

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.

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 en via de website van de KNOV.



II Weegbeleid

multidisciplinaire richtlijn
BORSTVOEDING

Kristel Zeeman

Wegen is een instrument om te bepalen of een baby voldoende voeding krijgt. Door te wegen kan onnodig bijvoeden worden voorkomen.

De groei van de baby is een indicator voor zijn gezondheid. Daarom is het belangrijk het groeiproces te volgen. Als een kind goed groeit, kan worden gesteld dat de voeding adequaat is (Voedingscentrum, 2007). Wegen is een belangrijke manier om te bepalen of een baby voldoende moedermelk krijgt voor zijn groei en ontwikkeling. In Nederland worden baby's direct na de geboorte gewogen. Of en hoe vaak de baby daarna in de kraamperiode wordt gewogen, hangt af van het weegbeleid in de kraamtijd, het verloop van het borstvoeding, de conditie van het kind en de wens van de ouders.

Correct weegbeleid

Aangezien gewichtsmetingen het te voeren beleid mede bepalen, zijn een nauwkeurig meetinstrument en een goede interpretatie van de meetresultaten belangrijk [Sachs, 2005]. Dit is vooral cruciaal voor borstgevoede baby's, omdat zowel moeders als zorgverleners vaak geneigd zijn over te stappen op kunstmatige zuigelingen-voeding als het kind niet goed lijkt te groeien (Lanting&VanWouwe, 2007; Sachs et al, 2006).

In Nederland wegen zorgverleners baby's de eerste week na de geboorte met een digitale unster of een babyweegschaal. Soms huren ouders zo'n weegschaal. De meeste consultatiebureaus en ziekenhuizen maken gebruik van digitale babyweegschalen. Weegschalen moeten altijd voldoen aan de Europese regelgeving (Besluit medische hulpmiddelen). In dit besluit liggen ook richtlijnen vast voor het regelmatig keuren, onderhouden en eventueel repareren van weegschalen.

Om meet- en weergavefouten te voorkomen, is het raadzaam kinderen bloot te wegen, op dezelfde weegschaal, op hetzelfde moment van de dag, op hetzelfde moment ten opzichte van de voeding en zoveel mogelijk door dezelfde persoon. Het uitzetten van het gewicht in een curve moet zonder haast en afleiding gebeuren [Sachs, 2005].

Wegen in de kraamtijd

In het bulletin Voeding van zuigelingen en peuters van

Het Tijdschrift voor Verloskundigen brengt elke maand een relevant onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding onder uw aandacht. De volledige richtlijn kunt u vinden op www.richtlijnborstvoeding.nl en via de website van de KNOV.

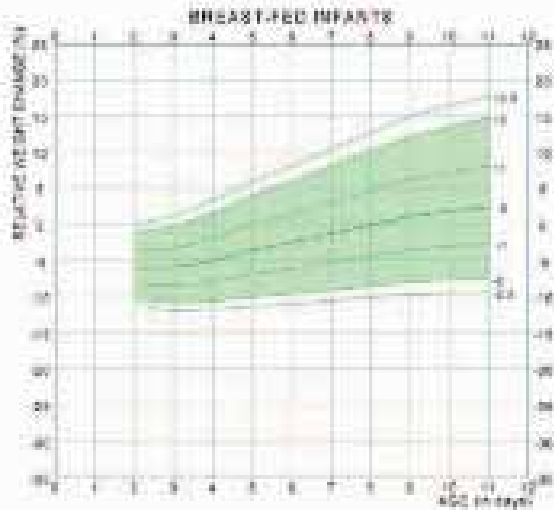
Advisering

- Weeg de baby met een digitaal weeginstrument dat voldoet aan de Europese regelgeving (Besluit medische hulpmiddelen).
- Weeg bloot en indien mogelijk op hetzelfde moment van de dag.
- Weeg de baby in de kraamtijd bij voorkeur dagelijks en in elk geval bij de geboorte en op de derde en zevende dag daarna (geboortedag is dag 0). Zet het gewicht uit op de curve voor relatieve gewichtsverandering van TNO (zie Figuur 1).
- Evalueer bij een gewichtsverlies vanaf 7% het verloop van het borstvoedingsproces en de gezondheidstoestand van het kind.
- Zorg, als een baby 10% of meer is afgevallen, actief voor een grotere melkinname. Bijvoeden gebeurt bij voorkeur met afgekolfde moedermelk. Indien deze niet voorradig is, wordt bijgevoed met donormelk of kunstmatige zuigelingenvoeding. De moeder krijgt uitleg over hoe zij kan zien of haar baby voldoende melk drinkt. Een dag later, of zo nodig eerder, vindt evaluatie plaats.
- Overleg met de kinderarts en verwijst eventueel naar hem door, indien er geen verbetering in de situatie optreedt. In de meeste gevallen is bijvoeden noodzakelijk. Bij vermoeden van onderliggende ziekte zal de zorgverlener eerder verwijzen naar de kinderarts.
- Bedenk dat eenmalig voor en na de borstvoeding wegen ter beoordeling van de hoeveelheid gedronken melk niet altijd betrouwbare gegevens oplevert.

Kristel Zeeman is beleidsmedewerker KNOV en heeft het borstvoedingsbeleid in haar portefeuille

het Voedingscentrum liggen afspraken vast over het voedingsbeleid voor kinderen van nul tot vier jaar. Deze zijn gebaseerd op klinische inzichten (Voedingscentrum, 2007). Het bulletin adviseert om baby's te wegen bij de geboorte en vervolgens op de derde en zevende dag. Dit komt vrijwel overeen met het advies in Myles' Textbook for Midwives (Fraser&Cooper, 2009) om baby's elke derde dag te wegen. De WHO adviseert om kinderen elke dag te wegen. Het is echter niet aangetoond dat dit beter is dan het weegbeleid van het Voedingscentrum.

Figuur 1: Relatieve gewichtverandering van borstgevoede baby's



Bron: Vijfde Landelijke Groeistudie

Het bulletin van het Voedingscentrum stelt dat de verloskundige verantwoordelijk is voor het weegbeleid in de kraamtijd. Zij doet dit zelf of maakt hierover afspraken met de kraamzorgorganisatie(s) waarmee zij samenwerkt. Gezien de aanbeveling om de baby te wegen op eenzelfde tijdstip van de dag met eenzelfde weegschaal, biedt dit laatste praktische voordelen.

Een onderzoek van Saveije et al. (2007) laat zien dat het eenmalig wegen voor en na de voeding geen betrouwbare informatie oplevert over de hoeveelheid moedermelk die het kind drinkt.

De eerste weken na de geboorte is het gewichtsverloop een belangrijke indicator voor de voedingsinname. Niet zozeer de groei van de baby is daarbij van belang, als wel de gewichtsverandering ten opzichte van het geboortegewicht. De eerste dagen na de geboorte verliezen kinderen gewicht. Daarna komen ze meestal binnen veertien dagen terug op hun geboortegewicht. Verschillende auteurs constateren dat rond dag elf of twaalf 20-33% van de kinderen nog niet op hun geboortegewicht is (Sachs et al, 2006; Van Dommelen, 2007). Gemiddeld vallen baby's die kunstmatige zuigelingenvoeding krijgen de helft af van wat borstgevoede zuigelingen afvallen:

mediaan 3,5 versus 6,6%. Het borstgevoede kind doet er ongeveer twee dagen langer over om terug te komen op het geboortegewicht (Van Dommelen, 2007).

Curve relatieve gewichtsverandering

In het algemeen is een gewichtsverlies van meer dan 7% reden om het borstvoedingsbeleid grondig te analyseren en waar nodig bij te sturen. Een gewichtsverlies van 10% wordt beschouwd als grens voor wat normaal is in de eerste levensweek (Voedingscentrum, 2007; Powers, 2001). Van Dommelen et al. (2007) stellen echter dat bij hantering van deze regel te veel kinderen op hun derde levensdag onterecht kunnen worden beschouwd als uitgedroogd. Op basis van hun studie ontwikkelden zij een curve voor relatieve gewichtsverandering. Zij adviseren om in de eerste week na de geboorte de onderste lijn in deze curve (-2,5 standaarddeviatiescore) aan te houden als grens voor nader medisch onderzoek door een kinderarts. Na de eerste week gaat dan de regel van 10% gewichtsverlies op. Deze regel kan in de eerste week worden gebruikt als reden om extra alert te zijn op de voedingsinname (Van Dommelen et al, 2007).



Referenties

- Van Dommelen P. Van Wouwe JP. Breuning-Boers JM., Verkerk PH. (2007). Reference chart for relative weight change to detect hypernatraemic dehydration. *Arch Dis Child*; 92(6):490-494.
- Fraser DM. Cooper MA. (eds). (2009). *Myles' textbook for midwives*, 15th edition. Churchill Livingstone Elsevier.
- Hill PD. Johnson TS. (2007). Assessment of breastfeeding and infant growth. *J Midwifery Womens Health*; 52(6):571-578.
- Juliusson PB. Roelants M. Hoppenbrouwers K. Hauspie R. Bjerknes R. (2010). Growth of Belgian and Norwegian children compared to the WHO growth standards: prevalence below -2 and >2 SD and the effect of breastfeeding. *Arch Dis Child*.
- Lanting CI. Van Wouwe JP. (2007). Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Powers NG. (2001). How to assess slow growth in the breastfed infant. *Birth to 3 months. Pediatr Clin North Am*; 48(2):345-363.
- Sachs M. Dykes F. Carter B. (2005). Weight monitoring of breastfed babies in the UK - centile charts, scales and weighing frequency. *Matern Child Nutr*; 1(2):63-76.
- Sachs M. Dykes F. Carter B. (2006). Weight monitoring of breastfed babies in the United Kingdom--interpreting, explaining and intervening. *Matern Child Nutr*; 2(1):3-18.
- Savenije OE. Brand PL. (2007). Wegen vóór en na de voeding: een onbetrouwbare methode om de hoeveelheid gedronken melk bij zuigelingen te bepalen. *Ned Tijdschr Geneeskd*; 151(49):2718-2722.
- Voedingscentrum. (2007). *Voeding van zuigelingen en peuters: uitgangspunten voor de voedingsadviesing voor kinderen van 0-4 jaar*. Den Haag: Voedingscentrum. ■