

# Multidisciplinaire richtlijn borstvoeding

**Sinds 2 januari 2012 staat de multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding online. De richtlijn doet praktische aanbevelingen om vrouwen uniform te adviseren bij borstvoeding en eventuele problemen.**

## Betrokkenen

De richtlijn kwam tot stand op initiatief van TNO met subsidie van ZonMW. De werkgroep bestond uit een grote groep vertegenwoordigers van ouders en professionals, waaronder: verloskundigen (KNOV), kraamverzorgenden (NBvK), lactatiekundigen (NVL), huisartsen (NHG), gynaecologen (NVOG), kinderartsen (NVK), diëtisten (NVD), werkers in de jeugdgezondheidszorg (AJN en V&VN), het Voedingscentrum, wetenschappers van TNO en borstvoedingsorganisaties (VBN en LLL) die allen op eigen wijze betrokken zijn bij borstvoeding.

## Levende richtlijn

Bij de publicatie van deze multidisciplinaire richtlijn is direct een commentaarfunctie ingebouwd, waarmee lezers suggesties kunnen doen voor aanvullingen en correcties. Het verzamelde commentaar wordt naderhand geanalyseerd, samen met nieuwe wetenschappelijke inzichten. Waar nodig volgt aanpassing van de tekst.



© Blonda Heerings, Delft

# III Onvoldoende melkproductie

**Te weinig moedermelk is de meest voorkomende verklaring die vrouwen geven voor het geheel of gedeeltelijk stoppen met het geven van borstvoeding [Lanting en Van Wouwe, 2007]. Zorgverleners gebruiken het vaak als reden om bijvoeding aan te raden. Vaak is er echter sprake van een verondersteld tekort en kan de moeder met de juiste begeleiding voldoende melk produceren.**

Het op gang komen van de lactatie is een natuurlijk proces, dat start tijdens de zwangerschap. Na de geboorte van de placenta komt de melkproductie volop op gang. Huid-op-huid contact direct na de geboorte stimuleert dit proces. Het is van belang dat de ouders informatie krijgen over de basisprincipes van borstvoeding: voeden op verzoek (geen beperking in duur en frequentie) en goed aanleggen. Meer informatie over een goede start van de borstvoeding leest u op [www.richtlijnborstvoeding.nl](http://www.richtlijnborstvoeding.nl) 'Starten met borstvoeding'.

## Kennis over het normale borstvoedingsproces

Een te geringe melkproductie wordt vaak, maar niet altijd, veroorzaakt door het gevoerde borstvoedingsbeleid. Wanneer het beleid is gebaseerd op een gebrek aan inzicht in het normale borstvoedingsproces bij ouders en zorgverleners, nemen zij niet altijd de juiste beslissingen. Dit kan gemakkelijk leiden tot weinig zelfvertrouwen bij de moeder. Zo wordt vaak, onterecht, verondersteld dat er de eerste dagen geen melkproductie is. Mogelijk komt dit doordat de hoeveelheid colostrum klein is, maar deze is afgestemd op de hoeveelheid die een pasgeborene de eerste drie dagen per voeding kan opnemen. Bij goede borstvoedingsbegeleiding zal er voldoende voeding voor de baby zijn, ook al zijn de borsten van de moeder nog zacht en voelen ze nog niet vol aan.

## Primaire lactatie-insufficiëntie

Waarschijnlijk is er maar bij een kleine groep vrouwen (5%) sprake van 'primaire lactatie-insufficiëntie' [Neifert, 2001]. Dat wil zeggen dat een vrouw niet in staat is om voldoende moedermelk te produceren voor een gezonde groei van het kind. Dit kan komen door borstoperaties, hormonale stoornissen of erg weinig melkklierweefsel. Interventies zullen beperkt of geen resultaat hebben [Neifert, 2001; Hurst, 2007]. Een toereikende melkproductie is in deze zeldzame situaties niet altijd mogelijk.



Het Tijdschrift voor Verloskundigen brengt de komende tijd elke maand een relevant onderdeel van de richtlijn onder uw aandacht. De volledige richtlijn kunt u vinden op [www.richtlijnborstvoeding.nl](http://www.richtlijnborstvoeding.nl) en via de website van de KNOV.

## Advisering

- Geef ouders tijdens de zwangerschap uitleg over de fysiologie van borstvoeding en over methoden om de melkproductie op gang te brengen en te stimuleren.
- Stimuleer de constante nabijheid van moeder en kind om een toereikende melkproductie tot stand te brengen.
- Geef moeders positieve feedback over hoe de borstvoeding verloopt om hun zelfvertrouwen te versterken.
- Geef bij een verondersteld tekort informatie over normale veranderingen in de ontwikkeling van de baby en het borstvoedingsproces naarmate de baby ouder wordt: borsten worden soepeler, baby's gaan vaak korter drinken, de groei van de baby verloopt na drie maanden dikwijls in een rustiger tempo en het slaap-waakgedrag verandert.
- Geef bij een werkelijk tekort (zie kader) informatie over: het grote belang van goed en frequent aanleggen; het belang van een ondersteunende sociale omgeving van de moeder (mede in het kader van de toeschietreflex); voeden op verzoek; de stimulerende effecten van huid-op-huidcontact; het positieve effect van nachtvodingen; de conditie van het kind; het belang van (extra) afkolven als de baby niet goed drinkt.
- Overleg bij twijfel met de kinderarts.
- Verwijs de moeder voor specialistische begeleiding van het borstvoedingsproces zo snel mogelijk door naar een lactatiekundige.

## Vertraagde lactogenese

Soms duurt het langer dan gebruikelijk voordat de melkproductie goed op gang komt. Deze vertraging kan komen door een bevalling met medische ingrepen en/of complicaties; stress of pijn; teveel tijd tussen geboorte en eerste keer aanleggen of een te lage frequentie of beperkte tijdsduur van de voedingen. Ook kunnen achtergebleven placentadelen door de productie van progesteron de werking van prolactine verhinderen en zodoende tijdelijk zorgen voor te weinig melkproductie [Hurst, 2007]. Deskundige begeleiding van de moeder en bevordering van haar zelfvertrouwen kunnen de moeder helpen aanvankelijke problemen het hoofd te bieden.

## Overige oorzaken

Het handboek 'Breastfeeding Management for the Clinician' [Walker, 2006] geeft aan dat de volgende factoren ook een rol kunnen spelen bij een tekort aan moedermelk: pijn bij het voeden; beperkingen in duur en frequentie van de voedingen; geen nachtvoeding; ernstige stuwings; onnodig bijvoeding geven; veelvuldig en langdurig fopspeengebruik; gebruik van een tepelhoed; ziekte van moeder; roken door de moeder; hormonale anticonceptie of andere medicatie; kindfactoren, zoals een te kort tongriempje, syndroom van Down of prematuriteit.

## Angst voor onvoldoende melk

Het kan zijn dat een moeder ten onrechte vreest dat haar



© Bronckes Huisarts, Delft

## Signalen die een indicatie kunnen zijn voor onvoldoende melkproductie en -inname

- De baby verliest  $\geq 7\%$  van het geboortegewicht.
- Niet terug op het geboortegewicht twee weken na de geboorte.
- De baby groeit  $< 20$  gram per dag of  $< 150$  gram per week.
- Weinig en/of geconcentreerde urine en weinig, harde en donkergekleurde ontlasting.
- Geen plasluiers gedurende 24 uur.
- Geen zachte, gele ontlasting een week na bevalling.
- Lage spierspanning.
- Afgenomen huidspanning en een ingezonken fontanel.

Bron: Powers, 2001

kind niet voldoende krijgt [Amir, 2006]. Zij leidt dit bijvoorbeeld af uit de borsten, die soepeler zijn dan verwacht, uit de voedingsfrequentie, die hoger is dan verwacht, uit veranderingen in het voedingspatroon of het slaap- en huilgedrag, uit de vaststelling dat de baby beter zou slapen na een fles kunstvoeding of uit een afbuigende groeicurve na de derde maand. Veel zorgverleners achterhalen niet in samenspraak met de moeder of haar zorgen reëel zijn. Ook onderzoekers maken geen onderscheid tussen een aangetoond productietekort en een door moeder verondersteld productietekort [Gatti, 2008], hoewel de oorzaken en de mogelijkheden voor interventie verschillen. Of er werkelijk sprake is van onvoldoende melkproductie en -inname, is af te leiden uit een aantal signalen (zie kader).

## Wat willen we nog meer weten?

Over het effect van pijnbestrijding bij bevalling op de melkproductie, zowel op korte als op lange termijn, is nog weinig bekend. Ook is meer kennis nodig over de risicogroepen voor een (verondersteld) tekort aan melkproductie. In Canada en Nederland wordt soms domperidon voorgeschreven bij moeders met onvoldoende moedermelkproductie. Domperidon wordt nog niet altijd in een behandelplan opgenomen. ■

## Referenties

- Amir LH. Breastfeeding--managing 'supply' difficulties. *Aust Fam Physician* 2006; 35(9):686-689.PM:16969436
- Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(4):355-363.PM:19094151
- Hurst NM. Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(6):588-594.PM:17983996
- Lanting CI, Wouwe van JP. Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2007.
- Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies 155. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(2):273-297.PM:11339153
- Powers NG. How to assess slow growth in the breastfed infant. Birth to 3 months. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(2):345-363.PM:11339156
- Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician: using the evidence. Boston (etc): Jones and Bartlett; 2006.