

TriageConnect

Triage Protocol: Kind met Klachten

Koorts - Huilen - Val/Trauma

Voor medische professionals — TriageConnect 2026

Medische disclaimer

Dit protocol is ontwikkeld ter ondersteuning van getrainde (para)medische professionals in de huisartsenpraktijk. Het vervangt geen klinisch oordeel. Raadpleeg bij twijfel altijd de dienstdoende arts. Urgentieclassificaties zijn gebaseerd op NHG Triagewijzer en NICE-richtlijnen pediatrie.

1. Algemene Aanpak bij Triage van Kinderen

Bij triage van kinderen belt doorgaans een ouder of verzorger. Het kind is zelf niet aan de lijn. Dit vraagt om specifieke communicatievaardigheden: geruststellen, gericht doorvragen en snel inschatten of een kind acuut ziek is of stabiel thuis kan worden begeleid.

Aandachtspunten aan de lijn

- **Wie belt?** Moeder, vader, verzorger — vraag altijd naar de relatie tot het kind
- **Leeftijd kind:** Dit bepaalt urgentiecriteria (neonaat vs. peuter vs. schoolkind)
- **Reden van bellen:** Open vraag; laat de ouder eerst uitpraten
- **Hoe ziet het kind er nu uit?** Vraag ouder te beschrijven wat ze zien
- Maak onderscheid tussen zorgen van ouder en medische urgentie
- Stel gerust waar mogelijk, maar vang nooit vals

Communicatietips

- Spreek kalm en gestructureerd; ouders zijn vaak bezorgd en gestrest
- Gebruik begrijpelijke taal (vermijd jargon zoals 'tachycardie')
- Valideer de zorg: 'Ik begrijp dat u zich zorgen maakt, ik ga u helpen'
- Vat samen wat u gehoord heeft voor checks
- Geef altijd een vangnet mee aan het einde van het gesprek
- Documenteer het gesprek volledig in het HIS

2. Triageprotocol: Kind met Koorts

Koorts is een van de meest voorkomende redenen waarom ouders de huisartsenpraktijk bellen. In de meeste gevallen is koorts bij kinderen benigne en viraal van oorsprong. Toch vereist een gestructureerde triage om ernstige oorzaken niet te missen.

2.1 ABCDE-Structuur — Koorts

A Airway (Luchtweg)

- **Alert?** Reageert het kind goed op aanspreken, aanraken of geluid van ouders?
- Maakt het kind geluiden? Huilt het normaal?
- **Stridor?** Hoog piepend geluid bij inademen (wijst op hoge luchtwegobstructie)
- Kwijlen of moeite met slikken? (denk aan epiglottitis — zeldzaam maar acuut)

B Breathing (Ademhaling)

- **Intrekkingen?** Intercostaal, subcostaal of suprasternaal — wijst op vergroot ademarheid
- **Neusvleugelen?** Teken van verhoogde ademarheid, met name bij zuigelingen
- **Piepen (wheezen)?** Expiratoir piepen — denk aan bronchiolitis, astma

C	Circulation (Circulatie)	<ul style="list-style-type: none"> • Brommen (grunting)? Expiratoire kreun — ernstig teken, kind probeert PEEP te creëren • Ademfrequentie verhoogd voor leeftijd? (zie tabel sectie 4) • Kleur: Rode wangen bij koorts is normaal; bleek, blauw of grauw is alarmerend • Braken? Hoe vaak, projectiel? Bloed of gal? Kan kind vocht binnenhouden? • Huidtemperatuur ledematen: koud met warme romp = slechte perifere perfusie • Capillaire refill: druk op nagel, moet <2 seconden terugkleuren
D	Disability (Neurologisch)	<ul style="list-style-type: none"> • Alertheid: Hoe reageert het kind op de omgeving, op ouders? • Is het kind erg suf, niet te wekken of reageert het anders dan normaal? • Convulsies? Trekkingen, rollende ogen, stijfheid (koortsstuip vs. epilepsie) • Huilt anders dan normaal: hoog, schrill, inconsolabel huilen is alarmerend • Nekstijfheid? Bij oudere kinderen vragen — meningeaal teken
E	Exposure (Huidbeeld / Meten)	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatuur: Hoe gemeten? Rectaal meest betrouwbaar bij <3 jaar. Oraal/axillair = +0.5°C • Huidbeelden: Rode vlekjes — wegdrukbaar = viraal exantheem. Niet-wegdrukbaar = petechiën/purpura (acuut!) • Blauwe plekken onverklaard of op ongewone locatie (denk aan non-accidenteel trauma) • Wonden of zwellingen? Tekenen van lokale infectie (impetigo, cellulitis, osteomyelitis) • Rash: Rode, maculopapuleuze uitslag — virale exanthenen zijn frequent bij kinderen

2.2 Aanvullende Anamnese — Koorts

Categorie	Vragen	Klinische relevantie
Mictie	Aantal natte luiers (zuigelingen) of plassen (kinderen) in 24 uur	Hydratatiestatus; <2 natte luiers/dag = dehydratie teken
Defecatie	Diarree? Waterig, met bloed? Hoe frequent? Obstipatie?	Gastro-enteritis, hemolytisch-uremisch syndroom (HUS)
Vochtiname	Percentage van normaal dat kind drinkt. Spuugt het op na drinken?	<50% inname = drempelwaarde voor beoordeling
Virale symptomen	Hoesten, keelpijn, oorpijn, loopneus, neusverstopping, hoofdpijn	Ondersteunt virale oorzaak; geruststelling mogelijk
Duur koorts	Hoe lang al koorts? Hoogste gemeten temperatuur?	>5 dagen koorts = altijd beoordeling (U3 criterium)
Medicatie	PCM (paracetamol) of ibuprofen gegeven? Dosis, tijdstip, effect?	Effect van antipyretica helpt ernst inschatten
Voorgeschiedenis	Prematuriteit, chronische ziekte, immunosuppressie?	Verhoogd risico op ernstig beloop

2.3 Zelfzorgadvies bij Koorts

Koortsverlagers

- **Paracetamol (PCM):** 10-15 mg/kg per gift, max 4x per dag. Werkt binnen 30-60 min.
- **Ibuprofen:** 5-10 mg/kg per gift, max 3-4x per dag. Niet bij <3 maanden of dehydratie.
- Afwisselen PCM en ibuprofen is mogelijk indien 1 middel onvoldoende effect heeft
- Effect verwacht na 30-60 min: kind hoeft niet 100% koortsvrij te worden
- **Doseerwijze:** Altijd op gewicht doseren, niet op leeftijd

Overige Zelfzorgmaatregelen

- **Vochtiname:** Stimuleer actief: water, pap, moedermelk, zuigelingenvoeding
- **Zoutoplossing:** NaCl 0,9% druppels bij neusverstopping — veilig bij alle leeftijden
- Luchtige kleding, kamer niet te warm (18-20°C)
- Hoestdrank: beperkt bewijs; saline inhalatie of zoutneusspray als alternatief
- Rust en slaap bevorderen herstel — kind hoeft niet actiever te zijn

- Controleer elke 4-6 uur temperatuur opnieuw

3. Voorbeeld triage: Kind met Koorts

Casuspresentatie

Moeder belt voor dochter van 9 maanden. Sinds 2 dagen hoge koorts (T 38,9°C, rectaal gemeten) en snotverkouden. Drinkt minder goed en is erg hangerig.

A: Kindje ligt bij moeder op schoot, wil veel contact. Reageert wel goed op spraak en aandacht van moeder. Niet suf — wel erg vermoeid.

B: Intrekkingen: – Neusvleugelen: – Piepen: + (sinds vanmorgen) Brommen: –

C: Braken: – Kleur: Rode wangen (koorts gerelateerd) - Geen petechiën of huidbeelden

D: Alertheid: minder door ziekte, maar reageert normaal op ouder. Geen trekkingen.

E: T 38,9°C rectaal. Geen huidbeelden, geen vlekjes, geen wonden.

Mictie: Laatste plasluier vanmorgen (gb). Gisteren 3 plasluiers in totaal — aan de lage kant.

Defecatie: Gisteren normaal, zacht. Geen diarree, geen bloed, geen obstipatie.

Vochtinname: Gisteren 200/600cc (ca. 33%). Vandaag eerste fles geweigerd. Drinken onder de 50% drempel.

Virale symptomen: Hoesten (zonder slijm of bloed, sinds gisteren). Snotverkouden. Geen keelpijn/oorpijn vermeld.

Medicatie: PCM 3dd 120mg sinds gisteren. Af en toe vrolijke momenten na gift. Geen ibuprofen, geen zoutoplossing.

Hulpvraag moeder: Zorgen over drinken en het piepen. Wil weten of een consult nodig is.

Beleid & Redenering

Urgentie: U3 — Niet-spoedeisend consult vandaag

Redenering: Koorts (T38,9°C) + expiratoir piepen + hoesten + vochtinname <50% → beoordeling vereist. Kind is nog alert en reageert op ouder (geen D-problematiek), maar combinatie piepen + verminderde intake bij zuigeling van 9 maanden vraagt om lichamelijk onderzoek.

Differentiaaldiagnose: Bronchiolitis (RSV meest frequent bij <1 jaar) | Virale lageluchtwegsinfectie | Beginnende pneumonie

Actie: Afspraak maken binnen 2-3 uur bij huisarts. Continueer PCM op schema. Stimuleer kleine hoeveelheden vocht frequent aanbieden. Zoutoplossing neusdruppels bij neusverstopping.

Vangnet meegeven: Direct bellen bij intrekkingen, brommen, blauwe kleur, niet meer te wekken, of verslechtering vóór het consult.

Achtergrond: Virale oorzaak bij kinderen

- **Overdracht:** Virusinfecties verspreiden via druppeltjes (niezen/hoesten) of contact met besmette oppervlakken gevolgd door aantasten van slijmvliezen.
- **Symptoomduur:** 5-10 dagen — dit is de benodigde tijd voor het immuunsysteem om het virus op te ruimen. Ouders geruststellen dat dit normaal is.
- **Antibiotica:** Niet effectief bij virale infecties. Antibiotica bestrijden uitsluitend bacteriën. Niet nodig bij typisch viraal beeld.
- **Frequente virale verwekkers kinderen:** RSV (bronchiolitis), Rhinovirus (verkoudheid), Influenza, Parainfluenza (kroep), Adenovirus.
- **Bacterieel vermoeden:** Oogt kind toxisch, koorts >5 dagen, plotse verslechtering na verbetering → altijd beoordelen.

4. Urgentiecriteria & Vangnet Koorts

Gebruik onderstaande criteria op basis van de NHG Triagewijzer en NICE-richtlijnen als leidraad voor urgentieclassificatie. Bij twijfel: altijd opschalen.

4.1 Urgentietabel Koorts naar Leeftijd

Leeftijd kind	Drempel koorts	Urgentie	Actie
<3 maanden	T ≥38,0°C rectaal	U1/U2 — Acuut	Direct naar SEH of arts bellen
3-6 maanden	T ≥39,0°C	U2 — Dringend (1-2 uur)	Beoordeling dezelfde dag
>6 maanden	T ≥39,5°C of ziek beeld	U3 — Niet-spoedeisend	Consult dezelfde dag
>6 maanden, goed beeld	T 38-39,5°C, goed drinken	U4/U5 — Zelfzorg	Telefonisch advies + vangnet

4.2 U3-Criteria voor Ziek Kind (NHG)

- **Koorts >5 dagen:** ongeacht hoogte temperatuur (max. 41,0°C)
- **<50% normale vochtinname:** gedurende minimaal 1-2 dagen
- **<2 natte luiers of plasluiers per 24 uur:** bij zuigelingen
- **Hele dag passief:** kind ligt op bank, stopt volledig met spelen (bij peuters/kleuters)
- **Slechte respons op antipyretica:** geen enkele vrolijkheid na koortsverlager
- **Piepen, neusvleugelen of intrekkingen:** verhoogde ademarheid, altijd beoordelen

⚠ Rode Vlaggen — Direct naar arts / SEH

- **Niet-wegdrukbaar vlekjes (petechiën/purpura):** denk aan meningokokkensepsis — NOOIT afwachten
- **Sufheid / niet alert:** kind reageert niet of nauwelijks op aanraken of stem ouder
- **Brommen (grunting):** ernstig teken van respiratoire insufficiëntie
- **Blauwe kleur (cyanose):** centraal of perioraal — onmiddellijk 112 bellen
- **Hoog schril huilen:** inconsolabel, anders dan normaal — meningeaal teken zuigelingen
- **Convulsies / stuipen:** eerste koortsstuip >15 min, of focaal, of <6 maanden
- **Nekstijfheid (>2 jaar):** kin naar borst — meningitis uitsluiten
- **Leeftijd <3 maanden met koorts:** altijd acuut beoordelen (neonatale infecties verlopen snel)

4.3 Referentiewaarden Ademfrequentie & Koorts

Leeftijd	Normale AF (/min)	Verhoogd (/min)	Koortsgrens (rectaal)
<2 maanden	30-60	>60	≥38,0°C
2-12 maanden	25-50	>50	≥38,0°C
1-5 jaar	20-40	>40	≥38,5°C
5-12 jaar	18-30	>30	≥38,5°C
>12 jaar	12-20	>20	≥38,5°C

5. Triageprotocol: Kind dat Overmatig Huilt

Overmatig huilen (>3 uur/dag, >3 dagen/week) is een veelvoorkomende klacht bij zuigelingen <3 maanden (infantiele koliek). Bij oudere kinderen is een organische oorzaak waarschijnlijker. Altijd niet-accidenteel letsel uitsluiten.

5.1 ABCDE-Structuur — Huilen

A	Airway (Luchtweg)	<ul style="list-style-type: none">Is het huilen anders dan normaal? Schril, hoog, inconsolabel?Stridor bij huilen? (luchtweg probleem uitsluiten)Kan het kind normaal slikken/drinken tussen het huilen door?
B	Breathing (Ademhaling)	<ul style="list-style-type: none">Is de ademhaling regelmatig of houdt het kind zijn adem in?Apneu? Korte ademstops bij huilen (breath-holding spells) zijn benigne maar schrikken ouders hevigVerhoogde ademfrequentie tussen huilbuien door?
C	Circulation (Circulatie)	<ul style="list-style-type: none">Kleur: Rood bij huilen = normaal. Blauw/bleek = alarmerendBraken na of tijdens het huilen? Projectiel? (denk aan pylorusstenose <3 maanden)Bloed bij ontlasting? (denk aan invaginatie bij 6-24 maanden)
D	Disability (Neurologisch)	<ul style="list-style-type: none">Inconsolabel? Niet te troosten door ouders — alarmsignaalIs het kind tussen huilbuien door rustig/normaal alert? (Bij koliek: ja)Bol buikje + intrekken knieën? Klassiek bij buikpijn/koliekHoog schril huilen = meningeaal teken bij zuigelingen — acuut
E	Exposure (Lichamelijk)	<ul style="list-style-type: none">Uitkleden (via ouder): Haarband om vinger/teen? (haartourniquetsyndroom) — acuut afknippenOorsymptomen: trekt aan oor? Rode oorschelp zichtbaar?Blauwe plekken op ongewone locatie: rug, romp, gezicht bij <1 jaar — non-accidenteel letsel uitsluitenOpgezette fontanel (zuigelingen <18 maanden) — meningitis/hydrocephalus

Oorzaken Overmatig Huilen

- Infantiele koliek (<3 mnd):** Meest frequent, benigne, zelfbeperkend (stopt vaak rond 3-4 mnd)
- Honger:** Controleer voedingsfrequentie en -hoeveelheid
- Koemelkallergie:** Frequentie, eczeem, slijm bij ontlasting
- Reflux (GER):** Huilt na voeding, boog houding tijdens/na drinken
- Otitis media:** Koorts, trekt aan oor, verhoogd risico na verkoudheid
- Invaginatie (6-24 mnd):** Episodisch hevig huilen, bleek, bloed bij ontlasting
- UTI:** Koorts zonder focus, meisjes vaker

Vangnet Huilen — Direct Beoordelen

- Inconsolabel huilen, niet te troosten door ouder
- Hoog schril huilen (anders dan normaal)
- Bloed bij ontlasting + episodisch huilen (invaginatie)
- Niet-wegdrukbaar vlekjes op de huid
- Onverklaarbare blauwe plekken, fracturen
- Bol buikje + braken + geen ontlasting
- Opgezette fontanel bij zuigeling

6. Triageprotocol: Kind na Val of Trauma

Val en trauma zijn frequent bij kinderen. De meeste vallen zijn benigne (sofa, bed, trap). Toch moet elke val worden getriageerd op ernst van het mechanisme, leeftijd van het kind en de klinische presentatie erna. Non-accidenteel trauma (kindermishandeling) moet altijd worden overwogen.

6.1 Anamnese na Val — Essentiële Vragen

Vraag	Klinische relevantie
Hoe is het kind gevallen? (mechanisme)	Val van >1 meter hoogte of met snelheid = hoog-energetisch trauma
Waarop is gevallen? (hoofd, rug, buik?)	Hoofd/nek meest risicovol; buiktrauma onderschat risico
Hoe hoog was de val?	>1 meter bij kind <2 jaar of >1,5 meter bij ouder kind = altijd beoordelen
Heeft het kind bewustzijn verloren?	Bewustzijnsverlies = schedelfractuur/intracraniale pathologie tot bewezen otherwise
Was er braken na de val?	≥1x braken post-trauma = beoordeling; ≥2x = CT indicatie overwegen
Hoe gedraagt het kind zich nu?	Normaal gedrag na val is geruststellend; anders dan normaal is alarmerend
Klopt het verhaal met het letsel?	Inconsistent verhaal + letsel bij jong kind — non-accidenteel trauma uitsluiten

6.2 ABCDE-Structuur — Na Val/Trauma

A	Airway (Luchtweg)	<ul style="list-style-type: none"> • Spreekt/huilt het kind normaal? • Nekpijn na val? Vraag ouder het hoofd NIET te bewegen totdat arts heeft beoordeeld (cervicale wervelkolom) • Stridor, heese stem — letsel aan larynx?
B	Breathing (Ademhaling)	<ul style="list-style-type: none"> • Normale ademfrequentie voor leeftijd? • Thoraxtrauma: Pijn bij ademhaling, moeizame ademhaling, asymmetrische thoraxexcursies • Longcontusie, pneumothorax na hoog-energetisch trauma
C	Circulation (Circulatie)	<ul style="list-style-type: none"> • Actief bloedverlies? Comprimeer; beoordeel op kleur en bewustzijn • Bleekheid, koude extremiteiten, tachycardie — hemorrhagische shock? • Buiktrauma: Pijn op druk, rigiditeit — inwendige bloeding organen (lever, milt, nier)
D	Disability (Neurologisch)	<ul style="list-style-type: none"> • Bewustzijn: Volledig normaal? Verward, suf of bewusteloos? • Bewustzijnsverlies: Hoe lang? Volledig herstel daarna? • Pupillen gelijk en reagerend op licht? (bij oudere kinderen vragen) • Amnesie: Herinnert kind de val niet meer? — commotio cerebri • Convulsies na trauma — altijd acuut beoordelen
E	Exposure (Letsels)	<ul style="list-style-type: none"> • Wonden: Hoofdwond bloedt sterk maar is zelden levensbedreigend; stelp en beoordeel grootte • Knobbel/bult hoofd: Subcutane hematoom = geruststellend (energie afgereageerd op buitenkant) • Bloeding achter oor (Battle's sign): schedelbasisfractuur — naar SEH • Gelijkmatische pupillen? Oogomgeving (brilhematoom — schedelbasis?) • Blaauwe plekken: Ongewone locaties, verschillende leeftijden — non-accidenteel letsel?

Rode Vlaggen Val/Trauma — Altijd 112 of direct SEH

- **Bewustzijnsverlies:** ook kort (<1 minuut) of onvolledig herstel daarna
- **Aanhoudend braken:** ≥2x braken na traumatisch hersenletsel — CT-indicatie
- **Val >1 meter hoogte:** bij kinderen <2 jaar, of hoog-energetisch mechanisme
- **Nekpijn / nekstijfheid:** cervicale wervelkolom tot uitgesloten door arts
- **Abnormaal gedrag:** suf, verward, anders dan normaal na val
- **Actief bloedverlies niet te stelpen:** of tekenen van inwendige bloeding
- **Brilhematoom of Battle's sign:** schedelbasisfractuur
- **Inconsistent verhaal:** discrepantie tussen beschreven val en aard van het letsel bij jong kind
- **Convulsies na trauma:** altijd neurologische beoordeling vereist

Wanneer Zelfzorg na Val

- Kind gedraagt zich direct na val volledig normaal
- Geen bewustzijnsverlies (ook niet kortdurend)
- Val van laag mechanisme (<sofa hoogte bij kruipend kind)
- Geen braken na de val
- Maximaal 1x braken direct na schrik, daarna normaal
- Kleine wond: stelpen met druk, oppervlakkig, gehecht of geplakt
- **Advies:** 24 uur observeren thuis; bij verandering direct bellen

Vangnet na Val Thuis

- Bel direct bij: braken (meer dan 1x), sufheid, niet te wekken
- Bel bij: hevige hoofdpijn die erger wordt
- Bel bij: ongewone slaperigheid (kind wakker houden eerste 2 uur)
- Bel bij: herhaling van bewustzijnsverlies
- Bel bij: convulsies of stuipen
- Bel bij: een oog dat scheef staat of pupilverschil
- **112 bellen:** bij bewusteloosheid of niet te wekken kind