Cursus borstvoeding voor kraamverzorgsters, Zorgverleners:

1 herhaling van de basis kennis (anatomie, hoe ziet een doorsnee borst eruit, herhaling van het op gang komen van de melkproduktie (prolactine, oxytocine) en in stand houden van melkproduktie).

Effect van bij voeden op het zelfvertrouwen

Medisch noodzakelijk

Afvallen baby, gewicht poep en plas, helderheid baby

Grootte maagje baby, norm hoeveelheid kunstvoeding

Een verzwakte suffe baby gaat niet aan de borst, heeft kracht niet

Gebruik van tepelhoedjes

Kolven, weinig melk, manueel kolven

2 WHO code (deze nog eens onder de aandacht brengen en bespreken)

3 belang van huid op huid

4 multidisiplinaire richtlijn 2015

PAUZE

5 hulpmiddelen (voor en nadelen bespreken) bijvoeden

6 doorverwijzen naar IBCLC

7 vragen ronde, mogelijkheid tot bespreken van casus en praktijkervaringen.

8 invullen kckz registratie, evaluatie formulieren

DOEL van deze cursus:

Herhalen en verbeteren van de algemene basis kennis van borstvoeding

Minder snel en onnodig inzetten van hulpmiddelen

Verbeteren van de borstvoedingscijfers

Bespreken van de multidisiplinaire richtlijn, zodat deze meer bekend wordt en basis kan zijn voor betere samenwerking met verloskundigen, waarin zorgverleners meer op een lijn advies geven aan kraamvrouwen

Zo nodig verwijzen naar IBCLC, zodat client die er behoefte aan heeft, ook gebruik van maakt

10 vuistregels voor het slagen van de borstvoeding (cursist ruimte geven, om praktijkervaringen uit te wisselen en hierin van elkaar te leren en verbeteren)

Bijvoeden: meer aandacht voor onnodig bijvoeden van kunstvoeding, meer bekendheid over donormelk. (bron: moedermelknetwerk.nl)

1 herhaling van de basis kennis (anatomie, hoe ziet een doorsnee borst eruit, herhaling van het op gang komen van de melkproduktie (prolactine, oxytocine) en in stand houden van melkproduktie).

Hormonen:

* HPL (Humaan Placental Lactogen) daalt binnen enkele uren pp
* Iedere zwangere vrouw maakt via de placenta HPL aan. Dit hormoon zorgt ervoor dat de vrucht niet wordt afgestoten. HPL remt het hormoon prolactine. Prolactine is verantwoordelijk voor de aanmaak van moedermelk. De prolactinespiegel heeft tijdens de zwangerschap de neiging om te stijgen. Dit verklaart waarom zwangere vrouwen gedurende de zwangerschap al een melkachtige vloeistof aanmaken. HPL remt juist prolactine om ervoor te zorgen dat er geen moedermelk wordt aangemaakt. Na de bevalling verdwijnt HPL snel uit het lichaam en maakt plaats voor prolactine, waardoor de borstvoeding op gang komt.
* Oestrogenen: Remt de melkproduktie , is verantwoordelijk voor de eerste stadia van borstontwikkeling

Induceert toename van bind- en vetweefsel en de verdere ontwikkeling van bloedvaten rondom de melkgangen.

* Progesteron: wordt door placenta afgescheiden om de zwangerschap in stand te houden en houd de lactatie tegen (daalt in de 3 dagen pp, noodzakelijk voor de vorming van primitieve alveoli tot lobuli. Daalt na de geboorte van de placenta, waardoor lactogenese 2 start.
* Prolactine: (als progesteron is gedaalt, krijgt prolactine vrij spel) melkproduktie, tijdens de zwangerschap zorgt prolactine dat de hoeveelheid melkklierweersel inde borst groter wordt

Is onderhevig aan dag-nacht ritme (oorzaak clustervoedingen)

* Oxytocine: toeschietreflex (komt vrij als baby drinkt, laat spiercellen samentrekken)
* Eiwit: FIL (feedback inhibitor of lactation) eiwit in de melk, als er tussen de voedingen door te veel melk in de borst is, dan remt dit eiwit de melkaanmaak in de melkklieren.
* Cholecytokinine wordt door moeder geproduceerd als kind aan de borst drinkt, brengt rust en relaxatie bij de moeder, geeft een bevredigend gevoel.

Medicijnen die de produktie van prostaglandinen remmen zijn de zogenaamde NSAID’s. Deze stoffen dempen oa pijn en koorts, maar hebben meerdere bijwerkingen, zoals beschadiging van de maagwand. Dit komt doordat ze ook de synthese van prostaglandines remmen die betrokken zijn bij de opbouw van het maagslijmvlies. Prostaglandine E1 speelt een belangrijke rol in het openen, respectievelijk sluiten, van de [ductus Botalli](https://nl.wikipedia.org/wiki/Ductus_Botalli) ([ductus arteriacus](https://nl.wikipedia.org/wiki/Ductus_arteriacus)) welke (deels) de [foetale bloedsomloop](https://nl.wikipedia.org/wiki/Foetale_bloedsomloop) bepaalt. Samen met de zuurstofspanning zorgt prostaglandine E1 voor het samentrekken van de spierwand van de [ductus Botalli](https://nl.wikipedia.org/wiki/Ductus_Botalli) waarna de neonatale – normale bloedcirculatie wordt opgestart.

**Lactogenesis**

Er zijn verschillende fasen van melkaanmaak:

1. Lactogenese fase 1: in 2e helft van de zwangerschap (vanaf 16 weken);colostrum
2. Lactogenese fase 2: 3e/4e dag postpartum; begin van moedermelk
3. Lactogenese fase 3 / galactopoësis: vanaf 9e dag postpartum tot spenen; in stand houden van bestaande productie
4. Involutie: 40 dagen na de laatste voeding; stoppen van melkaanmaak

**Prolactine**

Het hormoon prolactine zorgt voor de aanmaak van moedermelk maar wordt tijdens de zwangerschap onderdrukt door progesteron. Zodra de placenta is geboren, stijgt de prolactinespiegel in je bloed.  
  
Voor de melkproductie is het belangrijk om de prolactinespiegel hoog te houden, door vanaf het begin [vaak te voeden](http://www.borstvoedingnatuurlijk.nl/Borstvoeding/Informatie_per_onderwerp/De_basis/Voeden_op_verzoek) en je baby [goed aan te leggen](http://www.borstvoedingnatuurlijk.nl/Borstvoeding/Informatie_per_onderwerp/De_basis/Aanleggen). Het drinken aan de borst stimuleert de gevoelige zenuwuiteinden in je tepel en tepelhof, wat voor je hersenen een signaal is om prolactine af te geven. Bij iedere voeding ontstaat er een piek die zorgt dat er voor de volgende voeding voldoende melk wordt gemaakt.  
  
Vaak voeden in de eerste week na de bevalling stimuleert tevens de aanmaak van [prolactinereceptoren](http://www.borstvoedingnatuurlijk.nl/Borstvoeding/Informatie_per_onderwerp/Fysiologie/Prolactine-receptoren). Hoe meer prolactinereceptoren, hoe beter de aanwezige prolactine kan worden benut. Dit is dus gunstig voor de melkproductie op langere termijn.  
  
**Adrenaline onderdrukt de aanmaak van prolactine. ’s Nachts is het adrenalinepeil heel laag en heeft prolactine vrij spel. Daarom zijn nachtvoedingen een goede stimulans voor de melkproductie. Prolactine levert tevens een positieve bijdrage aan zorgzaam gedrag, rust, diepe slaap, uitgerustheid en vermindering van stress**.

Gedurende de eerste weken neemt het prolactinegehalte in het bloed van de moeder geleidelijk af. In vergelijking met moeders die geen borstvoeding geven, blijft het echter licht verhoogd.

Oxytocine neusspray (onderzoek bij prematuren, combi kolven en neusspray, gedurende de eerste 5 dagen pp geen effect). (fewtrel 2006)

Stadium van Tanner

1 borstvergroting/heksenmelk bij neonaat

2 bleke fibreuze verhevenheid, nog geen duidelijk onderscheid tussen tepel en tepelhof

3 toename subareolair weefsel en elevatie tepelhof (14-15jaar)

4 rustende borst

5 voltooiing borstontwikkeling tijdens zwangerschap en lactatie (volledig netwerk van melkklieren tot ontwikkeling komt)

|  |  |
| --- | --- |
| **Tannerstadium** | **Kenmerken** |
| B1 | Preadolescent; enkel de papilla (tepel) van de borst is geëleveerd. Geen klierweefsel aanwezig. |
| B2 | Borstknop ontstaat. Het klierweefsel wordt voelbaar. De areola (tepelhof) vergroot. |
| B3 | Verdere vergroting van de borst en areola (tepelhof), zonder scheiding van hun contouren. |
| B4 | Projectie van de areola en papilla (tepel en tepelhof) tot vorming van een tweede elevatie bovenop de borst. |
| B5 | Volwassen stadium; enkel projectie van de papilla (tepel) door de retractie van de areola (tepelhof) die weer in een gelijk vlak met de borstcontour komt te liggen. |

Schildklierafwijking:

Verstoorde schildklierfunctie resulteert waarschijnlijk in minder oxytocineafgifte (verminderde toeschietreflex) wat kan worden opgevangen door borstcompressie, borstmassage, oxytocineneusstpray). Evt medicatie gebruiken om tot normale schildklierfunctie waarden te komen.

POS polycystic ovary syndrome

Syndrome dat zich kenmerkt door cystes op de eierstokken, onregelmatige of afwezige menstruaties. Oorzaak is een verstoring in de hormoonhuishouding (LH FSH prolactine en oxytocine). Vaak is bij deze vrouwen het borstklierweefsel onvoldoende ontwikkeld. Behalve wisselvoeden, vaker aanleggen en extra kolven, kan men ook domperidon, metoclopramide gebruiken om de prolactine afgifte te stimuleren.

**Effect van bij voeden op het zelfvertrouwen**

**Medisch noodzakelijk (kijk naar het geheel, meld de baby zich, allert, temperatuur, vochtlijst)**

**Wanneer is het medisch noodzakelijk?**

Bijvoeden met afgekolfde moedermelk

Donor moedermelk

Kunstvoeding

Geen (suiker-) water of thee

**Afvallen baby, gewicht poep en plas, helderheid baby**

Hoeveel procent is de baby afgevallen?

Is er sprake van toedienen van vocht tijdens de PA?

Hoeveelste dag en hoe is de melkproductie van mama?

Voeding observeren, hoor je de baby slikken, effectief zuigen?

Als baby op de tepel zuigt, lijkt het alsof hij drinkt, maar krijgt geen melk binnen.

Wordt er tepelhoedje gebruikt?

Kleur poep , hoeveelheid plasluiers

Hoe reageert de baby op prikkels? Meld de baby zichzelf?

Hoelang slaapt baby op een voeding? Komt de baby aan?

**Grootte maagje baby, norm hoeveelheid kunstvoeding**

****

**Een verzwakte suffe baby gaat niet aan de borst, heeft kracht niet**

5 hulpmiddelen (voor en nadelen bespreken) bijvoeden

**Gebruik van tepelhoedjes**

**Kolven, weinig melk, manueel kolven**

**De WHO-code legt reclame voor babyvoeding aan banden. Wanneer deze code wordt geïmplementeerd door nationale regeringen en nageleefd door bedrijven, kunnen ouders een keuze maken voor het voeden van hun kind vrij van commerciële belangen.**  
  
De WHO-code heet voluit de Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk. De WHO-code stelt zich een veilige en geschikte voeding voor zuigelingen ten doel en wil daaraan een bijdrage door:

* borstvoeding te beschermen en te bevorderen
* te zorgen dat vervangingsmiddelen voor moedermelk - wanneer nodig - juist worden gebruikt
* te bevorderen dat ouders voldoende en juiste voorlichting krijgen
* richtlijnen te stellen aan de verkoop van en reclame voor babyvoeding.

'We zien dat de reclame voor flesvoedingsproducten agressiever wordt. Veel Bolivianen hebben geen geld voor flesvoeding, maar onder invloed van de advertenties zie je dat baby's steeds vaker flesjes krijgen met drinken dat mensen wel kunnen betalen - thee, bouillon, softdrinks. Niet alleen dalen de borstvoedingscijfers, de ondervoeding neemt navenant toe.' (Oscar Lanza, IBFAN Bolivia).  
  
De WHO-code is opgesteld door vertegenwoordigers van zorgverleners, consumenten, overheden en fabrikanten van babyvoeding, en is van toepassing op alle landen. De WHO-code heeft de status van een internationale richtlijn. Dat betekent dat fabrikanten die de code overtreden niet gestraft kunnen worden, ook al hebben ze beloofd zich aan de code te zullen houden. Sancties zijn wel mogelijk als een land de code opneemt in zijn eigen wetgeving.   
  
Voor gedetailleerde informatie over de stand van zaken rond de WHO-code per land, is bij Wemos tegen vergoeding de publicatie verkrijgbaar 'State of the Code by Country'.

**Inhoud van de code**

De WHO-code regelt de marketing van alle producten die verkocht worden als vervangingsmiddelen voor moedermelk. Producten die onder de code vallen zijn:

* volledige zuigelingenvoeding
* opvolgmelk
* andere voedingsmiddeen voor baby’s onder de vier maanden, zoals sapjes, theeën en fruithapjes
* flessen en spenen.

De belangrijkste punten van de WHO-code zijn:

* Er mag geen reclame voor bovenstaande producten gemaakt worden die op het grote publiek is gericht, niet in de media en niet op de verkooppunten.
* Er mogen geen gratis monsters van deze producten aan moeders van zuigelingen of zwangere vrouwen worden geschonken.
* Fabrikanten van kunstvoeding mogen geen geschenken uitdelen aan moeders van zuigelingen, zwangere vrouwen en mensen die in de gezondheidszorg werken.
* Het gratis of goedkoop leveren van kunstvoeding aan instellingen in de gezondheidzorg is niet toegestaan, behalve voor zuigelingen die alléén kunnen worden gevoed met vervangingsmiddelen voor moedermelk.
* Verkoop bevorderende activiteiten binnen instellingen van gezondheidszorg zijn verboden.
* Direct contact van de fabrikant met zwangere vrouwen en moeders van zuigelingen is verboden.
* De verpakking van kunstvoeding moet een mededeling bevatten dat borstvoeding de beste voeding voor zuigelingen is, plus duidelijke instructies in de landstaal over de juiste bereiding.
* Idealisering van kunstvoeding op de verpakking in tekst of afbeeldingen is niet toegestaan.
* Foto’s van baby’s op de verpakking zijn niet toegestaan.
* De voorlichting door fabrikanten aan werkers in de gezondheidszorg dient feitelijk en wetenschappelijk te zijn.

**Nederlandse Warenwetregeling Zuigelingenvoeding**

De WHO-code spoort overheden aan de bepalingen van de code te integreren in de nationale wetgeving. In Nederland was een deel van deCode in de jaren tachtig in de warenwet en landbouwkwaliteitswet voor zuigelingenvoeding opgenomen. Toen in 1991 op Europees niveau twee richtlijnen ingevoerd werden die de codebepalingen "gedeeltelijk" overnamen, zijn er in Nederland twee regelingen tot stand gekomen die de bestaande wetgeving vervingen, te weten:

* de Warenwetregeling Zuigelingenvoeding voor de nationale en gemeenschappelijke Europese markt.
* de Landbouwkwaliteitsregeling zuigelingenvoeding ter regeling van de export naar landen buiten de EU.

**Toepassing van de Code**

In Nederland wordt de implementatie van de Code onderzocht. Hiervoor wordt literatuuronderzoek gedaan, maar er worden ook mensen van niet gouvernementele organisaties (NGOs), overheid en bedrijven die zich bezig houden met de Code geïnterviewd. De studie probeert een relatie te leggen tussen de Code en de huidige stand van zaken aangaande borstvoeding in Nederland, waarbij waar mogelijk de rol van de verschillende organisaties uit de doeken wordt gedaan. Door het zichtbaar maken van deze verhoudingen en een analyse van de succesvolle en niet-succesvolle strategieën, kan het werk dat IBFAN doet effectiever worden ingericht. De studie in Nederland zal ook duidelijkheid creëren over de plaats van de Code in de bescherming van borstvoeding in Nederland. Deze informatie kan door Wemos en andere NGO’s gebruikt worden in hun lobby voor de bescherming van borstvoeding wereldwijd, die onder andere gericht is op de Nederlandse overheid.

**Naleving WHO-code**

IBFAN, het internationale netwerk waarvan Wemos lid is, volgt de naleving van de WHO-code nauwkeurig. Iedere twee à drie jaar brengt IBFAN een rapport uit met een overzicht van alle overtredingen. Deze rapportage wordt gebruikt om de lobby te versterken, zodat meer landen de WHO-code vastleggen in nationale wetgeving.  
  
IBFAN doet wereldwijd veel onderzoek naar de naleving van de WHO-code. Overtredingen van de WHO-code worden gerapporteerd en gemeld bij overheden. Iedere twee à drie jaar brengt IBFAN een rapport uit met een overzicht van alle overtredingen. Het netwerk gebruikt deze rapportage om de lobby te versterken, vooral tijdens de World Health Assembly (WHA), in de hoop dat meer landen de WHO-code vastleggen in nationale wetgeving.  
  
In mei 2001 verscheen het nieuwste IBFAN-rapport: Breaking the Rules 2001. Op vele fronten wordt de WHO-code flink overtreden. Er wordt veel reclame gemaakt:

* in de zorgverlening
* direct gericht op ouders
* op het internet
* in winkels en apotheken
* in tijdschriften, folders en boekjes
* op etiketten van babyvoeding.

Het rapport geeft een uitgebreid overzicht van de overtredingen per bedrijf.  
  
Het onderzoek van IBFAN is gebaseerd op interviews met zorgverleners in zorginstellingen, met moeders en met winkeleigenaren, en op analyse van voorlichtingsmaterialen, advertenties en etiketten. IBFAN ontwikkelde een aantal standaardmaterialen voor groepen die onderzoek willen doen: een handleiding, een set van vijf formulieren en een database. De materialen zijn in veel talen vertaald en aangepast aan de nationale situatie. Met behulp van de handleiding en een training voor onderzoekers, is het mogelijk om een gestandaardiseerd onderzoek uit te voeren. Het is ook mogelijk de formulieren op individuele basis te gebruiken.

**WHO** adviseert 2 jaar borstvoeding, waarvan eerste 6 mnd uitsluitend borstvoeding. Uit onderzoek is gebleken dat de gemiddelde borstvoedingsduur in Nederland:

In 2001, gemiddeld 6 weken (bron: WEE)

In 2007 48% van de moeders na 1 maand nog uitsluitend moedermelk. Drie maanden na de bevalling gaf nog slechts 30% van de moeders uitsluitend bv. Na zes maanden gaf nog 13% van de moeders uitsluitend borstvoeding.

59% van de moeders die <1 maand borstvoeding hebben gegeven, zijn hierover teleurgesteld.

Vrouwen die >1 maand borstvoeding geven, en dan (moeten) stoppen, is 70% teleurgesteld.15% maakt het niets uit/opgelucht.

Het geven van volledige borstvoeding bevordert de gezondheid van moeder en kind. Borstvoeding is beter aangepast aan de behoeften van een kind, in het bijzonder door de samenstelleing van essentiele aminozuren en de vetzuren en de immunologishce eigenschappen van moedermelk. Daardoor hebben borstgevoede kinderen minder vaak infecties en allergieen (ook op latere leeftijd). Vrouwen die langdurig borstvoeding hebben gegeven, hebben minder kans op borst en ovarium kanker en minder vaak osteoporose op oudere leeftijd.

Meerderheid start met borstvoeding, maar 44% stopt met teleurstelling, de grootste groep binnen 1 maand. Hier is nog veel gezondheidszorg winst te behalen door het bevorderen van langer borstvoeding geven.

2001 2007

79% wil borstvoeding geven 67% (vd a.s. zwangeren) wil borstvoeding gaan geven

66% gaat borstvoeding geven (sectio) 81% start met geven van bv (91% hoge opleiding start)

18% maakt combi borst fles

51% had langer borstvoeding willen geven

54% met 1 maand nog borstvoeding

Meest voorkomende redenen om te stoppen: 2007 (verleden) bron: tno / site inbakeren

Niet genoeg melk, weinig gewichtstoename, honger, moeilijk voeden 41%

Niet genoeg melk 28% (31%)

Pijn 20% (13%)

Werk 28% (12%)

werk, te weinig tijd, zodat anderen kunnen voeden 22%

ziek zijn van moeder en/of kind 19%

kind stopt van nature, huilde veel, kreeg tanden 5%

lang genoeg gevoed, vrijheid, lijf in conditie 4%

psychisch, emotioneel, stress, onzekerheid 3%

op advies van anderen, slechte begeleiding 2%

Tot één maand

28 % Te weinig melk

28% te pijnlijk

21% onvoldoende drinktechniek (10%). 23% van de moeders gaf aan dat de belangrijkste reden een andere was dan in de vragenlijst genoemd. Hiertoe behoorde bijvoorbeeld: vermoeidheid of te veel afvallen van de moeder, medicijngebruik door moeder, betere nachtrust, darmkrampjes en onrust bij de baby, ontevreden kind, te veel honger en groeide niet goed. Ook beter weten hoeveel de baby drinkt of borstvoeding past niet bij mij werden genoemd.

Percentage sectio’s in Nederland was in 2001 13%.

Opvallend is de grootste daling borstvoeding van 25% in de eerste levensmaand. Juist gedurende deze periode is de eerste lijns verloskundige nog betrokken bij het gezin. Belangrijke taak van de verloskundige is het signaleren van problemen. Helaas sluiten sommige verloskundigen het kraambed al af, voor de 8e dag. Hier ligt dus ook een taak van de kraamverzorgende, om client te wijzen op de mogelijkheden van lactatiekundige, lll, vereniging bv natuurlijk.

Bron TNO 2007:

\*Belangrijkste redenen voor stoppen van borstvoeding in de eerste levensmaand:

Te weinig melk, te pijnlijke voedingen, slechte drinktechniek.

\*Belangrijkste redenen voor stoppen voor de 4e maand:

-Te weinig melk en het hervatten van de werkzaamheden.

-Redenen voor combi van borst en kunstvoeding voor 3 maanden:

-Minder melk, voedingen te pijnlijk, baby huilde te veel, beter te combineren met werk.

-Oorzaak verschuivingen, door campagne voedingscentrum borstvoeding verdient tijd en BFHI

Niet alleen de redenen die gegeven worden voor het stoppen met borstvoeding zijn interessant voor 1e lijns verloskundigen, ook van groot belang wat dit stoppen doet met de gemoedstoestand van de vrouwen, haar gevoelens en ervaringen met het geven van borstvoeding op dat moment en later. Er is een verschil tussen vrouwen die vinden dat zij lang genoeg borstvoeding hebben gegeven, en vrouwen die teleurstelling hebben, omdat ze langer hadden willen voeden.

20% wil bij volgend kind helemaal geen borstvoeding meer geven door negatieve ervaringen. (meting 3 jaar pp)

Goede begeleiding gedurende eerste dagen door kraamverzorgende is een van de belangrijkste succesfactoren om door te gaan met het geven van borstvoeding. Ook steun van partner en omgeving, vergroten van eigen effectiviteit zijn belangrijke succesfactoren voor het geven van borstvoeding., attitude en sociale invloed. Onzekerheid en teleurstellingen voorkomen.

Van de 79% zwangere de zich voorneemt om borstvoeding te geven, start uiteindelijk 53% ook daadwerkelijk direct pp met borstvoeding.

Van alle vrouwen die borstvoeding hebben geven, geeft 49% aan dat zij lang genoeg borstvoeding hebben gegeven, en 51% had langer willen voeden.

Van de vrouwen die borstvoeding willen geven, uitsluitend borstvoeding geven, en dan ook langer voeden, is 75% die langer dan 1 maand voed. Er was dus geen kv bijgegeven. (zelfvertrouwen!)

Hoogopgeleide vrouwen hebben 2.85x zo grote kans om voor hun gevoel lang genoeg borstvoeding te geven

Bij een thuispartus 30% meer kans op langdurig borstvoeding te geven.

1. Sectio blijkt vaak reden zijn, van het niet starten van borstvoeding (baby wordt niet <1 u pp aangelegd, geen rooming-in)

Psychisch

Psychische problematiek of pnd in anamnese.

Kenmerken depressie, schuldgevoel, levensmoe, niet kunnen genieten van dingen, teleurgesteld en neerslachtig.

Sectio, Fluxus en placenta accreta kan oorzaak zijn van later op gang komen van borstvoeding. Hertel periode na fluxus is langer, wat mogelijk invloed heeft op gemoedstoestand.

Life stress evant (echtscheiding, financiele problemen, verhuizen) . Ook van invloed op het slagen van borstvoeding, zijn maternale leeftijd, burgelijke status, opleidingsniveau, roken tijdens zwangerschap.

BRON: onderzoek Wee uit 2001

De duur van de borstvoeding, is ook afhankelijk van de prenatale borstvoedings promotie interventies: verwachte lengte van de borstvoeding, normatieve overtuigingen, maternale vertrouwen, social leren en gedrags overtuigingen over borstvoeding. Bepalend zijn terugkeer naar werk /school, moeders vertrouwen,.

Prenatale promotie van borstvoeding, heeft invloed op normatieve en gedragsmatige overtuigingen en moeders vertrouwen.

Ingetrokken tepels, 3-10% van de vrouwen

Pinchtest: tepelhof ongeveer 2.5 cm achter de basis van de tepel, zacht indrukken. Trekt tepel zich terug of deukt deze in, dan spreekt men pas van een ingetrokken tepel.

Voorbereiding in zwangerschap is niet effectief

Huid-op-huidcontact

Inleiding

Het kort na de geboorte tot stand brengen van huid-op-huidcontact tussen moeder en kind bevordert een langere duur van de borstvoedingsperiode en de frequentie van voedingen per etmaal.

Advisering

* Bespreek voorafgaand aan de bevalling het belang van vroeg huid-op-huidcontact met de moeder. Geef aan wat voor de gezondheid van de baby en voor de borstvoedingsrelatie tussen moeder en kind belangrijk is.
* Leg gezonde pasgeborenen direct, maar in ieder geval binnen een uur na de bevalling, onder (alerte) supervisie van de ouders/zorgverlener bloot en toegedekt op de blote huid van de moeder.
* Streef ernaar dat het huid-op-huidcontact direct postnataal tenminste één uur duurt; let op de signalen van de baby en benut die om de baby aan de borst te laten gaan. Bloot huid-op-huid contact moet ook in de periode daarna ongelimiteerd kunnen plaatsvinden.
* Beoordeel de conditie van de baby op de blote buik of borst van de moeder.
* Stel interventies zo mogelijk uit tot na het eerste blote huid-op-huidcontact/aanleggen. Indien dit niet mogelijk is, wordt het blote huid-op-huidcontact alsnog zo snel mogelijk ingehaald.

Overwegingen bij de advisering

Zuigelingen zijn de eerste twee uren na de geboorte meestal alert. Een kind heeft verder, als het niet wordt gestoord en niet onder invloed is van medicijnen, ongeveer een uur nodig om op eigen kracht de borst te bereiken1. Uitgaande van dit fysiologische gedrag wordt aangenomen dat het huid-op-huidcontact binnen een uur na de bevalling moet plaatsvinden om er optimaal van te kunnen profiteren voor het welslagen van de borstvoeding.

Wees er alert op dat er cultureel bepaalde verschillen bestaan rondom de geboorte en ga hier respectvol mee om.

|  |  |
| --- | --- |
| Vroeg huid-op-huidcontact heeft een positief effect op de duur van de borstvoedingsperiode en de frequentie van het aantal voedingen per etmaal1. De rol van de ‘timing’ van het huid-op-huidcontact na de bevalling is onbekend3. | Niveau 1 |
| Er zijn aanwijzingen voor een dosisgerelateerde relatie tussen het huid-op-huidcontact en het welslagen van borstvoeding. De kans op het welslagen van borstvoeding lijkt het grootst als er postpartum één uur of langer huid-op-huidcontact is5. | Niveau 3 |

Toelichting

Onder 'vroeg huid-op-huidcontact' verstaan we dat de baby kort na de geboorte naakt en toegedekt op de blote huid van de moeder ligt en daar tenminste één uur ongestoord blijft liggen. Deze periode is een ‘gevoelige periode’ voor het programmeren van toekomstig gedrag van moeder en kind.

Tot enkele decennia geleden werden baby’s na de geboorte vaak van hun moeder gescheiden of aangekleed voordat ze aan de moeder teruggegeven werden, onder meer uit angst voor onderkoeling van de pasgeborene. Inmiddels weten we dat scheiding van moeder en kind schadelijk is omdat het de vroege interacties onmogelijk maakt. Bij vroeg huid-op-huidcontact zal de baby, als hij niet wordt gestoord, uit zichzelf naar de borst ‘kruipen’ en aanhappen2;3 Dit stimuleert het vrijkomen van het hormoon oxytocine, de uitdrijving van de placenta en het op gang komen van het borstvoedingsproces. Tevens betekent het huid-op-huidcontact dat de flora van de moeder de steriele darmen van de pasgeborene koloniseert4. Dit is essentieel voor een gezonde darmflora in de baby en daarmee voor de opbouw van zijn immuniteit. Het voorkomt in belangrijke mate dat de baby wordt blootgesteld aan bacteriën die voor de moeder lichaamsvreemd zijn. Wanneer hij wordt gekoloniseerd met de flora van zijn moeder, krijgt hij via de borstvoeding een daarbij passend aanbod aan antistoffen die hem tegen infecties beschermen.

Aantoonbaar belang voor borstvoeding

Een aantal wetenschappers1 onderzocht welk effect vroeg huid-op-huidcontact heeft op de borstvoeding, het gedrag van moeder en kind en de fysiologie van de pasgeborene. Ze analyseerden de uitkomsten van dertig studies, uit verschillende westerse en niet-westerse landen.  
Hieruit bleek dat vroeg huid-op-huidcontact een positief effect heeft op het geven van borstvoeding, gedurende één tot vier maanden na de geboorte. Zuigelingen die bloot op de blote borst van de moeder liggen, blijven bovendien beter warm en hun bloedsuikerspiegel, hartslag en ademhaling zijn stabieler. Er zijn aanwijzingen dat baby’s zonder vroeg huid-op-huidcontact later een hoger risico hebben op overmatig huilen en zich minder goed hechten. Ook de moeder hecht zich minder snel aan de baby (als gevolg van een tekort aan oxytocine). Negatieve effecten van het huid-op-huidcontact zijn niet beschreven. Wel komt uit de praktijk naar voren dat het op de buik liggen van de pasgeborene als onveilige houding dient te worden gezien (verhoogd risico op Apparent Life Threatening Event (ALTE, schijnbaar levensbedreigende gebeurtenis/bijna-wiegendood), luchtwegblokkering)1;5. Alerte supervisie door ouders/zorgverlener is daarom nodig (zie ook het thema ‘[Slapen met de baby](https://www.ncj.nl/?pagina=1156)’).

Duur van het contact

Onderzoekers5ontdekten dat het van belang is hoe lang een baby op de huid van de moeder ligt. Uit een studie onder 21.842 moeders bleek dat als het huid-op-huidcontact postpartum minimaal een uur duurt de kans op een succesvolle start van de borstvoeding het grootst is. In vergelijking met kinderen die van hun moeder werden gescheiden had deze groep een drie maal zo grote kans om uitsluitend borstvoeding te krijgen.

Bron: ncj.nl/richtlijnen

Hyperbilirubinemie

(bron vakblad kraamzorg nr 4 2015)

5 hulpmiddelen (voor en nadelen bespreken) bijvoeden

6 doorverwijzen naar IBCLC

7 vragen ronde, mogelijkheid tot bespreken van casus en praktijkervaringen.

Mulitdisiplinaire richtlijn borstvoeding (01-06-2015)

BRON: <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=27>

Hieruit wil ik de volgende onderwerpen onder de aandacht brengen bij de kraamverzorgsters:

Kolven, weegbeleid, tepelhoedje en fopspeen

Doorverwijzen naar IBCLC

Stroomdiagram: bron:

http://www.nvlborstvoeding.nl/sites/default/files/stroomdiagram%20indicatie%20hulpverleners\_0.pdf