bij interventies gericht op het (leren) en ondersteunen van het mentaliseren of bij lichaamsgerichte interventies. Door mentaliseren worden ouders geholpen om zich af te stemmen op de signalen van hun kind en wordt hun intuïtief ouderschap ondersteund door hun aannames en betekenisgeving te onderzoeken en van informatie te voorzien: "Klopt het dat je baby je afwijst door te huilen? Laten we samen eens kijken... Wat zie jij?" en 'Het is

heel normaal dat je baby jouw nabijheid nog zo nodig heeft. Durf je baby te volgen wat hij daarin aangeeft”.

Het samen zoeken en puzzelen vanuit een gezamenlijk niet-weten is de meest vruchtbare attitude. Zo voorkom je als zorgprofessional de betere-ouder te worden. Veel ouders ervaren de ziekenhuisstaf als de betere ouders, waar de baby om niet-verklaarde reden, plotseling minder huilt. De beste garantie voor een verhoogde zorgconsumptie is het opdoen van deze ervaring. Dat wil je dus voorkomen.

Lichaamsgerichte interventies zijn vruchtbaar om de gestreste lijven van ouders én baby te helpen herkennen en beginnen te kalmeren. Anderzijds helpen lichaamsgerichte mindfulness- en ademhalingsinterventies om meer accepterend bij het huilen aanwezig te zijn tegelijkertijd met het opgeven van de wens om het huilen op te lossen. De benadering van Thomas Harms is daarbij een helpend kader, o.a. met zijn onderscheid tussen herinneringshuilen (opgelopen trauma's bij baby en ouders dat om uithuilen dan wel EMDR vraagt) en resonantiehuielen (geëscaleerde spanning bij ouders en baby die om stressreductie vraagt door rustiger ademhaling en acceptatie van sensaties van de ouders).

Tot slot: een mentaliserend afdelingsklimaat waar regelmatig de stem en behoefte van de baby worden verwoord (“Wat zou de baby ons willen vertellen met het huilen?”), waar oog is voor de samenwerking en partnerrelatie van ouders, waar *skin-to-skin* zoveel mogelijk wordt gefaciliteerd en regelmatig erkenning wordt geboden wat het gezin allemaal al heeft doorstaan (traumasensitief) is de basis waar de meer gerichte interventies allemaal hun inbedding vinden.

Tip 7: Ouders erbij, tenzij...

Het is een oude gewoonte om tijdens een huilopname ouders naar huis te sturen om bij te slapen. Dat klinkt logisch, want met uitgeputte ouders valt niet te praten, laat staan te mentaliseren over betekenissen. Toch pakt dit in de praktijk vaak niet uit zoals gewenst. Borstvoeding maakt het regelmatig praktisch onmogelijk om moeder naar huis te sturen. En het ziekenhuis wordt gedevalueerd tot een vervangend netwerk als dit zonder meer gebeurt.

Maak het opvangen nuttig aan het proces om de bufferfactoren in het gezin uit te breiden. Overnemen van troost en/of ouderlijke zorg moet zorgvuldig afgestemd worden. De betekenis hiervan moet eerst met ouders besproken worden, als een aanvulling op het netwerk dat niet bestaat of het netwerk dat men niet kan of durft te vragen. Dit gesprek is de start van een crisisplan voor het eerste herstel, en daarna van een plan hoe komend jaar informele steun wél op structurele basis het gezin gaat steunen. Alle ouders zijn betere ouders met een netwerk aan betrokken familie en vrienden om hen heen, de zgn. *alloparents*. Onder andere de gezinnen met een gebrekkig (functionerend) netwerk belanden met een hulpvraag bij de kinderarts. Hiermee is direct een puzzelstuk verhelderd in de casusconceptualisatie.

Tip 8: Stel een behandelplan voor bij afronding van de onrustige baby dagbehandeling

Aan het einde van de dagklinische opnamedagen is het fijn als er een gedeeld verhaal ligt met als strekking: dit is hoe we in de negatieve spiraal zijn beland, deze puzzelstukken horen daarbij en door verder te werken aan deze veerkracht bevorderende onderdelen gaan we de komende tijd rust creëren thuis. Schrijf een korte ouder- en babyvriendelijke brief met verbindingstaal over de relatie tussen ouders en kind, waarin je zowel de positieve kanten van ouders en baby omschrijft als hun uitdagingen in het vinden van een hernieuwde match en de inzichten van de dagklinische opnamedagen. Deel deze brief na toestemming met de huisarts en de JGZ.

Tip 9: Werk gestaag aan je netwerk extern: passen je partners bij de risicofactoren uit het biopsychosociaal model?

Een goed advies bij ontslag dat past bij het gezin, de onderlinge relaties, de stressoren en de baby is vakwerk. Check na een week in je follow-up belletje of je hypothesen kloppen en je advies nog aansluit. Zo leer je van je inschatting, verbeter je je diagnostische proces en breid je je netwerk uit.

Dit artikel is tot stand gekomen met Jessica Boerema, Medisch Pedagogisch Zorgverlener en Trainer, en Carla Brok, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en Mindfulness Trainer.