

Baby Friendly Hospital Initiative BFHI WHO / UNICEF

Bevordering van de kwaliteitszorg voor de promotie, bevordering en begeleiding van borstvoeding vanuit de ziekenhuizen.



.be

Hoe kan men het kwaliteitscertificaat "*Baby Friendly Hospital Initiative*" behalen in België?

Praktische gids om te voldoen aan de BFHI-criteria voor het behalen van het kwaliteitscertificaat

Coördinatie BFHI –IHAB

van het Federaal Borstvoedingscomité

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

4^{de} editie: september 2011

Samenvatting

Nuttige adressen

1. Inleiding
2. Hoofddoelstellingen van het BFHI
3. Fasen voor het behalen van het kwaliteitscertificaat
4. Bijkomende informatie over de externe evaluatieprocedure
5. Verzamelen van de gegevens over de voeding van de pasgeborene
6. De Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding
7. Respecteren van de Internationale Gedragscode
8. HIV en zuigelingenvoeding (optie voor het behalen van het certificaat)
9. Arbeid en bevalling: Mother Friendly criteria
10. Aanvaardbare medische redenen om moedermelk aan te vullen of te vervangen

Afkortingen

BFHI: Baby Friendly Hospital Initiative

FBVC: Federaal Borstvoedingscomité

FOD: Federale Overheidsdienst

WHO: World Health Organization

WHA: World Health Assembly

UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund

Code : De Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk

EBM: Evidence based medicine

Nuttige adressen

Administratieve ondersteuning voor het BFHI-Project voor de ziekenhuizen:

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Directeur-Generaal, Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen

Eurostation Blok 2 – 1ste Verdieping 1D269

Victor Hortaplein 40 bus 10

1060 Brussel

contactpersoon FOD: Dr. Anne Clercx, tel. 02 524 85 67

Contactgegevens van de BFHI- coördinatrices

Serena Debonnet (NL) 0476 - 35 14 51

bfhicoördinatie@gmail.com

Anne Niset (FR) 0474 - 99 23 29

anneniset56@gmail.com

Contactgegevens van het Federaal Borstvoedingscomité (FBVC)

Secretariaat FBVC: tel. 02 -210 73 77

Belgische ziekenhuizen met het wereldcertificaat BFHI

Behaalden het wereldkwaliteitscertificaat BFHI in 2010:

- Algemeen Ziekenhuis Sint Lucas, Gent
- Centre hospitalier des Ardennes (CHA), Libramont
- Centre hospitalier régional de Namur (CHRN), Namur
- Heilige Hart Ziekenhuis, Roeselare
- Hôpital Princesse Paola IFAC/VIVALIA, Marche
- Jessa Ziekenhuis, Campus Virga Jesse, Hasselt
- Maternité des Dix Lunes RHMS, Ath
- Maternité de Baudour RHMS, Baudour
- Onze Lieve Vrouw Lourdes, Waregem

Behaalden het aanmoedigingcertificaat 2010:

- Algemeen Ziekenhuis AZ Monica, Deurne
- Centre hospitalier régional de Huy (CHH), Huy
- Centre hospitalier régional du Val de Sambre (CHRVS), Auvelais
- Clinique-Maternité Sainte Elisabeth, Namur
- Clinique Notre Dame, Centre hospitalier Wallonie-Picardie (CHWAPI), Tournai

Herevaluatie 2010 behalen het wereldkwaliteitscertificaat BFHI

- St-Vincentius, Antwerpen
- UZA, Antwerpen
- Clinique St Pierre, Ottignies
- Hôpitaux Iris Sud, site Elsene Etterbeek
- CHU St Pierre, Brussel

Behaalden het wereldkwaliteitscertificaat BFHI in 2008

- CHBAH Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, Seraing
- CHU Brugmann-Huderf, Brussel
- CHU Tlivioli, La Louvière
- Hôpital Erasmus, Brussel
- UZ Gasthuisberg, Leuven
- Henri Serruys, Oostende
- AZ Jan Palfijn, Gent
- Kliniek St Jan, Brussel

Websites

www.health.fgov.be/epotal/Myhealth/Healthylive/Food/TheFederalBreastFeedingComitt/index.htm?fodnlanf=n

www.unicef.be : sectie: de verdere ontwikkelingen over het BFHI- België

www.lllb.org La Leche League België vzw

www.vbbb.be : Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding VBBB vzw

www.vzwborstvoeding.be : Borstvoeding vzw

www.infor-allaitement.be : Infor Allaitement asbl

www.bvl-borstvoeding.be: Belgische Vereniging van Lactatiekundigen VZW

1. Inleiding

Wat ligt aan de basis van dit initiatief

Het BFHI, wereldwijd bekend als Baby Friendly Hospital Initiative werd in 1991 gelanceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) ter bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding¹.

Zeer snel werd het project ondersteund door internationale organisaties, beleidsmakers, gezondheidsmedewerkers, verenigingen en steungroepen voor borstvoedende moeders. Deze evolutie was zowel merkbaar in ontwikkelingslanden als in de meest ontwikkelde landen.

De Europese Unie, de Wereldgezondheidsorganisatie en UNICEF onderstrepen de noodzaak van een optimale kwaliteit van de zorg voor borstvoedende moeders. Dit gegeven werd opgenomen in talrijke internationale verklaringen en teksten, zoals de Innocenti Declaration (1990 en 2005)¹ en de Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2002)². Ze kaderen ook binnen de strategische krachtlijnen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan binnen België (2005)³. Jaarlijks worden er op internationaal niveau statistieken opgevraagd van de verschillende landen die het project geïmplementeerd hebben binnen hun ziekenhuizen, in 2009 waren er 156 landen die deelnamen en een totaal van 20 000 ziekenhuizen die het certificaat bekomen hebben.

De uitvoering van het actieplan Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), een wereld gezondheids- kwaliteitsproject is een prioritaire taak van het Federaal Borstvoedingscomité (FBVC).

Het actieplan voor België werd opgestart in 2005 en wordt financieel ondersteund door de FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, UNICEF België en de Minister van Volksgezondheid

Binnen dit kwaliteitsproject tracht men de prenatale diensten, de verloskamer en kraamafdelingen te motiveren en te ondersteunen zodanig dat er aan de moeders kwaliteitsvolle informatie en een goede begeleiding inzake borst- en zuigelingenvoeding wordt aangeboden.

¹ Innocenti Declaration, Firenze 2005: "Call for Action so that: (...) all governments revitalise the Baby-friendly Hospital Initiative, maintaining the Global Criteria (...), expanding the Initiative's application to include maternity, neonatal and child health services and community-based support for lactating women and caregivers of young children." www.innocenti15.net

² Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, goedgekeurd door de Algemene Vergadering van de WHO van 2002 (WHA 55.25), artikel 34 van het hoofdstuk "Implementing high-priority action": "For support through the health care system (...) ensuring that hospital routines and procedures remain fully supportive of the successful initiation and establishment of breastfeeding through implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative, monitoring and reassessing already designated facilities, and expanding the Initiative to include clinics, health centres and paediatric hospitals" http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf

³ Het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België (NVGP-B) 2005-2010, Voeding van zuigelingen en jonge kinderen, Krachtlijn 4, Wetenschappelijke tekst p. 92, Operationeel plan p.42 <http://www.mijnvoedingsplan.be/>

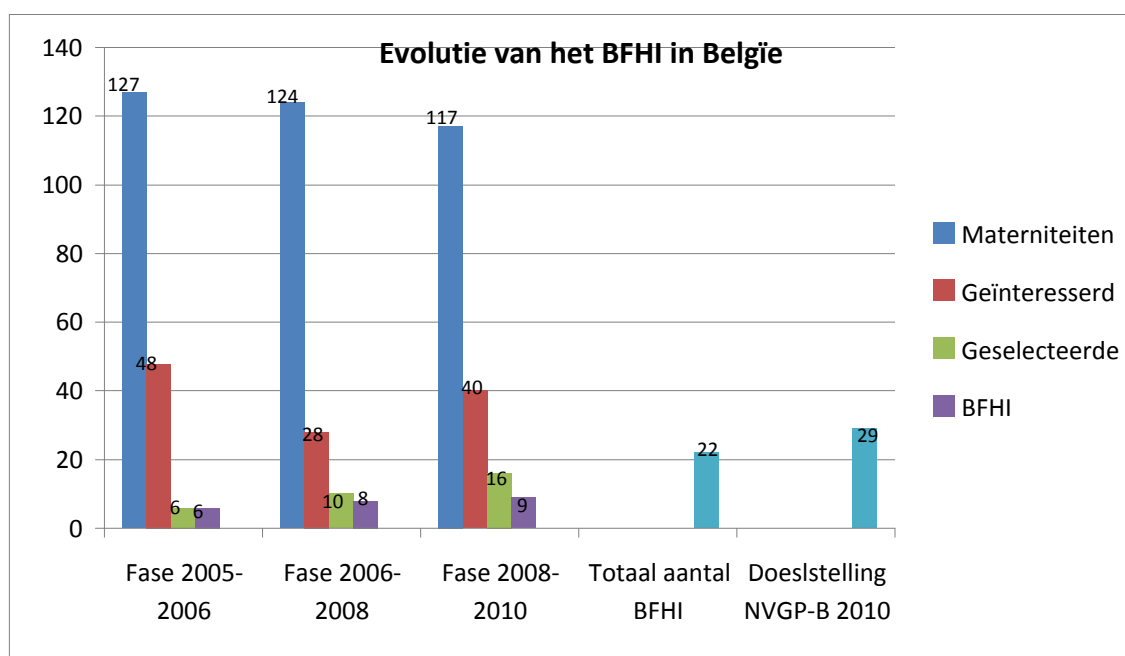
Het kwaliteitscertificaat van de WHO-UNICEF wordt toegekend aan zorginstellingen die voldoen aan de wereldwijd geldende BFHI- criteria, na een standaard interne evaluatie door erkende experts.

Het kwaliteitscertificaat kan worden toegekend mits aan volgende criteria is voldaan:

- toepassing van de Tien Vuistregels ,10 sleutelpunten om het succes van borstvoeding te bevorderen, promoten en optimaal te begeleiden
- minstens 75% uitsluitend borstvoeding van bij de geboorte tot het ontslag van de baby uit de kraamkliniek over 12 maanden
- de fysieke en psychische behoeften van de moeders tijdens de arbeid en de bevalling respecteren, Mother Friendly care.
- de gezinnen beschermen tegen alle commerciële invloeden wat zuigelingenvoeding betreft, en dit overeenkomstig de Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk, hetgeen o.a. betekent dat de instelling zich geen vervangingsmiddelen voor moedermelk, zuigflessen of (fop)spenen gratis of tegen verminderde prijs heeft aangeschaft en dat ze geen staaltjes van deze producten of van eender welk ander reclame artikel meer verspreidt.

Bij de aanvang in 2005 werd er naar iedere Belgische ziekenhuisinstelling een omzendbrief verstuurd van de minister van Volksgezondheid met de vraag tot vrijblijvende deelname aan het BFHI-kwaliteitsproject.

Van de 127 kraamafdelingen binnen België hadden er 48 een kandidatuur dossier ingestuurd. Na minder dan een jaar intensieve begeleiding en multidisciplinaire samenwerking kregen deze kraamafdelingen allemaal het kwaliteitscertificaat "Babyvriendelijk Ziekenhuis".



Figuur 1. Evolutie van het aantal BFHI geïnteresseerde ziekenhuizen en erkenningen

Dankzij de dynamiek die deze eerste piloot-fase had teweeggebracht en de wens van andere instellingen om aan het initiatief deel te nemen, kon de voortzetting ervan worden voorgesteld. Dit resulteerde in een tweede en derde oproep met als eindresultaat dat we in België 22 BFHI certificaten konden uitreiken, hierbij kan men stellen dat 27% van de geboortes in België in een BFHI ziekenhuis plaats vindt.

Om de sensibilisatie via een netwerk van verenigingen voor moeders en professionele hulpverleners te versterken hebben de meeste betrokken landen een nationaal borstvoedingscomité opgericht met als hoofddoel borstvoeding te promoten en het BFHI te coördineren en verder uit te bouwen.

Situering van het BFHI in België

In België werd het Federaal Borstvoedingscomité² (FBVC) opgericht in 2001.

Een van de doelstellingen is de procedure voor de toekenning van het Certificaat "Baby Friendly Hospital Initiative" uit te werken volgens de richtlijnen en protocollen van WHO en UNICEF.

Het FBVC heeft een voorstel van een actieplan opgesteld en ingediend dat aangepast werd aan de Belgische normen. De minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (DG Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen) en UNICEF- België bieden sedert 2005 hun aan ondersteuning aan de ziekenhuizen.

Alle kraamafdelingen worden uitgenodigd om op vrijwillige basis deel te nemen aan het BFHI project en er de diensten prenatale consultatie, verloskamer, postpartum, thuiszorg postpartum, neonatologie en pediatrie, die zich op dezelfde campus bevinden of waarmee zij nauw samenwerken, bij te betrekken.

Sedert 2008 werkt het FBVC een aanvullend actieplan uit om dit "Babyvriendelijk" programma specifiek uit te breiden naar de diensten moeder-kind, pre- en postnatale zorgen, kinderopvang, geboortehuizen, informatie- en consultatiecentra, onderwijsinstellingen, enz. Het FBVC dient eveneens adequaat advies te verstrekken inzake de sociale voorwaarden, het milieu, de wetgeving, etc. waardoor borstvoeding geven eenvoudiger wordt en jonge moeders langer borstvoeding zouden blijven geven.

Laten wij niet vergeten dat sensibilisatie op elke leeftijd en binnen elke leef- en werkomgeving, evenals via de media, nodig is zodat de moeders die borstvoeding geven, zich positief gesteund voelen en beschermd tegen elke commerciële promotie voor artificiële voeding.

Doelstelling van het BFHI

De belangrijkste doelstelling van het BFHI is ervoor te zorgen dat iedere baby en moeder tijdens de zwangerschap, bevalling en geboorte de beste start krijgt om een optimale gezondheid te garanderen.

Dit is de aanzet geweest om binnen de gezondheidsdiensten de werkmethoden te optimaliseren en de huidige informatiesessies over borstvoeding bedoeld voor de toekomstige ouders grondig te herzien en aan te passen aan de huidige kennis.

Dit is noodzakelijk om de ouders correcte informatie te geven om een bewuste voedingskeuze voor hun kind te kunnen maken en zich in deze beslissing ondersteund te voelen.

Waarom een certificaat “Baby Friendly Hospital”?

De “moeder-kind” diensten binnen de ziekenhuizen die voor hun handelingen, vaardigheden en kennis de richtlijnen van WHO en UNICEF nastreven en zich inzetten voor een optimale begeleiding van de moeders en hun baby, kunnen in aanmerking komen voor het kwaliteitscertificaat.

Zij streven naar een klimaat waarbij de verzorging van de baby en de begeleiding van de borstvoeding optimaal verlopen.

Het internationale BFHI-certificaat van WHO/UNICEF kan slechts toegekend worden na een evaluatieprocedure.

Deze procedure respecteert de internationale standaardrichtlijnen die in deze brochure verder worden toegelicht.

In België geeft het merendeel van de toekomstige moeders aan hun baby zelf te willen voeden. Men heeft opgemerkt dat de helft van deze moeders enkele weken na de geboorte al vlug stoppen met borstvoeding. De oorzaak hiervan is te zoeken in de tegenstrijdige adviezen die zij krijgen en een tekort aan adequate ondersteuning.

De gezondheidswerkers zijn zich bewust van de voordelen van moedermelk voor de pasgeboren baby's en hun moeders, deze kunnen in hun streven naar een certificering de mogelijkheid vinden om meer cohesie in hun teams tot stand te brengen.

De begeleiding van de arbeid en de geboorte neemt een belangrijke plaats in binnen het project.

Inhoud van deze praktische gids

Deze gids bevat de praktische informatie voor het multidisciplinaire team – in de eerste plaats de medewerkers van de kraamafdeling - om de kwaliteitsrichtlijnen van het BFHI te integreren binnen de verschillende moeder-kind afdelingen.

Na een voorstelling van de richtlijnen en van de etappes met het oog op kwalificatie, volgt een beschrijving van:

- iedere vuistregel,
- de verschillende etappes die tijdens de evaluatie doorlopen worden,
- de diverse gebieden waarin de moeders ondersteuning nodig hebben om een bewuste keuze te maken, zowel door gepaste informatie als door reële steun in de beslissingen die zij treffen.

Wat u in deze brochure niet zal terugvinden

Om het verkregen certificaat te behouden zal de gezondheidsinstelling erover waken dat de kwaliteit van haar zorg bewaard blijft. Daarom moet er regelmatig een zelfevaluatie gebeuren, gevolgd door een herevaluatie door een extern team van experts. De Belgische richtlijnen voor deze procedures worden later meegedeeld aan de betreffende ziekenhuizen. In deze brochure wordt geen melding gemaakt van de richtlijnen voor neonatologie of pediatrie om als dienst het certificaat te behalen. Dit vraagt, net zoals in de andere landen waar dit al bestaat, een aanpassing van bepaalde vuistregels volgens de noden van deze diensten. Indien u geïnteresseerd bent om hieraan te werken kan u contact opnemen met het FBVC en de coördinatrices van het BFHI.

De eerste versie van deze brochure is grotendeels geïnspireerd op een gelijkaardige brochure van UNICEF UK Baby Friendly Initiative, London 2001, en analoge documenten opgesteld door: Coördination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), werkgroep BFHI 2004.

In de tweede versie van de informatiebrochure, december 2006, werden de nieuwe richtlijnen van WHO en UNICEF 2006 opgenomen. Deze richtlijnen houden meer rekening met borstvoeding als geheel en het respecteren en herkennen van het ritme van de zuigeling. Hierdoor worden de criteria ruimer bekeken binnen de gezondheidszorg.

Psychische en fysieke behoeften van moeder en baby tijdens arbeid en bevalling en in het postpartum worden hierin meer betrokken. De moeders die om een medische reden geen borstvoeding mogen geven of dit niet willen - denk hierbij aan de HIV-positieve moeders - verdienen het wel om met dezelfde ondersteuning en de nodige informatie begeleid te worden.

In de vierde uitgave 2011 wordt aandacht besteed aan de evaluatie in verschillende "etappes" analoog aan een succesformule die in het Verenigd Koninkrijk toegepast wordt en in 2009-2010 uitgetest werden in België.

2. Doelstellingen van het BFHI

2.1 Bevorderen van de kwaliteitszorg door heel het team

De **Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding** vormen de hoeksteen van het BFHI. Het is een samenvatting van de verschillende praktijken die men dient na te leven om borstvoeding aan te moedigen binnen de kraamafdeling. Zij vormen de minimale praktische richtlijnen die nageleefd moeten worden om als « Babyvriendelijk » erkend te worden.

Iedere vuistregel geeft zeer bondig weer wat nagestreefd dient te worden, waardoor hij als slogan of algemene leidraad kan overkomen. Dit druist misschien in tegen onze gebruikelijkere werkwijze om aanbevelingen inzake gezondheid en welzijn te formuleren. Toch gaat het om een project waarbij een zeer hoge kwaliteitsnorm gevraagd wordt voor de begeleiding van de geboorte, de eerste binding tussen ouder-kind en het garanderen van een optimale voedingstoestand van de zuigeling.

Het is in de eerste plaats een ingesteldheid, een vermogen om de vaardigheden van de ouders en de zuigeling te aanvaarden en te respecteren.

Het streven naar deze normen mag geen wedstrijd worden om de borstvoedingscijfers te verhogen, die geen aandacht zou hebben voor de beslissingen, twijfels of de nood aan geruststelling van de ouders.

Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding

Alle instellingen voor moeder- en kindzorg dienen er zorg voor te dragen:

1. dat zij een beleid ten aanzien van borstvoeding op papier hebben, dat standaard bekend gemaakt wordt aan alle betrokken medewerkers.
2. dat alle betrokken medewerkers de nodige opleiding en vaardigheden aanleren, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.
3. dat alle zwangere vrouwen voorgelicht worden over de voordelen en de praktijk van de borstvoeding.
4. dat de baby onmiddellijk na de geboorte gedurende minimum een uur huid op huid contact met de moeder wordt gelegd . Moedig de moeders aan om hongersignalen van hun baby te herkennen en bied hulp aan indien nodig.
5. dat aan vrouwen uitgelegd wordt hoe ze hun baby aan moeten leggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder gescheiden moet worden.
6. dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie.
7. dat moeder en kind dag en nacht bij elkaar op een kamer mogen blijven ('rooming-in').
8. dat borstvoeding op verzoek van het kind wordt nagestreefd.
9. dat aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen geen speen of fopspeen gegeven wordt.
10. dat er borstvoedingsbegeleidingsgroepen (moedergroepen) gevormd kunnen worden en dat vrouwen bij het beëindigen van de zorg naar deze groepen verwezen worden.

*Verklaring van WHO/UNICEF (1989, Nederlandse uitgave 1991, herziene druk 1997):
 "Bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding: de bijzondere rol van de gezondheidszorg"
 Bijgewerkt met de BFHI-richtlijnen voor de integrale gezondheidszorg, januari 2006*

Het BFHI-programma met o.a. de *Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding* heeft al zijn efficiëntie bewezen in verschillende landen. Het is evenwel geen verplichting om het kwaliteitscertificaat zelf te behalen. Van belang is de implementatie van de aanbevolen praktijken. Maar de verenigde inspanningen van de leden van een dienst om hun praktijken te evalueren en te verbeteren en het certificaat te behalen, kunnen op een eenheid tot een niet te onderschatten dynamisme en werkdiscipline leiden.

2.2 Bescherming van de ouders tegen elke commerciële promotie voor zuigelingenvoeding

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat de promotie van vervangende zuigelingenvoeding¹, spenen en tutten een negatieve invloed heeft op de werkmethode van professionele zorgverleners. De voedingskeuze van de moeders wordt hierdoor eveneens sterk beïnvloed.

De Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk² ligt aan de basis van een oproep door UNICEF in 1991 om een totaal verbod voor het uitdelen van stalen of de kosteloze levering van de door de Code bedoelde producten op te leggen. Een Europese richtlijn nodigt de lidstaten uit om de principes van deze Code over te nemen, die in België door een Koninklijk Besluit omgezet werd waarvan de laatste aanpassing van 19/11/2007 dateert³. Dit KB dekt nog maar een deel van de Code en van de latere WHA-resoluties.

Om het BFHI-Certificaat te behalen zal een ziekenhuisinstelling ervoor zorgen dat de Code integraal nageleefd wordt. Dit door er over te waken dat er nergens commerciële invloeden mogelijk zijn.

Het is belangrijk dat iedere informatiebron (brochures, folders, affiches, video's, geschenkdoozen, etc.) die binnen de lokalen van de instelling gebruikt wordt, overeenstemt met het borstvoedingsbeleid, de Code en het Belgisch Koninklijk Besluit dat de promotiepraktijken van de leveranciers van industriële melk voor zuigelingen regelt.

Meer informatie via de website van WHO/

http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf

¹ Vervangende zuigelingenvoeding is elke voeding die moedermelk geheel of gedeeltelijk kan vervangen.

² "De Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk" die door de WHA (World Health Assembly) in 1981 goedgekeurd werd, en de daarop volgende WHA-Resoluties waarvan de laatste van mei 2008 dateert (WHA 61.20)

³ Koninklijk Besluit van 19/11/2007 betreffende voedingsmiddelen bestemd voor bijzondere voeding, dat op 11/12/2007 in het Staatsblad verscheen

2.3 Waken over de kwaliteit van de begeleiding en de zorgen tijdens de arbeid en de bevalling

BFHI gaat voornamelijk over de prenatale informatieverstrekking en de postnatale begeleiding van de nieuwe ouders, met de bedoeling de moeder-kind binding te versterken en aan de voedingsnoden van de zuigeling tegemoet te komen.

Sedert 2006 wordt binnen het BFHI meer aandacht besteed aan de zorg en begeleiding van de moeders tijdens de arbeid en de bevalling, zodat de fysieke en psychische noden van de moeders in de mate van het mogelijke worden gerespecteerd. Tijdens de evaluatie van de Belgische kandidaat-ziekenhuizen zal men voortaan deze zorgen, zoals geformuleerd door het FBVC, integreren. In hoofdstuk 9 van deze brochure vindt u een beknopte bespreking.

2.4 Bewuste keuzes maken

Het BFHI respecteert de voedingskeuze van de ouders en de wijze van verzorging die ze verkiezen.

De professionele gezondheidswerkers hebben wel een verantwoordelijkheid om de ideale werkmethode aan te moedigen en om erop toe te zien dat de ouders de weg vinden naar de juiste en objectieve informatie, waardoor zij bewuste keuzes kunnen maken.

Deze informatie wordt best vroeg in de zwangerschap gegeven zodat de ouders over voldoende tijd beschikken om over alles goed te kunnen nadenken. Dit wil zeggen: zowel tijdens de zwangerschap als na de bevalling en tijdens de borstvoeding, met name bij het hervatten van beroepsactiviteiten.

Bij de evaluatie zullen instellingen niet negatief beoordeeld worden indien de moeder een weloverwogen keuze heeft gemaakt die indruist tegen de aanbevolen richtlijnen.

Indien een moeder een medische contra-indicatie heeft om borstvoeding te kunnen geven zal dit steeds gerespecteerd worden en zal men ervan uitgaan dat deze moeders de nodige inlichtingen krijgen over moedermelkvervangende producten en hoe ze deze moeten bereiden.

Binnen deze groep vallen de moeders die HIV-positief zijn en die men afraadt om moedermelk te geven wegens het transmissiegevaar.

Wanneer men opmerkt dat moeders een keuze maken die duidelijk in strijd is met de een of de andere aanbeveling (gebruik van fopspeen, baby laten slapen bij de verpleging...) dan is het de taak van de evaluator om na te vragen of deze moeder over voldoende informatie beschikte om deze keuze te maken, van het personeel wordt een professionele houding verwacht waarbij men de ouders blijvend blijft informeren over de eventuele nadelige invloeden van hun handelen.

De evaluatoren gaan ervan uit dat de keuze die een moeder gemaakt heeft, genomen werd nadat zij over voldoende informatie beschikte.

Het is dan ook belangrijk dat men in alle brochures, posters, videobeelden, geschenken... die men gebruikt binnen de instelling waar zwangere vrouwen en moeders komen, steeds rekening houdt met het borstvoedingsbeleid.

Meerdere BFHI-aanbevelingen zijn eveneens voordelig voor baby's die niet met moedermelk gevoed worden, vermits zij een goede informatie bevorderen evenals een permanent contact van de baby met zijn moeder vanaf de geboorte, voeding op vraag van de baby en een opleiding van het team om de behoeften van de pasgeborenen en van de al dan niet borstvoedende moeders beter te begrijpen. Het certificaat « Babyvriendelijk » is een zeer ruim begrip .

Het werk dat door het team van de kraamafdeling verricht wordt om het certificaat te behalen, gaat veel verder dan de bevordering van borstvoeding. Het slaat ook op de begeleiding van de eerste familiale relaties.

3. Het behalen van het kwaliteitscertificaat

Het behalen van het internationale certificaat vraagt om een intensieve multidisciplinaire voorbereiding.

De internationale richtlijnen zijn streng, 50% tot 100% van de vragen dienen correct beantwoord te worden tijdens de interviews. (de meeste moeten aan 80% voldoen)

De evaluatie door een extern team van experts wordt gespreid over 3 opeenvolgende fasen.

Indien een fase positief geëvalueerd wordt kan overgegaan worden naar de volgende fase. Het certificaat wordt toegekend door het toekenningscomité nadat de drie fasensuccesvol doorlopen zijn.

Onder hoofdstuk 4.3 kan u de werkwijze nagaan.

Vanuit het FBVC werden er coördinatrices aangesteld. Zij kunnen u aanvullende informatie verstrekken en zij begeleiden de kandidaat-instellingen.

3.1 Voorbereidende fase: Zelfevaluatie

Binnen de instelling zal men nagaan hoever men staat met de toepassing van de BFHI-criteria, de internationale gedragscode en de Mother Friendly richtlijnen.

Dit gebeurt aan de hand van een basisdocument: Zelfevaluatieformulier.

Op basis van de antwoorden kan men zich een beeld vormen van de zwakke en sterke punten, de punten van overeenkomst en van afwijking. Met deze gegevens wordt een actieplan opgesteld om het gewenste resultaat te bereiken.

- o Zelfevaluatieformulier:
- o <https://portal.health.fgov.be/portal/page>
- o aanvragen via de BFHI-coördinatrices

3.2 Opstellen van een actieplan en vormen van een “Borstvoedingscomité”

Aan de hand van de resultaten uit de zelfevaluatie zal men een actieplan opstellen in verband met de noodzakelijke verbeteringen en opleidingen om aan de vereiste minimale normen te voldoen.

De instelling richt een “Borstvoedingscomité” op om de nodige acties voor te bereiden. Dit comité bestaat uit minstens een vroedvrouw, een gynaecoloog en een pediater, via wie de communicatie met de BFHI-coördinatrices en het FBVC zal verlopen.

Noot: het is belangrijk dat deze personen zich allen kunnen vrijmaken voor de vergaderingen die binnen de instelling met de coördinatrices belegd worden en voor de vergaderingen die binnen de FOD volksgezondheid georganiseerd worden samen met de andere geselecteerde ziekenhuizen. Dit gebeurt ongeveer om de twee maanden (de data van deze bijeenkomsten worden op voorhand vastgelegd zodat iedereen hier rekening mee kan houden).

3.3 Kandidaatstelling voor het certificaat

Om geselecteerd te worden door het FBVC en te kunnen genieten van de voorziene begeleiding door de coördinatrices van het BFHI tijdens de verschillende etappes, dient een instelling haar kandidatuur te stellen. Hiervoor worden de volgende documenten bezorgd aan de coördinatrices:

- het volledig ingevulde zelfevaluatieformulier,
- het huidige beleid betreffende de zuigelingenvoeding vergeleken met de BFHI-normen
- een samenvatting van alle informatie over arbeid, bevalling, eerste contact met baby na de geboorte en zuigelingenvoeding, die op het ogenblik aan alle zwangere vrouwen wordt verstrekt die gebruik maken van de verschillende prenatale diensten,
- het opleidingsprogramma, volgens de BFHI normen, over zuigelingenvoeding dat aan de verschillende beroepsgroepen gegeven wordt die in contact staan met moeder en kind, evenals een overzicht van de opleidingsdagen die al gegeven werden of die gepland worden voor de toekomst, en een lijst van de personeelsleden die de opleiding al volgden of die in de nabije toekomst een opleiding krijgen.

Formulier voor kandidaatstelling via website FOD:
<https://portal.health.fgov.be/portal/page>

3.4 Evaluatie

Indien een instelling voldoet aan de vereiste BFHI-normen, Mother Friendly handelen en de internationale gedragscode kan ze via de coördinatie BFHI van het FBVC een aanvraag doen voor een evaluatie.

Dit gebeurt door daartoe opgeleide evaluatoren aangesteld door het FBVC.

Hun taak bestaat erin om aan de hand van de internationaal opgestelde vragenlijsten de ziekenhuisdocumenten en de diverse ondersteunende informatie te inspecteren.

Binnen de instelling vinden observaties plaats evenals gesprekken met leden van de directie, zwangere, moeders en medewerkers. Al de bekomen gegevens worden verwerkt in de standaard formulieren van de WHO en becommentarieerd.

De evaluatoren zijn niet bevoegd voor het toekennen van het certificaat, zij nemen het nodige voorbehoud in acht en sturen ook geen conclusies aan de instelling. Hun schriftelijk rapport wordt aan de BFHI-coördinatrices bezorgd die het overmaken aan de leden van het toekenningscomité dat het BFHI-certificaat toekent.

3.5 Behalen van het Certificaat of het Aanmoedigingscertificaat

Het FBVC is verantwoordelijk voor de samenstelling van het toekenningscomité, deze groep experts op het gebied van borstvoeding heeft als taak het eindrapport te bestuderen en te bespreken tijdens een eindvergadering. Dit comité kent het BFHI-certificaat toe aan de instelling of neemt de beslissing dat het ziekenhuis de wereldcriteria onvoldoende behaald en kent dan een aanmoedigingscertificaat toe.

De beslissing van het Toekenningscomité zal op dezelfde dag meegedeeld worden aan de verantwoordelijken van de instelling, en vervolgens aan het WHO-Departement Voeding voor Gezondheid en aan het hoofdkantoor van UNICEF.

De conclusies van het rapport van de evaluatoren en een verslag van de vergadering van het toekenningscomité over de geëvalueerde instelling zullen eveneens aan UNICEF overgemaakt worden.

Indien een ‘Aanmoedigingscertificaat’ wordt toegekend:

- Het Toekenningscomité zal in zijn verslag aangeven aan welke punten er verder gewerkt zal worden. Het bepaalt of er een volledige of partiële herevaluatie nodig is, en stelt de termijn en het vereiste aantal dagen voor de herevaluatie vast. De kosten van een herevaluatie zijn voor de instelling. Het staat de instelling vrij om het aanmoedigingscertificaat te aanvaarden met de gestelde eisen of om dit te weigeren.
- Indien de geëvalueerde dienst helemaal niet akkoord gaat met de eindbeslissing van het Toekenningscomité, kan een beroepsprocedure ingesteld worden. Deze bestaat uit een herziening van de door de evaluatoren ingevulde documenten door een evaluator die niet betrokken was bij de evaluatie van deze dienst. Er wordt door deze persoon een nieuw rapport geschreven en overgemaakt aan het Toekenningscomité, dat zijn beslissing tot volledige of gedeeltelijke herevaluatie kan handhaven of een aanvullende evaluatie kan aanvragen alvorens zich definitief uit te spreken, of nog zijn oorspronkelijke beslissing kan wijzigen.

Door het behalen van het **BFHI-certificaat** geeft de instelling aan het FBVC haar toestemming om de informatie over de certificering via haar gebruikelijke communicatiekanalen en via de media bekend te maken. Het staat de instelling zelf vrij te verklaren dat zij het certificaat behaald heeft. Het FBVC en de gecertificeerde ziekenhuizen zorgen er nochtans in de mate van het mogelijke voor dat de informatie naar de buitenwereld te allen tijde correct en volledig is. De informatie die verstrekt wordt zal andere instellingen niet in een slecht daglicht mogen plaatsen.

Een muurplaat met als logo de “Maternity” van Picasso (waarop UNICEF het copyright bezit) duidt aan dat de instelling het certificaat behaald heeft. De plaat vermeldt tevens de datum voor de herevaluatie. De officiële uitreiking van deze plaat zal plaats vinden tijdens een geplande studiedag. Ter informatie van het publiek kan de instelling ze op een zichtbare plaats binnen of buiten de instelling aanbrengen.

De instelling krijgt slechts één exemplaar dat door UNICEF-België gefinancierd wordt en niet gekopieerd mag worden. Indien de instelling deze kwaliteitsnorm op meerdere plaatsen binnen de instelling wil tonen, kan ze ook twee kopieën op posterpapier van hetzelfde formaat als de oorspronkelijke plaat aankopen.

3.6 Opvolging en herevaluatie

Het certificaat wordt toegekend voor een termijn van 4 jaar. Voor afloop van deze termijn dient de instelling een aanvraag tot herevaluatie in om haar statuut te behouden.

Na een geslaagde herevaluatie wordt het certificaat voor de duur van 4 jaar verlengd en wordt er een nieuwe plaat uitgereikt (of de oude door een opdruk gewijzigd) waarop de datum van de geslaagde herevaluatie en de geldigheidsduur vermeld wordt.

Indien de instelling er niet in slaagt om de kwaliteitsnorm te behouden, zal ze stappen ondernemen om aan de gefaalde punten te werken om zo te voldoen aan de volledige BFHI-criteria. Indien een herevaluatie gebeurde en de instelling voldoet, komt ze in aanmerking voor een aanpassing van de huidige plaat; indien dit niet zo is wordt de bestaande plaat verwijderd uit de instelling.

De instelling mag de plaat en de twee reproducties dus enkel gebruiken voor de periode waarvoor ze toegekend zijn. Indien er geen herevaluatie gebeurd is, kan het FBVC de plaat en de reproducties na afloop van de termijn laten verwijderen tot op het ogenblik waarop een herevaluatie het behoud van het “Babyvriendelijk” statuut bevestigt.

Indien tussen twee evaluaties blijkt dat de instelling niet meer aan de kwaliteitsnormen van het BFHI voldoet (duidelijke verslechtering van de kwaliteitsnormen), krijgt ze een waarschuwing met het verzoek hierop te antwoorden. Wanneer het antwoord niet adequaat of voldoende blijkt te zijn, kan het FBVC een procedure inzetten waarbij het ziekenhuis bezocht wordt om duidelijk te kunnen evalueren of de instelling de oorzaak van het “negatieve beeld” snel kan verhelpen. Er kan dan een proefperiode toegestaan worden, al dan niet met externe hulp, in afwachting van de herevaluatie. Het is slechts na deze stappen ondernomen te hebben dat beslist wordt of de instelling al dan niet het certificaat behoudt en op de lijst van gecertificeerde ziekenhuizen vermeld blijft.

Er wordt van de gecertificeerde dienst verwacht dat die blijft voldoen aan de kwaliteitscriteria van het BFHI. Daartoe dient de instelling jaarlijks de gegevens over het borstvoedingsbeleid en de verdere evolutie ervan evenals de statistieken over de zuigelingenvoeding aan het FBVC mee te delen, volgens de instructies van de coördinatrices.

4. Praktische informatie over de evaluatieprocedure

4.1 De evaluatoren

De evaluatoren, mannen en vrouwen, worden aangesteld door het FBVC. Het evaluatieteam bestaat uit meerdere erkende evaluatoren uit verschillende beroepscategorieën, en eventueel een evaluator in opleiding. De teamverantwoordelijke is belast met de coördinatie van de werkplanning voor deze groep en fungeert als contactpersoon naar het FBVC. Hij is eveneens verantwoordelijk voor het verzamelen van de vereiste schriftelijke documenten, de verslaggeving van de ingewonnen gegevens, de besluitvorming en het opstellen van het eindrapport.

Qua opleiding en ervaring is de evaluator een expert op het gebied van begeleiding van borstvoeding. Hij heeft een specifieke opleiding betreffende het BFHI-project en het doorvoeren van evaluaties doorlopen.

Hij moet de informatie die hij in de loop van zijn opdracht verkrijgt, vertrouwelijk behandelen. Hij verbindt er zich tegenover het FBVC toe elke vorm van belangenvermenging met betrekking tot zijn opdracht in het algemeen of met het evaluatieproject in het bijzonder op een gegeven campus te melden (met name arbeidsprestaties en/of functie van opleider in de geëvalueerde instelling).

4.2 Gebruikte evaluatiedocumenten

De werkdocumenten die door de evaluatoren in de loop van de evaluatie gebruikt worden, stemmen overeen met het internationaal protocol dat in 1992 door WHO/UNICEF ontwikkeld en in 2009 aangepast werd, met name:

- de verschillende vragenlijsten voor de evaluatie met het oog op het BFHI variëren naar gelang van de ondervraagde groep. De vragen gaan na hoe de BFHI-criteria in

de praktijk worden omgezet. Er wordt gepeild naar de aan de moeders verstrekte informatie en wat zij hiervan begrepen hebben.

- de *samenfassende fiches en de bijhorende gids voor de evaluatoren* vormen de basis voor het eindrapport dat aan het Toekenningscomité wordt overgemaakt.
- de eindrapporten worden vertaald om het anoniem karakter te bewaken, het toekenningscomité wordt samengesteld met experts vanuit België.

4.3 De verschillende fasen van de evaluatie

Gedurende de pilootfasen van het BFHI in België vonden de evaluaties plaats gedurende 3 opeenvolgende dagen. Tijdens deze dagen werden alle BFHI-normen geëvalueerd. Voor de fase 2008-2010 werd dit model **aangepast** om de kandidaten toe te laten aan een tempo te werken dat hun het beste past. Dit zal de medewerking en vorming van alle personeelsleden ten goede komen.

In dit nieuwe model zijn **3 evaluatiestappen** gepland die hieronder beschreven worden:

Fase 1

Evaluatie van diverse documenten en van de schriftelijke informatie

Voor te leggen en uit te werken documenten:

- Zuigelingenvoedingsbeleid volgens de BFHI-normen (zie hoofdstuk 6.1) met inbegrip van de maatregelen die getroffen worden om de gezinnen te beschermen tegen alle commerciële invloeden rond zuigelingenvoeding. Dit referentiedocument over de algemene BFHI-kennis wordt ter beschikking gesteld van alle professionele medewerkers die zorgen verlenen binnen de moeder-kind diensten,
- De poster met de belangrijkste punten uit het beleid die voor het publiek bestemd is en in de talen verspreid wordt die door de patiënten van de instelling het meest gebruikt worden,
- De protocollen in verband met dit algemene beleid,
- De opleidingsprogramma's (die de details van de pedagogische doelstellingen bevatten) over zuigelingenvoeding, die aan het personeel van de moeder-kind diensten gedoceerd worden, evenals de lijst met opleidingen die reeds gegeven werden of voor het komende jaar gepland zijn, en de lijst met het personeel dat deze opleiding volgde of zal volgen,
- Beschrijving van het registratiesysteem voor het verzamelen, coderen en verwerken van de borstvoedingsgegevens, zoals bepaald door de BFHI-criteria (eventueel een papierexemplaar van een codeerblad),
- Samenvatting van de informatie die prenataal aan **alle** zwangere vrouwen die binnen de instelling gebruik maken van de moeder-kind diensten, wordt gegeven over bevalling, het eerste contact met de baby en zuigelingenvoeding; en een beschrijving van de middelen die gebruikt worden om na te gaan of iedere vrouw (elk koppel) deze informatie gekregen heeft en de gelegenheid gehad heeft er met een professionele gezondheidswerker over te praten,
- Brochures, folders, video's, cdroms,... die ter beschikking zijn van de zwangere vrouwen en hun partners of die hen worden meegegeven.

Nadat al deze documenten of informatie aan een interne consensus onderworpen werden, kan de instelling ze voorleggen aan de coördinatrices die aan 2 evaluatoren zal vragen ze te evalueren en dit te rapporteren. De instelling kan slechts overgaan naar de 2^{de} fase wanneer de documenten aan de BFHI-criteria beantwoorden. Zoniet zal de instelling de nodige verbeteringen en aanpassingen aanbrengen en vervolgens een herevaluatie van deze fase aanvragen.

Fase 2

Evaluatie van de kennis en vaardigheden van alle professionele zorgverleners die in contact staan met de zwangere vrouwen, moeders en baby's, volgens de BFHI-criteria; en evaluatie van de betrokkenheid van het niet verzorgend personeel bij het zuigelingenvoedingsbeleid van de instelling

Indien de instelling er zeker van is dat alle betrokken personeelsleden in voldoende mate theoretisch en praktisch opgeleid zijn volgens hun beroepsfunctie om het beleid in de praktijk om te zetten, en dat de meerderheid van het personeel over de vereiste kennis en vaardigheden beschikt, kan er een evaluatie aangevraagd worden.

Deze evaluatie gebeurt door de evaluatoren binnen de instelling.

Het is wenselijk vóór de aanvang van de evaluatie een korte kennismakingsvergadering te organiseren met het personeel dat aanwezig is op de diensten. Tijdens deze bijeenkomst kunnen regels en modaliteiten uitgewisseld worden voor een goede organisatie van de evaluatietijd.

De instelling zorgt voor een afsluitbare werkruimte voor de evaluatoren, voorzien van tafels en stoelen, gedurende de tijd die nodig is om de evaluatie uit voeren. Er worden twee sleutels ter beschikking gesteld om een vlotte toegang tot de ruimte te verzekeren. Gedurende de evaluatie wordt deze ruimte niet betreden door andere personen van de instelling.

De instelling voorziet drank en maaltijden gedurende de periode dat de evaluatoren aanwezig zijn.

De volgende **lijsten en documenten** worden aan de verantwoordelijke van het evaluatieteam overhandigd:

- De eerste twee pagina's uit de fiche: "Gegevens over de instelling en de kraamafdeling" die reeds ingevuld zijn voor de zelfevaluatie, maar aangevuld zijn met de recentste gegevens voor de evaluatiedag,
- Een lijst van alle personeelsleden die binnen de betrokken dienst(en) werken:
- naam, voornaam, bevoegdheid, anciënniteit binnen de dienst
- aanwezigheid van deze personen tijdens de evaluatie of andere mogelijkheid om ze te bereiken

Deze lijst geeft een duidelijk overzicht van de verschillende beroepscategorieën die in nauw contact staan met de moeders en zuigelingen; er wordt een onderverdeling gemaakt per beroepscategorie met vermelding van het totaal per categorie, zonder rekening te houden met hun werkpercentage, om het even of het ziekenhuismedewerkers zijn of dat ze geassocieerd zijn met het ziekenhuis, of dat het assistenten, studenten, vrijwilligers, etc. betreft.

Bij het opstellen van de lijst is het belangrijk dat men vermeldt of het “verzorgend” of “niet-verzorgend” personeel betreft.

Verzorgend: vroedvrouwen, verpleegkundigen, kinderverzorgsters, kinderartsen, gynaecologen, kinesisten, anesthesisten, of anderen, met inbegrip van assistenten en studenten in opleiding

Niet-verzorgend personeel: psychologen, diëtisten, sociaal assistenten, secretaresses, onderhoudspersoneel, keukenpersoneel, aalmoezenier, etc.

Op de lijst kan men vermelden welke personeelsleden regelmatig aanwezig zijn en welke slechts sporadisch contact hebben met de afdeling.

- De lijst met opleidingen bijgewerkt na fase 1, die al gegeven werden en een overzicht van de opleidingen die gepland zijn voor de volgende maanden, evenals een lijst met het personeel dat deze opleiding volgde of zal volgen
- Een exemplaar van de tekst over het zuigelingenvoedingbeleid van de instelling volgens de BFHI-normen (waarover alle personeelsleden beschikken) en de eventuele aanpassingen die na de eerste fase aangebracht werden
- Een exemplaar van de protocollen in verband met dit beleid, met aanduiding van de eventuele aanpassingen die na de eerste fase aangebracht werden

De laatste twee documenten worden tijdens deze fase niet opnieuw geëvalueerd, tenzij er nog veranderingen aangebracht werden.

De evaluatoren voeren **15 tot 20 interviews** uit bij het verzorgend personeel, het niet-verzorgend personeel en andere verantwoordelijken binnen de instelling.

- Om een totaalbeeld van de instelling te krijgen zal de teamverantwoordelijke interviews afnemen met leden van de directie, de prenatale consultatie, de verpleegafdeling, de verloskamer en de dienst neonatologie.
- Uit de voorgelegde personeelslijsten worden bij loting “zorgverleners” of “niet verzorgend personeel” geselecteerd door de evaluatoren. Deze groepen moeten zo representatief mogelijk zijn in verhouding tot de aanwezigheid van hun beroepsgroep binnen de dienst. Het is mogelijk dat enkele personeelsleden verplicht zullen zijn om voor het interview buiten hun diensturen aanwezig te zijn. Met bepaalde bij loting gekozen personeelsleden kunnen gesprekken op een bepaald uur afgesproken worden indien dit de werkorganisatie van de dienst of de consultatieregelingen vergemakkelijkt. Artsen of andere professionelen van buiten de instelling die regelmatig aanwezig zijn of consultaties doen, kunnen ook bij loting uitgenodigd worden voor de evaluatie.
- De informatie die gedurende de individuele interviews ingewonnen wordt, blijft vertrouwelijk en anoniem. Het aspect ‘onderzoek’ kan voor sommigen bedreigend overkomen maar het doel van de gesprekken is niet om individuen te beoordelen maar wel om een totaalbeeld te verkrijgen van hoe het volledige team van medewerkers de BFHI-criteria toepast binnen de instelling.
- De interviews nemen ongeveer 30 minuten in beslag.

Wanneer het verslag van deze evaluatie aan de vereiste BFHI-criteria beantwoordt, kan de instelling overgaan naar de 3^{de} fase. Zoniet wordt de instelling verzocht de door haar aangeboden opleiding te verbeteren of aan te vullen, en vervolgens een herevaluatie van deze fase aan te vragen.

Fase 3

Evaluatie van de informatie voor en de begeleiding van de zwangere en bevallen vrouwen

Door de moeders te ondervragen krijgen we een reëel beeld van de informatieverstrekking, begeleiding en zorgondersteuning die aangeboden worden door de instelling. Deze gesprekken zijn een belangrijk onderdeel van de evaluatie en vervolledigen het beeld dat het personeel van de instelling geeft. Het is mogelijk dat er een groot verschil bestaat tussen de eerder positieve resultaten van de zelfevaluatie en het gebrek aan praktische kennis waarvan de vrouwen blijk geven tijdens de gesprekken. De evaluatie zal dus de inspanningen belichten die verricht werden om de zwangere en bevallen vrouwen adequaat te informeren en ze te ondersteunen bij de keuzes die zij maakten.

Zodra de instelling van oordeel is dat de boodschap die aan de zwangere en bevallen vrouwen overgemaakt werd, een gunstig effect heeft op de manier waarop ze contact leggen met hun baby, hem voeden en ervoor zorgen, kan zij een evaluatie op dit punt aanvragen en de externe evaluatoren uitnodigen.

Het is wenselijk vóór de aanvang van de evaluatie een korte kennismakingsvergadering te organiseren met het personeel dat aanwezig is op de diensten. Tijdens deze bijeenkomst kunnen regels en modaliteiten uitgewisseld worden voor een goede organisatie van de evaluatietijd.

De instelling zorgt voor een afsluitbare werkruimte voor de evaluatoren, voorzien van tafels en stoelen, gedurende de tijd die nodig is om de evaluatie uit voeren. Er worden twee sleutels ter beschikking gesteld om een vlotte toegang tot de ruimte te verzekeren. Gedurende de evaluatie wordt deze ruimte niet betreden door andere personen van de instelling.

De instelling voorziet drank en maaltijden gedurende de periode dat de evaluatoren aanwezig zijn.

De volgende **lijsten en documenten** moeten aan de verantwoordelijke van het evaluatieteam overhandigd worden op de dag voor de evaluatie (of op het tijdstip dat door de BFHI-coördinatrice aangeduid wordt):

- De lijst van alle vrouwen die minstens 34 weken zwanger zijn - met vermelding van het aantal weken zwangerschap - en die minimum 2 prenatale contacten binnen de instelling hebben gehad (consultatie, informatiesessie, voorbereidingscursus, onderzoek, foetale monitoring, hospitalisatie,...);

Noot : Indien de verantwoordelijke van het evaluatieteam het verkieslijk acht om een telefonisch onderhoud te hebben met de zwangere, bvb. om een verplaatsing naar de instelling te vermijden indien deze vrouw bij loting gekozen wordt, zal de instelling aan een personeelslid vragen het telefoonnummer op te zoeken. Ze zal de evaluator voorstellen en de moeder vragen of ze met het gesprek instemt.

- Een overzicht met het aantal zwangere vrouwen die de afgelopen 12 maanden prenatale contacten binnen de instelling gehad hebben en informatie ontvingen over borstvoeding en de handelingen die deze bevorderen; en de beschrijving van het registratiesysteem dat gebruikt wordt om deze raming te realiseren
- Een beschrijving van de middelen die gebruikt worden om individueel na te gaan of iedere vrouw (elk koppel) deze informatie gekregen heeft en de gelegenheid gehad heeft om er met een professionele gezondheidswerker over te praten
- De lijst van alle moeders, aanwezig op de afdeling, met een overzicht volgens de volgende 5 onderverdelingen:
 - *vaginale bevalling*
 - *sectio zonder algemene verdoving*
 - *sectio onder algemene verdoving*
 - *moeders van baby's geboren na minstens 37 weken zwangerschap die geen opname nodig hebben op een dienst neonatologie maar bij hun moeder op de afdeling verblijven*
 - *moeders van baby's opgenomen op de dienst neonatologie*

Noot: Indien de verantwoordelijke van het evaluatieteam het noodzakelijk acht om een telefonisch onderhoud te hebben met de moeder die de kraamafdeling reeds verlaten heeft, zal men aan een personeelslid het telefoonnummer vragen. Deze situatie kan zich voordien indien er te weinig moeders aanwezig zijn op de kraamafdeling gedurende de evaluatiedag (bvb in een middelgrote instelling). Het personeelslid van de instelling zal de moeder opbellen en de evaluator aan haar voorstellen en vragen of zij bereid is om deel te nemen aan het interview.

- Geüpdate pagina uit de zelfevaluatie: “Gegevens over de instelling en de kraamafdeling”, vermits volgens de BFHI-criteria de statistische gegevens van de laatste 12 maanden (vooral inzake zuigelingenvoeding) voor de 3^{de} fase moeten voorgelegd worden
- Een kopie van de poster met de belangrijkste punten uit het beleid, die voor het publiek in duidelijke taal opgesteld is en in de talen verspreid wordt die door de patiënten van de instelling het meest gebruikt worden, met aanduiding van de eventuele aanpassingen die na de eerste fase aangebracht werden
- Een exemplaar van de brochures, folders, video's, cdroms,... die ter beschikking zijn van de zwangere vrouwen en hun partners of die hen worden meegegeven, met aanduiding van de eventuele aanpassingen die na de eerste fase aangebracht werden.
- De bewijzen van betaling voor vervangingsmiddelen voor moedermelk die gedurende de laatste 12 maanden gebruikt werden, waaruit blijkt dat de instelling geen kosteloze of aan gereduceerde prijzen aangeboden producten aanvaardt.

Er worden door de evaluatoren **15 tot 20 interviews** voorzien met zowel zwangere als bevallen vrouwen die binnen de instelling zorgen ontvangen.

- De groep moeders met wie een gesprek gevoerd zal worden wordt bij loting bepaald. Alle moeders die tijdens de evaluatie op de lijsten vermeld staan, ongeacht of zij borstvoeding geven of niet, kunnen gekozen worden. Het aantal moeders dat

geïnterviewd zal worden hangt af van het aantal bevallingen per jaar. In een instelling met meer dan 1500 bevallingen/jaar worden een veertigtal interviews afgenomen.

- De evaluatoren moeten zich ervan vergewissen dat de vragen goed begrepen worden. In sommige gevallen zal de aanwezigheid van een professionele tolk nodig zijn (de tolken moeten ruim op voorhand op de hoogte gebracht worden zodat ze na de nodige instructies vertrouwd kunnen raken met de gebruikte woordenschat.
- Om er zeker van te zijn dat er voldoende tijd werd genomen om de vrouwen te informeren, is het belangrijk dat de gehospitaliseerde moeders (borstvoeding of niet) kort voor hun ontslag geïnterviewd worden. Indien zij al thuis zijn kan dit telefonisch gebeuren maar dit moet vooraf afgesproken worden.
- Voor en tijdens de evaluatie moet aan de zwangeren en de gehospitaliseerde moeders uitgelegd worden dat er in de instelling een evaluatie betreffende **zorgverlening en informatieverstrekking** plaats vindt en dat het mogelijk is dat zij ondervraagd zullen worden. Er mag zeker niet gezegd worden dat enkel de begeleiding bij borstvoeding geëvalueerd wordt, wat trouwens niet correct is en de resultaten van de ondervraging zou kunnen beïnvloeden.
- Het interview duurt ongeveer 20-30 minuten. Het gesprek verloopt individueel zonder dat er iemand kan meeluisteren. De toestemming evenals het anonieme en het vertrouwelijke karakter worden te allen tijde gewaarborgd. De evaluatoren vermelden nergens de namen van de moeders, het personeel mag een lijst opstellen (bvb. volgens de kamernummers van de aanwezige moeders en de zwangeren) om de anonimiteit en de privacy van de moeders gedurende de evaluatieprocedure onder de beste voorwaarden te verzekeren.
- Indien er bijzondere toestemming nodig zou zijn om bepaalde personen te mogen ondervragen, dient die vóór aanvang van de evaluatie verkregen te worden. Wanneer het ethisch comité van de instelling dit nodig acht, zal een personeelslid aan de bij loting gekozen moeders een "informed consent" formulier bezorgen en dit ophalen voor het eventuele gesprek gevoerd wordt.

. Observaties

- De observaties vinden zowel overdag als 's nachts plaats binnen de verschillende diensten: prenatale consultatie, kraamafdeling, arbeid en verloskamer, pediatrie en neonatologie. Men zal letten op de realisatie van de BFHI-criteria tijdens de handelingen, de posters, flessen, spenen en fopspenen, de commerciële publiciteit voor melk, de algemene sfeer bij de begeleiding en bevordering van borstvoeding.
- Wanneer de evaluatoren de praktijken tijdens de geboorte in de verloskamer observeren moeten zij dit in alle discretie en met de volledige toestemming van de ouders doen.
- Het is mogelijk dat de evaluatoren aan de verantwoordelijken uitleg of opheldering vragen over documenten die voor of tijdens de evaluatie overgemaakt werden.

Indien de evaluatoren na de derde fase een positieve beoordeling geven, dat de instelling voldoet aan de gevraagde BFHI-normen wordt het volledige rapport van de drie fasen aan het Toekenningscomité van het BFHI overgemaakt (cf. hoofdstuk 3.5).

Zoniet kan men de instelling vragen na te gaan hoe de impact van haar werkmethoden in de context van de door haar verzorgde patiënten verbeterd kan worden, om vervolgens tot een herevaluatie van deze fase over te gaan.

Ter herinnering: de evaluatoren zijn niet bevoegd om het certificaat toe te kennen en maken de instelling op het einde van de evaluatie geen conclusies over, zelfs indien ze het wenselijk achten felicitaties en/of suggesties voor eventuele verbeteringen te formuleren.

Algemene opmerkingen betreffende de drie fasen

Om ervoor te zorgen dat de resultaten die voor een fase behaald worden, niet afnemen voor men het einde van de derde fase bereikt, wordt de maximum tijd vanaf de eerste aanvraag beperkt tot 2 jaar ¹ om de hele procedure af te ronden.

- de **6** eerste maanden om de eerste fase te realiseren
- de eerste **18** maanden om de tweede fase te realiseren
- maximum **6** maanden tussen de tweede en de derde fase

Uiteraard kan een instelling ook sneller evolueren van ene naar de volgende stap.

Voor iedere evaluatiefase zal er een schriftelijke overeenkomst opgemaakt worden tussen de BFHI-coördinatie van het FBVC en de ziekenhuisdirectie en het Borstvoedingscomité van de te evalueren instelling:

- verloop van de evaluatie
- documenten die voor aanvang van de evaluatie of ter plaatse aan de evaluatieverantwoordelijke moeten bezorgd worden
- vastgelegde data
- kosten (cf. hoofdstuk 4.6) en betalingsmodaliteiten
- Het Federaal Borstvoedingscomité (FBVC) verbindt er zich toe de namen van de instellingen die een evaluatie aanvragen niet bekend te maken voor het einde van het proces, d.w.z. de eindbeslissing van het Toekenningscomité in verband met het certificaat. De evaluatoren die aangeworven werden om de evaluatie uit te voeren blijven eveneens anoniem. De instellingen mogen ook geen contacten leggen met derden (o.a. de media) over de afgesproken data of de identiteit van de evaluatoren.
- De BFHI-coördinatrices stellen aan de instellingen werkdocumenten ter beschikking om zelf pre-evaluaties uit te voeren: checklists, voorbeelden van registratiesystemen die uitgetest werden tijdens de pilootfasen.

4.4 Het evaluatierapport

Het uitschrijven van het eindrapport van de volledige evaluatie valt onder de verantwoordelijkheid van de teamverantwoordelijke. Het bestaat uit de samenvattende fiches van al de interviews, de observaties en de besluiten van de schriftelijke documenten, met aanduiding van de graad van toepassing van de BFHI-criteria volgens de internationale norm. Het bevat eveneens de eventuele aanbevelingen en commentaren van de groep evaluatoren over de toepassing van elk van deze criteria.

Dit rapport wordt vertaald naar het Frans. Alle mogelijke sporen van identificaties worden eruit verwijderd. Vervolgens wordt het aan de leden van het Toekenningscomité – ieder in zijn taal - overgemaakt.

De definitieve beslissingen van het Toekenningscomité worden opgenomen in een verslag dat door de BFHI-coördinatie van het FBVC in de archieven opgenomen wordt. Ze worden aan de internationale departementen van UNICEF en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) overgemaakt, waar de resultaten met betrekking tot de vooruitgang van het BFHI bewaard worden. Een kopie van de conclusies van het rapport wordt aan geëvalueerde dienst toegestuurd.

4.5 Ingeval een kraamafdeling samenwerkt met een dienst neonatologie op dezelfde campus

Om de vereiste borstvoedingscijfers te bereiken (cf. hoofdstuk 5 hieronder), dient het beleid van de diensten uiteraard op mekaar afgestemd te zijn. Zolang de BFHI-werkgroep van het FBVC geen specifieke richtlijnen heeft uitgewerkt om de diensten neonatologie (en pediatrie) te evalueren, zal de evaluatie zich richten op:

- de vraag of er in de mate van het mogelijke rekening gehouden wordt met het zuigelingenvoedingsbeleid dat op de kraamafdeling in voege is
- de kwaliteit van de samenwerking tussen de verschillende diensten, zodat de moeders die gescheiden zijn van hun baby dezelfde informatie ontvangen
- de middelen die aangewend worden om een degelijke theoretische en praktische opleiding te geven aan het personeel inzake zuigelingenvoeding
- de middelen die aangewend worden om een optimale moeder-kind binding te bekomen en huid-huid contact te bevorderen
- de mogelijkheid dat iedere baby gevoed kan worden met moedermelk, tenzij een geïndividualiseerde en regelmatig gereëvalueerde medische contra-indicatie (EBM) dit niet toelaat

De evaluatoren trachten de samenwerking tussen de diensten te evalueren door middel van:

- een interview met de verantwoordelijken van de dienst
- een interview met de moeders van wie de baby op neonatologie opgenomen is
- het onderzoek van het protocol betreffende de medische indicaties om de moedermelk met bijkomende voeding aan te vullen
- het onderzoek van de informatieverstrekking en ondersteuning bij het aanleren van het manueel of elektrisch kolven
- observatie inzake:
 - het uithangen van een samenvatting van het borstvoedingsbeleid van de instelling in een taal die aangepast is aan de ouders die van de dienst neonatologie/pediatrie gebruik maken
 - de afwezigheid van reclame van de kunstvoedingindustrie en van fabrikanten van zuigflessen en spenen

- het onthaal, het comfort en de algemene sfeer die aan de ouders geboden wordt om hun contact met hun baby te vergemakkelijken

4.6 Kosten van de externe evaluatie

De **kosten** voor de externe evaluatie worden door de ziekenhuisinstelling gedragen¹. Deze zijn afhankelijk van de grootte van de te evalueren dienst en dus van het aantal evaluatoren en het aantal dagen die nodig zijn voor de evaluatie. De volgende kosten worden in dit budget opgenomen: de lonen van de evaluatoren, hun verplaatsings- en verblijfkosten, evenals bepaalde administratieve kosten in verband met de organisatie van de evaluatie. Het bedrag en de wijze waarop dit gestort kan worden, worden vastgelegd in de overeenkomst waarvan sprake in punt 4.3.

De kosten worden geraamd op een bedrag tussen 5.000 en 6.000 euro. Uiteraard moet men rekening houden met supplementaire kosten indien er een extra evaluatie van een fase georganiseerd moet worden.

5. Verzamelen van de gegevens over de voeding van de pasgeborenen

Een belangrijk criterium voor het toekennen van het internationale certificaat “Babyvriendelijk Ziekenhuis” is het percentage **uitsluitend borstvoeding van bij de geboorte tot bij het ontslag uit de ziekenhuisinstelling**. Wanneer een instelling de *BFHI-criteria* toepast en de *Internationale gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk* (en de latere resoluties van de WHA die hierop betrekking hebben) respecteert, wordt verwacht dat dit voor de **twalf maanden** die aan de evaluatie voorafgaan, resulteert in een gemiddeld percentage van minimum **75%** “uitsluitend borstvoeding” van de tijdig geboren baby’s. Dit criterium is soms moeilijk te bereiken in streken met een algemeen laag borstvoedingspercentage.

Om de kwaliteitsgegevens binnen de instelling te verzamelen is het gebruik van een geïnfomatiseerde registratie een goed hulpmiddel.

Het BFHI en de “Global Strategy for Infant and Young Child Feeding”¹ leggen de nadruk op de gezondheidsvoordelen van het uitsluitend borstvoeding geven gedurende de eerste zes levensmaanden; deze voordelen zijn van belang voor moeder en baby.

De statistische gegevens betreffende de zuigelingenvoeding die verzameld worden zullen rekening houden met deze aanbevelingen.

De exclusiviteit van de borstvoeding wordt hierbij zeker niet vergeten (= enkel het geven van moedermelk).

Indien een instelling beoogt het certificaat te behalen, zal ze de definities hanteren die de WHO gebruikt heeft om de verschillende soorten voeding te karakteriseren. Definities als “moedermelk/ kunstvoeding/gemengde voeding” zijn bijvoorbeeld niet voldoende voor een nauwkeurige analyse

¹ *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, goed gekeurd door de WHA (World Health Assembly) in mei 2002, WHO, Genève, 2003*

Twee van de door de Wereldgezondheidsorganisatie uitgewerkte definities (Indicatoren voor de evaluatie van de wijzen waarop moedermelk gegeven wordt, WHO, juni 1991 WHO/CDD/SER/91.14) zijn als volgt geformuleerd:

Moedermelk:

Het kind krijgt moedermelk rechtstreeks aan de borst of afgekolfd.

Uitsluitend borstvoeding:

De baby krijgt uitsluitend moedermelk (eventueel noodzakelijke medicijnen of vitaminen/mineralen die niet door middel van een fles gegeven worden, zijn toegestaan).

NB: In deze definitie is de melk van melkgevende moeders begrepen lactarium of melkbank.

Op basis van deze definities gelden de volgende **indicaties** om statistieken op te maken:

- o **Zuigelingen uitsluitend met moedermelk gevoed** (met inbegrip van afgekolfd melk) **van bij de geboorte tot bij het ontslag uit de ziekenhuisinstelling** (zowel voor de baby's op de kraamafdeling als op de dienst neonatologie geldt de datum van het ontslag als referte)
- o **Zuigelingen die minstens één keer iets anders kregen dan moedermelk** (zuigelingenvoeding, water, andere vloeistoffen) van bij de geboorte tot bij het ontslag uit de ziekenhuisinstelling (zelfde definitie als hierboven), volgens een **gerechtvaardigde medische indicatie** (EBM) (cf. hoofdstuk 10)
- o **Zuigelingen die minstens één keer iets anders kregen dan moedermelk** (zuigelingenvoeding, water, andere vloeistoffen) van bij de geboorte tot bij het ontslag uit de ziekenhuisinstelling (zelfde definitie als hierboven), maar waarbij er **geen medisch gerechtvaardigde reden (EBM)** terug te vinden is, met andere woorden bijvoeding voor iedere andere reden.

Bij de twee laatste categorieën maakt men een duidelijk onderscheid tussen:

- o De zuigelingen die geen moedermelk ontvingen (met inbegrip van die baby's van wie de moeder besloot om enkel in de verloskamer eenmalig aan te leggen)
- o De zuigelingen die moedermelk kregen en een of meerdere keren vervangingsmiddelen voor moedermelk)

Bij de drie categorieën maakt men een duidelijk onderscheid tussen:

- o Zuigelingen < 37 zwangerschapsweken
- o Zuigelingen ≥ 37 zwangerschapsweken

Het totaal van deze categorieën moet 100% van de zuigelingen omvatten die binnen de instelling geboren werden, en niet de baby's die er vanuit een andere instelling naar getransfereerd werden.

De zuigelingen die binnen de instelling geboren werden maar die om een bepaalde reden naar een andere instelling overgebracht worden, worden meegeteld tot en met de dag van hun transfer.

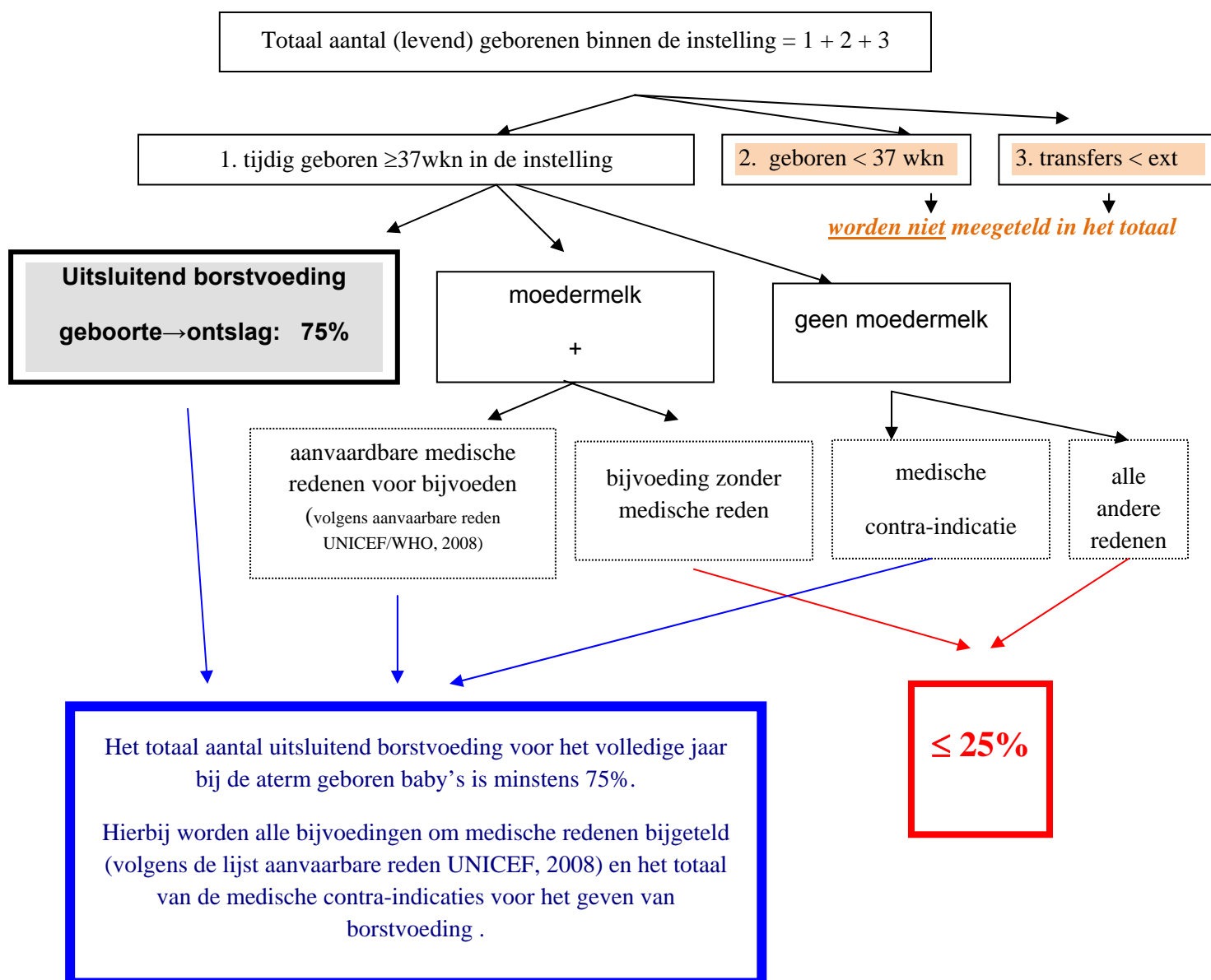
Voor deze statistieken worden enkel de levendgeborenen meegeteld.

Om op een correcte wijze de statistische gegevens te verzamelen en tevens de vragen te kunnen beantwoorden die de evaluatoren over de manier waarop de zuigelingenvoeding van het een of andere kind verloopt zouden kunnen stellen, is het wenselijk om in de individuele verpleegdossiers de volgende gegevens te noteren:

- type bijvoeding dat gegeven werd (water, suikerwater, ORS, bereidingen voor zuigelingen,..)
- toedieningswijze van de bijvoeding (zuigfles, beker,...)
- de reden voor de bijvoeding
- het aantal keren dat er iets werd bijgegeven

Indien er tussen de geboorte en het ontslag van de baby twee of meer maanden liggen, zal de verantwoordelijke voor het bijhouden van de periodieke samenvatting van de gegevens rekening houden met de voedingstoestand van de baby bij het ontslag.

In hoofdstuk 10 van deze brochure vindt u de “aanvaardbare medische redenen” (EBM) om moedermelk aan te vullen of te vervangen volgens het beleid van WHO/UNICEF.



Met behulp van dit schema kan u nagaan hoe het minimum percentage “uitsluitend borstvoeding” berekend kan worden volgens het internationale certificaat.

Hou er rekening mee dat het minimum percentage “uitsluitend borstvoeding” berekend dient te worden van de voorbije twaalf maanden voor de aanvang van de derde evaluatie!

De baby's geboren voor 37 weken worden niet mee opgenomen in de berekening van het % “uitsluitend borstvoeding”. Uiteraard zal een gecertificeerd ziekenhuis al het nodige doen om de “uitsluitend borstvoeding” na te streven binnen de dienst neonatologie voor zover dit mogelijk is; dit wordt geëvalueerd onder de voorschriften van vuistregel 5 (cf. hoofdstuk 4.5 en 6.5).

6. De Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding

Doelstellingen en praktische informatie bij de evaluatie

Vuistregel 1 - dat zij een beleid ten aanzien van borstvoeding op papier hebben, dat standaard bekend gemaakt wordt aan alle betrokken medewerkers.

Doelstellingen BFHI

De gezondheidsinstelling heeft een schriftelijk borstvoedingsbeleid of voedingsbeleid voor zuigelingen waarin de BFHI criteria zijn opgenomen. Het beleid beschermt borstvoeding door zich te houden aan de 'Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk' en de latere resoluties aangenomen door de WHA.

Het omschrijft ook dat moeders die geen borstvoeding geven het nodige advies krijgen betreffende babyvoeding en begeleiding bij het kiezen van mogelijkheden die voor hun situatie geschikt zijn (o.a. HIV-positieve moeders).

Het beleid dient gemakkelijk beschikbaar te zijn zodat alle betrokken medewerkers, verzorgend en niet verzorgend personeel, het kunnen raadplegen of ernaar kunnen verwijzen. Bij het uitschrijven van deze vuistregel dient een evaluator onmiddellijk terug te vinden hoe dit beleid bekend gemaakt wordt aan nieuwe werknemers; one-to-one overlopen van de inhoud, instapsessie binnen de instelling met overlopen van het beleid, persoonlijk exemplaar met nadien vraagstelling,....

Een samenvatting van het beleid met op zijn minst de Tien Vuistregels, de Gedragscode en de erop volgende WHA-resoluties en vermelding van de steun voor moeders die geen borstvoeding geven, wordt zichtbaar opgehangen op alle diensten van de gezondheidsinstelling waar zwangere vrouwen, moeders, baby's en/of kinderen worden verzorgd.

Deze diensten zijn: de prenatale consultatie, de arbeids- en verloskamer, de kamers en ruimten op de kraamafdeling, de babykamer (indien deze bestaat) en binnen de gespecialiseerde diensten waar zuigelingen worden opgenomen.

Een samenvatting van het beleid moet opgesteld worden in de taal die het meest gesproken wordt door patiënten en betrokken medewerkers.

Bespreking

Een beleid dat optimale zuigelingenvoeding promoot vraagt om een regelmatige evaluatie van de kwaliteitszorg.

Dit omvat meer dan alleen een geheel van regels en richtlijnen. Het is belangrijk dat er geen verwarring kan ontstaan bij het gebruik van het opgestelde beleid en de beschreven richtlijnen. Werken volgens deze normen wil zeggen dat minstens ieder punt zoals beschreven in vuistregel 1 opgenomen wordt in dit beleid. Daarom is het noodzakelijk om iedere medewerker die in contact komt met moeder en kind op de hoogte te brengen van het

beleid en er ook telkens naar te verwijzen. Hierbij vergeet men ook de stagiairs en medewerkers van buiten de instelling die samenwerken, niet. Daarom moet het duidelijk zichtbaar worden uitgehangen binnen alle diensten zoals vermeld hierboven.

Een samenvatting van het beleid moet worden opgehangen in de taal van de meeste bezoekers van de instelling. Belangrijk is wel dat vertalingen correct gebeuren.

Om borstvoeding te beschermen verwijst men in het beleid naar de Gedragscode. Deze verbiedt alle vormen van reclame of promotie voor vervangingsmiddelen voor moedermelk, zuigflessen en spenen, persoonlijke sponsoring voor deelname aan congressen ed., schenkingen.

Dit verbod op reclame geldt zowel naar de zwangere en de pas bevallen moeders als naar al het ziekenhuispersoneel toe.

Tevens is er ook een verbod om uitleg in groep te geven over vervangingsmiddelen voor moedermelk, zuigflessen en spenen.

Praktisch

Het is wenselijk dat dit beleid door een multidisciplinair team wordt opgesteld.

Op het ogenblik dat men klaar denkt te zijn met het geschreven beleid dient men na te gaan of dit compatibel is met de werkprocedure voor de zorg voor moeder en kind en dat de recentste evidence based informatie werd opgenomen (keizersnede, gemedicaliseerde bevallingen, transfer van de baby, icterus, hypoglycemie, HIV-besmetting, medicatie niet compatibel met borstvoeding, Belgische richtlijnen van het KCE reports: Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevalling, Mambourg Françoise, Gailly Jeannine and Zhang Wei-Hong, 2009-2010, KCE reports : Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen (PDF - 1247,75kb) 2nd edition (21 nov 2006; 1st edition, 24 dec 2004)

Een evaluatiesysteem zal helpen om de efficiëntie en de continuïteit van het beleid te controleren. Waar nodig kan men dan bijsturen.

Bij het opstellen van het beleid kan men contact opnemen met de BFHI-gecertificeerde ziekenhuizen. Het beleid zal voor iedere instelling uniek zijn, men zal rekening houden met de interne afspraken, culturele verschillen en sociale verschillen.

De BFHI-richtlijnen gelden voor de begeleiding van alle vrouwen of zij borstvoeding geven of niet. Het beleid en de richtlijnen moeten melding maken van kunstvoeding. De samenvatting voor de bezoekers moet borstvoeding als optimale voeding vermelden en iedere verwijzing naar kunstvoeding vermijden.

Informatie over het gebruik van vervangingsmiddelen voor moedermelk en zuigflessen mag enkel individueel gegeven worden aan de moeders die ze nodig hebben.

Vuistregel 2 - dat alle betrokken medewerkers de vaardigheden aanleren, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.

Doelstellingen BFHI

De hoofdvroedvrouw van de kraamafdeling of de verantwoordelijke van de dienst moet kunnen aantonen dat al het personeel dat in contact komt met zwangere vrouwen, moeders en/of baby's, instructies hebben ontvangen over het borstvoedingsbeleid; deze instructies moeten toereikend zijn.

Een exemplaar van het opleidingsprogramma over bevordering van borstvoeding en begeleiding voor de verschillende personeelscategorieën is beschikbaar. Voor nieuwe medewerkers zal een opleidingsschema opgemaakt worden.

Aan de hand van documenten zal men nagaan of $\geq 80\%$ van **het verzorgende personeel**, al langer dan 6 maanden in dienst binnen de instelling en in nauw contact met de zwangeren, de moeders en zuigelingen, een opleiding hebben genoten waarbij de BFHI-criteria, de Gedragscode en latere WHO-resoluties en Mother Friendly care aan bod kwamen. Deze opleiding kan in de instelling gevolgd zijn of via een externe opleiding.

De opleiding zal minstens 20 uur omvatten zodat de kennis die noodzakelijk is om een moeder correct te begeleiden bij borstvoeding optimaal wordt, waarin drie uur praktijkervaring gedoceerd wordt.

Het **niet-verzorgend personeel** heeft ook de nodige bijscholing gekregen, aangepast aan hun taak en functie om een correcte ondersteuning van de borstvoeding te waarborgen.

Er wordt ook een bijscholing aan de personeelsleden gegeven over de begeleiding van moeders die geen borstvoeding wensen te geven. Welke en hoeveel personeelsleden deze opleiding krijgen is afhankelijk van de behoefte van de instelling hou rekening met de aanbevelingen die opgenomen zijn in het KB 18/2/1991 en laatste wijziging BK 19/11/2007 onder punt 5 "*Voedingsmiddelen voor zuigelingen en kleuters.*"

Een exemplaar van deze bijscholings sessies wordt ook aangeboden bij de evaluatie.

Deze opleiding omvat:

- de risico's en voordelen van de verschillende voedingsmethoden
- hoe de moeder te helpen bij de keuze in wat een aanvaardbare, haalbare, betaalbare, duurzame en veilige voedingskeuze is voor haar situatie
- veilig en hygiënisch bereiden, geven en bewaren van vervangingsmiddelen voor moedermelk
- hoe het klaarmaken van de verschillende voedingen aan te leren
- welke kans er is dat moeders die borstvoeding geven beïnvloed zouden worden om kunstvoeding te gebruiken

Uit willekeurig gekozen **verzorgend personeel** *:

- bevestigt minstens 80% dat zij de beschreven opleiding kregen of indien iemand minder dan 6 maanden werkzaam is binnen de instelling kan die bevestigen dat zij/hij minstens inzicht in het beleid heeft en weten wat haar/zijn rol is bij het toepassen ervan
- is minstens 80% in staat om op 4 van de 5 vragen over begeleiding en bevordering van borstvoeding correct te antwoorden
- kan minstens 80% minimum twee punten opnoemen die moeten besproken worden met een zwangere die aangeeft dat ze waarschijnlijk iets anders dan borstvoeding plant te geven

Uit willekeurig gekozen **niet-verzorgend personeel****

- bevestigt minstens 70% informatie of opleiding gekregen te hebben sinds hun aanwerving
- is minstens 70% in staat op zijn minst één reden te omschrijven waarom borstvoeding belangrijk is
- kan minstens 70% op zijn minst één mogelijke praktische handeling benoemen die borstvoeding ondersteunt.
- is minstens 70% in staat om op zijn minst één item te noemen dat zij kunnen verrichten om moeders te ondersteunen zodat zij hun baby goed kunnen voeden

* inbegrepen het personeel dat instaat voor de klinische zorg voor zwangere vrouwen, moeders en hun baby's

** inbegrepen het personeel dat niet-klinische zorgen verstrekt aan zwangere vrouwen, moeders en hun baby's of dat op een of andere manier met hen in contact komt (sociaal assistent, psychologen, secretaresses, onderhoudspersoneel, keukenpersoneel, vrijwilligers, pastorale werkers,...)

Door onderscheid te maken tussen de verschillende beroepscategorieën komt men tot bepaalde tegenstrijdigheden, het is aan de evaluatoren om uit te maken binnen welke categorie deze mensen vallen.

3B Bespreking

Alle zorgverleners die in contact staan met de moeders, pasgeborenen en zuigelingen moeten op de hoogte gebracht worden van de borstvoedingsprocedures en de praktische adviezen die opgenomen zijn in het beleid.

Hierbij is het nodig dat iedereen volgens zijn opleidingsniveau en functie de nodige opleiding krijgt.

Voor nieuwe personeelsleden is het van belang om van bij hun indiensttreding het beleid te verduidelijken. De verantwoordelijke van de dienst zal nagaan welke externe training deze personeelsleden in het verleden al kregen rond begeleiding bij borstvoeding en afhankelijk van deze kennis zal een aangepaste aanvullende of volledige opleiding gepland worden binnen de eerste zes maanden na de aanwerving.

De opleiding zal aangepast worden volgens de noden van de dienst en op het niveau van het personeel. Dit deel behoort tot de schriftelijke documentatie bij de evaluatie. Een standaard opleidingsprogramma voorleggen dat men heeft aangevraagd bij een gekende organisatie zal niet voldoen voor de evaluatie; een aangepaste versie volgens de noden van de dienst voldoet wel.

De zorgverleners die in contact staan met de moeders, pasgeborenen en zuigelingen moeten in staat zijn om een praktische begeleiding tijdens de borstvoeding te demonstreren, en de moeder aanleren hoe ze een baby correct aan de borst legt (aanleggen, laten toehappen).

Het is belangrijk om correcte uitleg te kunnen geven over hoe men de melk moet afkolven, dit zowel manueel (met de handen zonder een hulpmiddel) als met behulp van een borstpomp.

4BPraktisch

Uit ervaring weet men dat een opleiding van 20 uur een absoluut minimum is voor de zorgverleners die in het verleden al een opleiding genoten. Men merkte dat er vaak een tekort aan kennis aanwezig was bij alle zorgverleners die in contact staan met de moeders, pasgeborenen en zuigelingen.. Tijdens de 3 uur praktische kennis kan men dieper ingaan op de begeleiding van de moeders: empathie, luistervaardigheid, comforthoudingen, positie van de baby, hoe de borst vasthouden, manueel kolven,

Deze kennis en vaardigheden zijn nodig voor iedere zorgverlener tijdens de dagelijkse zorgen van de moeder (artsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, kinderverzorgsters,...).

Het is aanbevolen om aanvullende leermodules voor andere zorgverleners op te stellen, zoals:

- het aanwenden van medicatie tijdens de arbeid, bevalling en borstvoeding door anesthesisten,
- routinehandelingen in de verloskamer voor de kinesisten die een arbeid volgen,
- biologisch ritme en reflexen voor psychologen en sociaal assistenten
- personeel van K&G opleiden volgens beleid van de instelling

De wijze waarop men de opleiding geeft kan variëren: permanente training, congressen, vergaderingen onder stafmedewerkers, lezingen. De begeleiding tijdens deze opleidingsmomenten kan gebeuren door een externe lesgever of door interne lessen te laten geven door iemand die een goede kennis bezit over borstvoeding.

De verantwoordelijke ziet erop toe dat ieder personeelslid betrokken bij moeder- en kindzorg een aangepaste opleiding krijgt over de verschillende borstvoedingsthema's.

Deze persoon houdt de aanwezigheidslijsten en de planning van de opleidingsdagen nauwkeurig bij

In België is er slechts een beperkt aanbod van specifieke borstvoedingsopleidingen, het is raadzaam om tijdig de nodige contacten te leggen indien men een beroep op ze wil doen.

Vuistregel 3 - dat alle zwangere vrouwen voorgelicht worden over de voordelen en de praktijk van borstvoeding geven.

Doelstellingen van BFHI

De verantwoordelijke van de kraamafdeling of van de prenatale consultatie verklaart dat minstens 80% van de zwangere vrouwen opgevolgd binnen de instelling informatie kregen over borstvoeding. Er moet een beschrijving beschikbaar zijn met een overzicht van de inhoud van de prenatale voorlichting.

Deze voorlichting behandelt:

- het belang van borstvoeding voor moeder en baby,
- het belang van onmiddellijk huidcontact na de geboorte en,
- van het meteen aanleggen, hongersignalen herkennen
- 24 uur op 24 rooming-in,
- voeden op vraag of zoals de baby aangeeft,
- frequent voeden om een optimale melkproductie te verzekeren,
- goede houding en aanlegtechniek,
- uitsluitend borstvoeding gedurende de eerste 6 maanden,
- het belang van verder borstvoeding te blijven geven als er na 6 maanden andere voeding wordt gegeven.
- Mogelijke nadelen van medicamenteuze interventies gedurende de arbeid

Uit een willekeurig gekozen aantal zwangere die minstens twee maal op controle kwamen binnen de instellingen of opgenomen zijn op een observatiedienst in hun derde zwangerschapstrimester zijn:

- bevestigt minstens 70% dat een personeelslid over borstvoeding sprak of dat er een doorverwijzing naar een prenatale informatiesessie gebeurde.
- kan minstens 70% van deze vrouwen iets vertellen over twee van de volgende onderwerpen:
 - het belang van huidcontact
 - voordelen van de baby 24 uur op 24 bij zich op de kamer te houden
 - mogelijke risico's van bijvoeding bij borstvoeding gedurende de eerste 6 maanden

Bespreking

Ieder zwangere opgevolgd binnen de instelling zou systematisch haar voordeel moeten kunnen halen uit de gegeven informatie tijdens de consultatie of gedurende de voorlichtingslessen rond de geboorte. Dit geldt zowel voor zij die kiezen voor borstvoeding als voor de anderen.

Deze informatie moet duidelijk gegeven worden, juist en relevant zodanig dat zij het belang inzien van het huidcontact met hun baby, de voedingen op vraag van de baby, het 24 uur op 24 samen zijn, de mogelijke gezondheidsrisico's van vervangingsmiddelen voor moedermelk, het belang van moedermelk voor zowel baby als moeder en de vaardigheden bij het aanleggen om zo de borstvoeding te doen slagen.

KB 19/2/1991 vermeld

5.1.4.4. De bereidingswijze en de gebruiksaanwijzing moeten onder meer de volgende gegevens vermelden:

- *een gebruiksaanwijzing voor de juiste bereiding, bewaring en verwijdering van het product;*
- *een waarschuwing dat aan onjuiste bereiding risico's voor de gezondheid van de zuigelingen zijn verbonden.*

Men moet ook de nodige aandacht besteden aan de informatiebrochures en folders over borstvoeding die aan de moeders worden meegegeven. De inhoud moet juist zijn en er mag geen informatie in voorkomen over het gebruik van vervangingsmiddelen voor moedermelk. Deze documenten mogen ook geen reclame bevatten voor deze producten, zuigflessen en spenen.

Praktisch

Het is belangrijk om het ogenblik van de eerste informatie over borstvoeding aan te voelen. De zwangere moet open staan voor deze voedingsinformatie en er zal rekening mee gehouden moeten worden dat hoe langer men wacht hoe groter het risico dat men bij een vroeggeboorte geen informatie heeft gegeven. In het beleid moet voorzien worden waar en wanneer deze informatie het gemakkelijkst door de vroedvrouw en/of arts gegeven kan worden.

De groepssessies moeten aangevuld worden met individuele informatie, en men houdt er rekening mee dat sommige zwangere niet deelnemen aan groepssessies.

Voor de zwangere die niet binnen de instelling opgevolgd worden maar hier wel komen bevallen, kan er een samenwerkingsovereenkomst aangegaan worden tussen de personen en plaatsen die deze zwangere zorgen aanbieden tijdens hun zwangerschap (K&G, zelfstandige vroedvrouwen, artsen, geboortehuizen,...), dit om er zeker van te zijn dat ook zij de nodige informatie meegeven .

Het is de rol van de professionele hulpverlener om de vrouw te begeleiden, haar verwachtingen en keuzes te laten uiten en haar eventueel bij te sturen indien zij blijft twijfelen.

De vrouw heeft het recht om informatie te weigeren indien zij er geen wenst te ontvangen: schrijf hierover een duidelijke nota in het dossier; dit kan nuttig zijn tijdens de evaluatie.

Demonstreren en uitleg geven over de bereiding van kunstvoeding aan zwangere in een groep, kan een invloed hebben op het vertrouwen dat een vrouw heeft in borstvoeding, zeker voor vrouwen die nog veel twijfels hebben in verband met de voedingskeuze. Een individuele praktische demonstratie over kunstvoeding met de nodige aandachtspunten, is heel belangrijk voor diegenen die deze kennis nodig hebben. Deze vuistregel sluit de individuele informatie over kunstvoeding, vereist voor de moeder voor of na de bevalling, niet uit.

Vuistregel 4- Dat moeder en kind onmiddellijk na de geboorte en minstens gedurende een uur ongestoord huidcontact hebben en dat men de moeder aanmoedigt om signalen van haar baby om te drinken te herkennen en dat men daarbij hulp aanbiedt indien nodig.

Doelstellingen van BFHI

Van willekeurig gekozen vrouwen voor een interview die een **vaginale bevalling** hebben gehad of een **keizersnede zonder algemene narcose**:

- bevestigt minstens 80% dat zij onmiddellijk na de geboorte en minstens gedurende een uur huidcontact hadden met hun baby, tenzij er een medische reden (EBM) was om dit contact korter te houden.
- bevestigt minstens 80% dat zij werden aangemoedigd om op signalen dat hun baby klaar is om te drinken te letten en dat er hulp werd aangeboden indien dit nodig bleek.(herkennen van hongersignalen en aangeboren zoekreflexen)

Noot: moeders hebben vaak problemen met het schatten van de tijd na de bevalling, het noteren van deze gegevens in het dossier kunnen een oplossing bieden.

Keizersnede onder algemene verdoving:

- minstens 50% van deze moeders bevestigt dat zij huidcontact hadden met hun baby zodra zij daartoe in staat was en dat de procedure verder identiek verliep als hierboven vermeld
- minstens 80% van de moeders met een baby op de dienst **neonatologie** bevestigt dat zij de kans kreeg huidcontact te hebben met hun baby, en dat - als dit niet het geval was - het personeel kon verantwoorden waarom dit niet mogelijk was
- observaties in de verloskamer kunnen nodig zijn om deze 4^{de} vuistregel na te gaan. Hierbij moeten in minstens 75% van de gevallen moeder en kind onmiddellijk na de geboorte en gedurende het eerste uur huidcontact hebben en moet men de moeders wijzen op de signalen dat de baby wil gaan drinken en dat er hulp wordt aangeboden indien dit nodig is. Het personeel moet kunnen verantwoorden waarom de procedure eventueel niet wordt gevolgd.

Bespreking

Het ononderbroken huidcontact tussen de moeder en haar pasgeboren baby in een sfeer van rust en kalmte, gedurende een ongelimiteerde tijdsperiode vanaf de geboorte, is van belang voor een goede ontwikkeling op psychisch, emotioneel en relationeel vlak. Iedere moeder en iedere baby zouden van dit voordeel moeten kunnen genieten, losstaand van het feit of zij wel of niet borstvoeding zal geven. Dit komt de band tussen moeder en kind ten goede en is van belang bij de eerste aanpassingen van de vitale functies van de baby: temperatuur, immuniteit, cardio-respiratoir, emotioneel welzijn, voedingstoestand.

De aangeboren reflexen bij een tijdig geboren gezonde baby werken optimaal indien tijdens de arbeid geen sedatie bij de moeder werd gebruikt. Daarom is het belangrijk om gebruik te maken van dit eerste levensuur om de baby aan de borst te leggen.

Het is niet de bedoeling om baby's geforceerd aan de borst te krijgen binnen een bepaalde tijdspanne, maar gun moeder en kind de tijd om elkaar te leren kennen. Dit wil zeggen dat men de ideale omstandigheden zo goed mogelijk zal benutten. De baby zal zelf aangeven

wanneer hij/zij wil drinken, dit moment is uniek voor alle moeders, ongeacht of zij borstvoeding zullen geven of voor kunstvoeding kiezen.

Tijdens de evaluatie zal men erop toezien dat dit contact niet verstoord wordt door het personeel: “minstens gedurende een half uur” wordt als ideaal beschouwd maar dit kan ook langer zijn indien men het ritme van de baby volgt.

De taak van de zorgverlener is het bewaken van deze symbiose en observeren dat de baby en moeder in een veilige houding liggen, het huidcontact wordt aanzien als een actief proces waarbij er interactie is tussen moeder en baby en dit onder supervisie van een professionele gezondheidswerker.

Praktisch

Een optimale sfeer in de verloskamer straalt warmte, rust en vrede uit. De aangeboden hulp aan de moeder verloopt discreet, de vaardigheden van de moeder, de vader of van de persoon die de moeder vergezelt worden gerespecteerd. Men zal er ook op letten dat alles veilig verloopt.

Om te vermijden dat de baby afkoelt tijdens het huidcontact met de moeder, zal men het naakte lijfje afdrogen en bedekken met een warme doek en eventueel een mutsje aandoen. Indien de moeder het onmiddellijke huidcontact weigert na de geboorte, kan men het nadien nog eens voorstellen met de nodige uitleg en het nut ervan, maar men zal nooit opdringerig worden.

In de mate van het mogelijke worden de eerste zorgen aan de baby uitgesteld tot na de eerste borstvoeding of de periode van het huidcontact (wegen, meten, navelzorg, kleden,...) Het is tevens wenselijk dat deze zorgen worden uitgevoerd in de nabijheid van de moeder. Dit vraagt soms een aanpassing van de routinewerking binnen de dienst.

Sommige invasieve handelingen (bv. aspireren) kunnen zorgen voor aanpassingsmoeilijkheden van de baby. Indien deze handelingen noodzakelijk zijn moet dit gebaseerd worden op wetenschappelijke kennis (EBM) en per individu herbekend worden. Correcte uitleg aan de ouders is noodzakelijk.

Tijdens het transport van de moeder naar haar kamer moet het mogelijk zijn het huidcontact met de baby niet te onderbreken. Uiteraard zal de baby warm toegedekt worden tijdens deze verplaatsing.

Indien moeder en baby, door dringende medische zorgen, toch van elkaar gescheiden moeten worden zal men zoeken naar vervangende mogelijkheden om het huidcontact te laten plaats vinden. Men kan beroep doen op de vader of op de persoon die mee de moeder begeleidt om huidcontact te bieden. Na de interventie zal men, van zodra het mogelijk is, het huidcontact aanmoedigen.

Vuistregel 5 - dat aan vrouwen uitgelegd wordt hoe ze hun baby aan moeten leggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder gescheiden moet worden.

Doelstellingen BFHI

Het afdelingshoofd bevestigt dat moeders die nooit borstvoeding gaven of die eerder problemen met borstvoeding ondervonden, zowel pre- als postnataal bijzondere aandacht krijgen.

Het observeren van het personeel bij het demonstreren van het veilig klaarmaken en toedienen van vervangingsmiddelen voor moedermelk bevestigt dat in 75% van de gevallen de demonstratie correct en volledig was en dat de moeder gevraagd werd een 'eigen demonstratie' te geven.

Van willekeurig gekozen **verzorgende personeelsleden**:

- bevestigt minstens 80% dat zij moeders leren hoe hun baby vast te houden en te laten aanhappen, beide aspecten correct kunnen omschrijven.
- zij weten naar wie de moeders voor advies door te verwijzen indien zij deze technieken zelf niet volledig onder de knie hebben.
- geeft minstens 80% aan dat zij moeders aanleren manueel melk uit de borst te verwijderen; zij zijn in staat een aanvaardbare manier te beschrijven of te demonstreren, of weten naar wie door te verwijzen indien zij deze techniek zelf niet volledig onder de knie hebben.

Voor de moeders die geen borstvoeding geven zal het verzorgend personeel een demonstratie aanbieden om hun individueel aan te leren hoe zij zonder risico's een moedermelkvervanger kunnen bereiden en toedienen aan hun baby; 75% van deze demonstraties moeten correct en compleet verlopen en men zal aan de moeder vragen om deze demonstratie op haar beurt te doen.

Van willekeurig gekozen **verzorgende personeelsleden**:

- kan minstens 80% beschrijven hoe men de moeders die geen borstvoeding geven kan helpen bij het veilig bereiden van de voeding of naar wie zij kunnen worden doorverwezen.

Van willekeurig gekozen **moeders** (vaginale bevalling en keizersnede):

- bevestigt minstens 80% van de moeders die voor borstvoeding kozen dat zij hulp aangeboden kregen bij de eerstvolgende borstvoeding of binnen 6 uur na de geboorte (of wanneer zij hiertoe in staat waren na een algemene narcose)
- kan minstens 80% van de moeders die borstvoeding geven tonen of beschrijven

hoe ze de baby aanleggen, laten aanhappen en de tekens van een correct zuiggedrag omschrijven

- verklaart minstens 80% van de moeders die borstvoeding geven dat hen werd getoond hoe men manueel melk uit de borst kan verwijderen, of dat zij een schriftelijk document hierover ontvingen; tevens weten zij waar ze hulp kunnen vragen indien zij hiermee problemen hebben.
- bevestigt minstens 80% van de moeders die geen borstvoeding geven dat zij hulp aangeboden kregen bij het bereiden en geven van de voeding, en kunnen zij dit advies omschrijven en werd hun gevraagd zelf de voeding te maken nadat dit werd voorgedaan.

Van willekeurig gekozen moeders met **een baby op neonatologie**:

- verklaart minstens 80% van de moeders die borstvoeding geven of borstvoeding wensen te geven dat zij binnen 6 uur na de geboorte hulp ontvingen om de melkproductie op gang te brengen en om de productie op peil te houden
- verklaart minstens 80% van de moeders die borstvoeding geven of borstvoeding wensen te geven dat hen werd getoond hoe ze manueel de melk uit de borst kunnen verwijderen
- kan minstens 80% van de moeders die borstvoeding geven of borstvoeding wensen te geven afdoende beschrijven en tonen hoe het hen werd getoond
- verklaart minstens 80% van de moeders die borstvoeding geven of borstvoeding wensen te geven dat hen werd gezegd dat zij 6 keer per dag of meer moeten afkolven om de productie op gang te houden.

Bespreking

Alle moeders hebben het gevoel van ondersteuning nodig zowel bij borstvoeding als bij kunstvoeding. Een gesprek bij aankomst op de kraamafdeling over de voedingswijze van hun baby kan een extra emotionele ondersteuning geven en een geruststellend gevoel creëren. Actief luisteren naar het verhaal van de moeder is belangrijk om de beslissing van de voedingskeuze te begrijpen.

Verschillende vrouwen slagen erin om borstvoeding te geven zonder hulp. Toch is er nog steeds een groep moeders die hierin niet slaagt.

Verschillende houdingen zijn mogelijk en moeten aangeleerd worden, het gedrag van de baby zal men goed observeren en interpreteren, zeker tijdens de eerste borstvoeding.

Er zal tijdens de evaluatie nagegaan worden of het verzorgende personeel de nodige observatiepunten tijdens een borstvoeding kent en ook of het personeel aan een moeder de nodige uitleg kan geven om ongemakken te verhelpen. Het verzorgende personeel moet in staat zijn om aan de moeders uitleg te geven/te demonstreren hoe ze manueel melk uit de borst kunnen verwijderen, en de nodige uitleg geven over het afkolven met een borstpomp, zowel handbediend als elektrisch.

Bij een scheiding tussen moeder en kind zal men haar aanraden minimum 6 keer op 24 uur

af te kolven, bij voorkeur wordt er binnen de 6 uur na de geboorte gestart met kolven.

De minimumfrequentie om de melkproductie op gang te brengen is 6x/24u.

Praktisch

Het is de verantwoordelijkheid van het verzorgend personeel om na te gaan of een moeder haar baby correct aan de borst legt. Het verzorgend personeel zal zelf het initiatief nemen om duidelijke uitleg te geven en hulp te bieden bij het aanleggen indien dit nodig is. Het is onvoldoende om te zeggen dat de moeder steeds beroep kan doen op de aangeboden hulp.

Om tegemoet te komen aan de autonomie en het vertrouwen van de moeder en om de intimiteit te respecteren, is het belangrijk dat het personeel tijdens een observatie zelf zijn handen niet gebruikt. Door haar niet aan te raken benadert men de moeder en haar baby op een positieve wijze.

Het aanleren van het manueel kolven gedurende de eerste dagen geeft de moeder een zekere autonomie en geruststelling naar de toekomst toe. Het manueel kolven van colostrum tijdens de eerste 24 uur is efficiënter dan elektrisch te kolven en geeft minder verlies van waardevolle melk. Het masseren van het tepelhof is aan te raden indien de borsten en het tepelhof zeer gespannen en pijnlijk zijn, alvorens men overgaat tot manueel afkolven.

Indien de baby van zijn moeder gescheiden wordt is het soms nodig om frequenter te kolven dan 6x per 24 uur. Deze moeders moet men de nodige uitleg geven over het bewaren (in het ziekenhuis en thuis) en transporteren van moedermelk, het correcte gebruik en de mogelijkheden om een toestel te huren. Door gebruik te maken van een "checklist" kan het personeel nagaan of de nodige informatie werd gegeven aan de ouders.

Vuistregel 6 - dat pasgeborenen geen enkele andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie

Doelstellingen BFHI

Uit de statistieken blijkt dat in het afgelopen jaar minstens 75% van de aterm geboren baby's uitsluitend borstvoeding of uitsluitend afgekolfde moedermelk kregen van bij de geboorte tot aan het ontslag. Indien dit niet het geval is moeten de bewijzen van de medische redenen of van bewuste en weloverwogen keuzes op basis van correcte informatie teruggevonden worden.

Uit het nalezen van het beleid en alle klinische protocollen in verband met borstvoeding en zuigelingenvoeding die gehanteerd worden binnen de diensten blijkt dat zij in overeenstemming zijn met de BFHI-standaarden en recente evidence-based richtlijnen.

Aan de moeders mogen geen documenten gegeven worden waarin vervangingsmiddelen aanbevolen worden, of waarin tijdschema's voor voedingen of andere nadelige praktijken staan.

Het is wenselijk dat de instelling beschikt over een ruimte en het nodige didactische materiaal om te demonstreren hoe men vervangingsmiddelen bereidt voor moeders die opteren voor deze voeding. Deze demonstraties gebeuren niet in het bijzijn van moeders die borstvoeding geven.

Bij observaties binnen de instelling op de kraamafdeling, observatiedienst zuigelingen of lokalen merkt men dat minstens 80% van de baby's borstvoeding krijgt of anders dat er in het dossier aanvaardbare medische redenen (EBM) terug te vinden zijn of dat er sprake is van bewuste en weloverwogen keuzes op basis van correcte informatie.

Minstens 80% van willekeurig gekozen personeelsleden kan twee items aanhalen die besproken dienen te worden met moeders die overwegen om vervangingsmiddelen te geven, dit met respect voor hun keuze maar eveneens met een doorverwijzing naar een infoavond, een korte bespreking van de gezondheidsvoordelen voor baby en moeder en men dient na te gaan of de toekomstige moeder dit financieel aankan.

Minstens 80% van willekeurig gekozen moeders bevestigt dat hun baby uitsluitend moedermelk kreeg, of dat er, indien zij toch iets anders kregen een medische reden was die terug te vinden is in het dossier.

Indien de moeder een bewuste en weloverwogen keuze nam op basis van correcte informatie en haar baby kunstvoeding bij gaf, kan men haar niet meer opnemen in de statistiek van uitsluitend borstgevoede baby.

Minstens 80% van willekeurig gekozen moeders die beslisten om geen borstvoeding te geven bevestigt dat het personeel hen de nodige informatie over de voedingsmogelijkheden heeft gegeven en hen hielp om de beste keuze voor hun situatie te maken.

Minstens 80% van willekeurig gekozen moeders met een baby op de dienst neonatologie die beslisten om geen borstvoeding te geven bevestigt dat het personeel met hen gesproken heeft over de risico's en de voordelen van diverse voedingsmethoden.

Bespreking

Het is al lange tijd bekend dat uitsluitend borstvoeding gedurende de eerste 6 maanden, gevolgd door vaste voeding en borstvoeding tot 2 jaar de meeste voordelen biedt voor de gezondheid van moeder en kind. In ons land staan we nog ver van deze aanbevelingen en praktijken, dit komt door verschillende socio-culturele redenen die niet medisch onderbouwd zijn. Juist omdat er heel wat andere opvattingen zijn over borstvoeding is het een taak van het personeel om langdurige borstvoeding te promoten.

De gezondheidswerkers staan er niet steeds bij stil wat de impact is van het toedienen van supplementen, op het vertrouwen dat de moeder in borstvoeding heeft, op de melkproductie, de voordelen van de moedermelk op de glycemiewaarde van de zuigeling en het ongewenste effect van vroegtijdig afbouwen van de borstvoeding.

Dit gebeurt soms zonder rekening te houden met de gezondheidsrisico's van het niet geven van uitsluitend borstvoeding: onder andere voor allergieën, diabetes, infecties van de bovenste luchtwegen en het gastro-intestinale stelsel.

De supplementen (andere voeding dan moedermelk) die aan baby's die borstvoeding krijgen toegediend worden, en de reden waarom, overdag of 's nachts, zullen binnen een kandidaat-instelling een observatiepunt vormen. Door te registreren en te evalueren zal blijken dat er steeds een aanvaardbare reden voor deze handeling gevraagd wordt.

Indien er een onenigheid bestaat tussen de verantwoordelijke arts en het evaluatieteam over het opgestelde document "medische redenen voor bijvoeding", waarin de verantwoording voor het geven van supplementen beschreven staat, zal dit document voorgelegd worden aan de leden van de Toekenningscommissie die dan een beoordeling zullen maken (zie hoofdstuk 10).

De hoeveelheid aangekochte kunstmatige zuigelingenvoeding moet overeenkomen met het aantal zuigelingen dat kunstvoeding krijgt.

Praktijk

Het is uitermate belangrijk dat een instelling die in aanmerking wil komen voor een kwaliteitscertificaat, tot een akkoord kan komen met alle betrokken medewerkers over de medisch aanvaardbare redenen om bijvoeding toe te dienen aan borstgevoede kinderen, volgens EBM.

Zij zullen een beleid opstellen dat duidelijk vermeldt wanneer er een supplement mag gegeven worden en dit ook aan het volledige team bekend maken. Dit beleid zal iedere gezondheidswerker moeten respecteren, en hij zal er ook naar moeten handelen.

De keuze van het supplement, de toedieningswijze en de frequentie ervan zal door een pediater bepaald worden volgens de noden van het kind. De toedieningswijze wordt besproken met de moeder om de zuigmotoriek zo goed mogelijk te bewaren.

Dagelijks zal dit beleid nagekeken en aangepast worden volgens de evolutie van het kind. De afgekolfde moedermelk zal als eerste keuze gebruikt worden indien dit mogelijk is. Iedere toediening van een supplement zal met de nodige medische reden genoteerd worden in het dossier.

De moeders hebben het recht om deze richtlijnen niet te volgen en een voedingssupplement aan hun baby te geven. Toch valt het onder de verantwoordelijkheid van de dienst de moeders aan te moedigen om uitsluitend borstvoeding te geven en hen, vooraleer zij een beslissing nemen, alle nodige informatie te geven over de mogelijke gezondheidsrisico's van supplementen.

Tijdens de evaluatie zal men bij deze moeders navragen of zij voldoende informatie en aanmoedigingen hebben gekregen over borstvoeding om vast te stellen of zij pas daarna dan toch zelf deze beslissing hebben genomen.

Vuistregel 7: - "rooming in" – moeders en baby's blijven samen 24 uur per dag

Doelstellingen BFHI

Uit observaties in de kraamafdeling, observatiedienst zuigelingen of lokalen en uit de gesprekken met personeel en moeders blijkt dat 80% van de moeders en baby's bij elkaar bleven. Als dat niet het geval is, moet er een gegronde medische reden zijn.

Minstens 80% van willekeurig gekozen moeders bevestigt dat hun baby bij hen in de kamer/het bed bleef sinds de geboorte. Als dat niet het geval is, moet er een gegronde medische reden zijn.

Bespreking

Het vasthouden van de baby, het bewonderen van de baby in een wiegje of bedje vlak bij de moeder laat toe om beter kennis te maken met de baby en om de hongersignalen te leren herkennen (dit geldt voor alle moeders of zij kiezen voor borstvoeding of kunstvoeding).

Dit vergemakkelijkt de "voedingen op vraag" en bij borstvoeding bevordert dit de melkproductie.

Voeden in zijligging geeft de moeder de kans om even bij te rusten tijdens de borstvoeding.

Moeders kunnen vaak zeer vermoeid zijn de eerste dagen met hun baby. Hulp bieden tijdens de verzorging van hun baby en al schetsen hoe een dag er kan uit zien eens ze thuis zullen zijn kan hen helpen bij de organisatie van hun nieuwe gezinssituatie. Het zal tevens het zelfvertrouwen van de moeder ten goede komen.

Praktisch

Indien een moeder vraagt om haar baby bij het verzorgend personeel te laten is het goed om eerst eens actief te luisteren naar haar en samen met haar de noden van haar baby te herkennen.

Wanneer zij na de pogingen om haar aan te moedigen haar baby bij zich te houden toch beslist om dit niet te doen, is het de taak van het personeel om deze moeder te informeren over de richtlijnen die bestaan over het wegnemen van de baby bij de moeder. Van het ogenblik dat er voor de situatie een oplossing is gevonden en alles terug rustig is of indien de baby aanstalten maakt om te willen eten, moet deze terug naar de moeder gebracht worden.

Om de nabijheid tussen moeder en baby op een veilige manier te bevorderen zal men de nodige informatie verstrekken over hoe men een baby veilig te slapen kan leggen. Men dient alle informatie mee te delen over het samen in hetzelfde bed slapen, zowel de voordelen maar ook de nadelen en risico's (rokende ouders, alcoholverbruik, medicatie of drugsinname wat de alertheid van de ouders doet dalen en tevens zorgt voor een diepere slaap, te diep en te warm ondergestopt worden, risico's van een te zachte matras,...). Deze informatie moet aan iedere moeder meegedeeld worden.

Men streeft ernaar om ieder onderzoek van de baby of elke medische zorg in de aanwezigheid van de moeder te verrichten.

Vuistregel 8 - aanmoedigen van borstvoeding op vraag van het kind

Doelstellingen BFHI

Uit willekeurig gekozen moeders:

- bevestigt minstens 80% dat aan hen is uitgelegd hoe zij de hongersignalen van hun baby kunnen herkennen, en zij kunnen er twee van bespreken
- bevestigt minstens 80% dat zij het advies kregen om hun baby's zo vaak en zo lang als de baby dit wenst te voeden.

Bespreking

De tijdig geboren baby's die in goede gezondheid verkeren, mogen iedere keer dat zij dit zelf aangeven gevoed worden. Hun slaapmomenten worden hierbij gerespecteerd.

Het voedingsgedrag van iedere individuele baby kan zeer wisselend zijn, zeker gedurende de eerste dagen. Dit geldt ook voor het slaap-waak ritme.

Het "voeden op vraag" wordt beschouwd als de meest aangepaste voedingswijze van een gezonde baby. De moeders krijgen al te vaak tegenstrijdige adviezen over voedingsduur en frequentie, zeker indien de baby veel wakker is of juist veel slaapt.

Om het verschil op te merken tussen een problematische voeding of een normale voeding is het nodig om een correcte klinische observatie uit te voeren en over voldoende kennis te bezitten over eventuele risico's die zich kunnen voordoen.

Praktisch

De eerste levensdagen is het belangrijk om regelmatig de gezondheidstoestand van de baby te observeren, baby's die veel slapen horen hier ook bij. Het systematisch bepalen van de glycemiewaarden en het geven van bijvoeding zijn handelingen die steeds in vraag gesteld mogen worden. Voor iedere baby zal er een specifieke medische noodzaak zijn die gebaseerd is op wetenschappelijke informatie.

Het verzorgend personeel kan aan de moeder aanleren hoe ze haar baby kan stimuleren om alert te worden bij de voeding; het wekken van de baby is soms een noodzaak. Wanneer blijkt dat de baby onverzadigd is na de voeding is het de taak van het verzorgend personeel om na te gaan of de baby goed aanligt en een correcte zuigbeweging maakt. De zorgverleners kunnen de moeders aanleren wat de eerste signalen zijn van een baby die wil drinken (wakker worden, mimiek, likken, bewegingen van de ledematen, hand naar de mond brengen,...) en er ook de aandacht op vestigen dat wachten tot dat de baby weent geen juiste houding is.

Door het huilen verbruikt de baby veel energie waardoor deze niet efficiënt zal drinken. Alvorens een baby te wekken van wie men denkt dat deze te veel slaapt en weinig om voeding vraagt zal de zorgverlener nagaan hoe het verloop van arbeid en bevalling is geweest en hoe de toestand van de baby was onmiddellijk na de geboorte. Alleen omwille van een medische reden zou men de baby kunnen wekken.

Bij borststuwung is het goed dat de moeder de baby wekt en even aanlegt.

Vuistregel 9 - aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen geen speen of fopspeen geven

Doelstellingen BFHI

Uit observaties in de verschillende ruimtes binnen de kraamafdeling, observatiedienst zuigelingen of lokalen blijkt dat minstens 80% van de aterm geboren baby's die borstvoeding krijgen geen zuigflessen of spenen krijgen.

Indien dit wel zo is kan de moeder bevestigen dat zij op de hoogte werd gebracht van de mogelijke negatieve invloed hiervan ervan.

Van willekeurig gekozen moeders die borstvoeding geven bevestigt minstens 80 % dat, voor zover zij weten, hun baby niet met een zuigfles werd gevoed.

Van willekeurig gekozen moeders bevestigt minstens 80 % dat, voor zover zij weten, er bij hun baby geen fopspeen gebruikt werd.

Bespreking

Er bestaan verschillende opvattingen over de negatieve gevolgen bij het gebruik van spenen en fopsenen bij borstgevoede baby's. Nochtans is het bewezen dat de zuigtechniek, mechanisch en dynamisch aan een speen anders is dan aan de borst.

Sommige baby's worden te snel geconfronteerd met beide zuigtechnieken waardoor het zuigen aan de borst problemen geeft. Hij zal hierdoor niet meer efficiënt drinken en onvoldoende melk innemen.

Dit is de reden waarom de zorgverleners het gebruik van spenen en fopsenen moeten vermijden.

Overmatig gebruik van spenen en fopsenen kan ertoe leiden dat de baby veel minder wordt aangelegd, het voeden op vraag daalt, de melkproductie nadelig wordt beïnvloed en de duur van de totale borstvoedingsperiode in het gedrang komt.

Deze negende vuistregel slaat ook op het gebruik van tepelhoedjes die een negatieve invloed hebben op het correct aanhappen, hierdoor worden de borsten onvoldoende gestimuleerd om melk aan te maken; dit resulteert in een trage gewichtstoename van de baby. Een tepelhoedje mag enkel in uitzonderlijke gevallen tijdelijk gebruikt worden om een probleem te overbruggen; het verzorgend personeel zal het gebruik ervan zeker niet aanprijzen.

Praktisch

Indien er een medische reden (EBM) is om een supplement toe te dienen aan een baby die borstvoeding krijgt, moet men opteren om dit te geven via een alternatieve wijze (kopje, lepel, spuitje, borstvoedingshulpset,...) waardoor de drinktechniek minder nadeel zal ondervinden.

Afhankelijk van de leeftijd van de baby en de omstandigheden zal men een keuze maken in samenspraak met de moeder.

De ouders moeten duidelijke informatie krijgen over deze toedieningswijze.

Aan de moeders die borstvoeding geven zal men de mogelijke nadelige gevolgen van het gebruik van een speen of fopspeen verduidelijken. Men geeft de ouders ook informatie over hoe ze hun baby kunnen troosten (lichaamscontact, dragen, wiegen...).

Tijdens de evaluatie zal het niet negatief beoordeeld worden indien de moeder uit eigen initiatief toch gebruik maakt van speen of fopspeen. Men zal wel navragen of de moeders de nodige ondersteuning kregen en over voldoende kennis beschikten over de mogelijke nadelige invloeden toen zij deze beslissing genomen hebben.

Het onoordeelkundige gebruik van hulpmiddelen tijdens de borstvoeding kan voor ergere problemen zorgen. Indien er om een medische reden gebruik gemaakt wordt van een hulpmiddel zal dit steeds onder begeleiding gebeuren van een ervaren personeelslid.

Vuistregel 10 - aanmoedigen om borstvoedingsbegeleidingsgroepen (moedergroepen) te vormen en vrouwen bij het ontslag uit de instelling naar deze groepen verwijzen

Doelstellingen BFHI

De verantwoordelijke van de kraamafdeling verklaart:

- dat moeders informatie krijgen over waar ze ondersteuning kunnen krijgen als ze hulp nodig hebben voor de voeding van hun baby nadat ze naar huis zijn weergekeerd. Het hoofd/de directeur kan minstens 1 informatiebron noemen.
- dat de instelling het oprichten van moedergroepen aanmoedigt of samenwerkt met bestaande groepen en andere diensten in de gemeenschap die ondersteuning voorzien over borstvoeding of babyvoeding. Dit personeelslid is in staat om minstens 1 manier op te noemen waarop dit gebeurt.
- dat het personeel moeders aanmoedigt om na het ontslag (liefst 2 à 4 dagen na de geboorte en een keer de volgende week) op consultatie te gaan bij iemand die bekwaam is om borstvoeding te begeleiden, die een voeding kan observeren en die alle nodige steun kan geven en beschikt over een aangepast doorverwijssysteem en een adequate timing voor de consultaties.

Bij het lezen van de verschillende documenten zal blijken dat de moeders tijdens het verblijf binnen de kraamafdeling schriftelijke documenten ontvingen (brochures, folders).

Hierin wordt vermeld waar na het ontslag hulp kunnen krijgen betreffende de voeding van hun baby en dat er op zijn minst 1 soort van de beschikbare kanalen vermeld wordt. Minstens 80% van willekeurig gekozen moeders geeft aan documentatie te hebben gekregen over hoe zij met vragen betreffende de voeding van hun baby hulp kunnen krijgen van de instelling of contact kunnen opnemen met supportgroepen, peer counselors of andere diensten in de gemeenschap, en kan op zijn minst 1 soort van beschikbare hulpkanalen benoemen.

Bespreking

In België is de periode dat men borstvoeding geeft vrij kort. Samenwerking met de verschillende groepen die borstvoeding ondersteunen is noodzakelijk. Deze ondersteuning kan gebeuren door de bestaande borstvoedingsorganisaties, informatie via K&G, zelfstandige vroedvrouwen, lactatiekundigen, pediaters en huisartsen.

Met de stijging van de bevallingen met kort ziekenhuisverblijf is deze doorverwijzing een heel belangrijk onderdeel geworden binnen de moeder-kindzorg.

Praktisch

Voor het ontslag uit de instelling geeft men zowel mondelinge informatie als een schriftelijk document met:

- telefoonnummers van hulpverleners
- praktische informatie
- borstvoedingsorganisaties
- consultatieregelingen
- contactpersonen binnen de instelling
- een lijst van zelfstandige zorgverleners en hoe deze werken

Men ziet erop toe dat de moeder de signalen kent om zelf na te gaan of de baby voldoende gedronken heeft, correct drinkgedrag vertoont en dat zij de normale ontwikkeling van een baby kent.

Alle documentatie die men meegeeft aan de ouders moeten tot doel hebben hen aan te moedigen om 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven. Eens zij met vaste voeding starten kan borstvoeding blijven doorgaan: omdat ze nog steeds veel belang blijft hebben, en dit bij voorkeur tot de leeftijd van 2 jaar of later.

Het informeren over de voedingstoestand van de baby tijdens het verblijf in de kraamafdeling naar de huisarts, vroedvrouw, lactatiekundige, het consultatiebureau van K&G moet zo volledig mogelijk gebeuren.

Een kennismaking met de verschillende borstvoedingsorganisaties, moedergroepen of de personen naar wie men de moeders doorverwijst kan een meerwaarde betekenen voor de dienst.

7. Respecteren van de Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk

Doelstellingen BFHI

De verantwoordelijke van de kraamafdeling verklaart dat :

- dat er geen werknemers van fabrikanten of verdelers van vervangingsmiddelen, flessen, spenen of fopspenen rechtstreeks of onrechtstreeks contact hebben met zwangere vrouwen, moeders en hun gezin.
- dat het ziekenhuis geen geschenken, niet-wetenschappelijke literatuur, materiaal of uitrusting, geld of steun voor in-service training of evenementen van fabrikanten of verdelers van vervangingsmiddelen, flessen/spenen, fopspenen of andere uitrusting voor het voeden van baby's of bonnen voor deze producten krijgt
- dat de dienst geen reclameartikelen of stalen of geschenkpakketten, waaronder ook vervangingsmiddelen, flessen/spenen, fopspenen of andere uitrusting voor het voeden van baby's of bonnen voor deze producten aan zwangere vrouwen, moeders of hun familie geeft.

Het nalezen van de dossiers en ontvangstbewijzen geeft er informatie over of al de vervangingsmiddelen, ook speciale zuigelingenvoeding en andere voorraden, door de instelling aan niet minder dan de groothandelsprijs worden aangekocht.

Observaties in de prenatale dienst en de kraamafdeling en andere plaatsen waar voedingsdeskundigen en diëtisten werken laten zien dat er geen promotiemateriaal voor vervangingsmiddelen, flessen, spenen of fopspenen of andere producten die door nationale wetgeving bepaald zijn, is uitgesteld of wordt uitgedeeld aan moeders, zwangere vrouwen of het personeel.

De dozen met kunstmatige zuigelingenvoeding en de bereide flessen wordt uit het zicht bewaard.

Van willekeurig gekozen personeelsleden kan minstens 80% twee redenen noemen waarom het belangrijk is geen stalen van zuigelingenvoeding van firma's aan moeders te geven.

Bespreking

De coördinatrices kunnen u een verklarende brochure aanbieden.
De integrale tekst over deze Code is te lezen op de website van de wereldgezondheidsorganisatie: <http://www.who.int/nutrition/publications>

Praktisch

Indien er binnen de instelling geschenkdozen geschonken worden binnen de pre- en postnatale diensten moet men er zeker van zijn dat de inhoud geen publiciteit bevat voor vervangingsmiddelen van moedermelk, spenen, zuigflessen tutten (stalen, boeken, bonnen, ondersteunende middelen, uitnodigingen voor dergelijke websites over firma's of verdelers...).

Het weigeren door het ziekenhuis van geschenken, niet-wetenschappelijke literatuur, materiaal of uitrusting, geld of steun voor opleidingen of evenementen van fabrikanten of verdelers van vervangingsmiddelen, flessen/spenen, fopspenen is in België nog niet overal een gewoonte. Het tekort aan subsidies brengt met zich mee dat men op deze wijze werkt. De pilootziekenhuizen die in aanmerking komen voor het certificaat zullen aantonen hoe zij werken om de financiële banden met de firma's af te bouwen.

8. Mother Friendly: begeleiding van de moeder tijdens de arbeid en bevalling

Doelstellingen BFHI

Uit het nalezen van het ziekenhuisbeleid blijkt dat men aanmoedigt om op een respectvolle wijze om te gaan met de noden van de moeders tijdens de arbeid en de bevalling.

Indien dit om een medische indicatie niet mogelijk is wordt de moeder hierover duidelijk geïnformeerd.

- vrouwen aanmoedigen om zelf te kiezen wie hen vergezelt zodat er constant lichamelijke en/of psychologische steun is tijdens de arbeid en de bevalling, als zij dat wensen
- vrouwen toelaten wat te drinken en een lichte maaltijd te nemen tijdens de arbeid, als zij dat wensen
- vrouwen aanmoedigen om niet-medische pijnbestrijding te overwegen, waarbij de persoonlijke voorkeur van de vrouw wordt gerespecteerd
- vrouwen aanmoedigen rond te wandelen en in beweging te blijven tijdens de arbeid en zelf aan te geven welke houding zij wensen aan te nemen bij het bevallen
- vermijden van invasieve technieken zoals het breken van de vliezen, een episiotomie, het optimaliseren of induceren van de arbeid, een kunstverlossing of een keizersnede

Uit een bij loting bepaald aantal personeelsleden kan:

- minstens 80% minimum twee aanbevolen praktijken omschrijven die voor de moeder meer comfort kunnen geven tijdens de arbeid en de bevalling en haar in staat stellen om mee na te denken over de beslissingen die genomen worden
- minstens 80% minimum drie praktijken bij arbeid of bevalling opsommen die niet routinematig zouden mogen gebruikt worden, maar alleen als het vereist is omwille van complicaties tijdens de arbeid en bevalling
- minstens 80% minimum twee praktijken bij arbeid of bevalling beschrijven die een goede start van de borstvoeding verzekeren

Uit een bij loting bepaald aantal zwangere vrouwen kan:

- minstens 70% meedelen dat het personeel hen heeft verteld dat zij kunnen kiezen wie bij hen blijft tijdens de arbeid en de bevalling en op zijn minst 1 reden aanhalen dat men hen besproken werd waarom dit nuttig kan zijn
- minstens 70% zeggen dat door het personeel verschillende redenen werden genoemd over manieren om pijn op te vangen en om zich meer comfortabel te voelen tijdens de arbeid en hoe moeders en baby's alerter kunnen zijn bij de geboorte, wat de borstvoeding ten goede komt.

9. HIV en zuigelingenvoeding

(bijkomend criterium voor het behalen van het certificaat)

Bij een prevalentie van $\geq 10\%$ seropositieve patiënten wordt door UNICEF/WHO dit criterium aanbevolen.

Het FBVC zal bepalen of de Belgische kraamafdelingen volgens de specifieke zorgverlening bij zuigelingenvoeding voor de HIV-positieve moeders zal geëvalueerd worden.

Deze beslissing zal genomen worden na de nodige gesprekken met experts binnen dit domein.

Momenteel is dit criterium nog niet opgenomen.

10. Aanvaardbare medische redenen om aan de zuigeling bijvoeding of een vervanger toe te dienen

(Vertaald uittreksel uit het document “Acceptable medical reasons for use of breastfeeding substitutes” WHO/UNICEF, departement voeding voor de gezondheid en de ontwikkeling, versie die voorlopig geactualiseerd werd in juni 2008. De cursief gedrukte teksten zijn verduidelijkingen die aangebracht werden in afspraak met de kinderartsen van het FBVC).

Bijna alle moeders kunnen succesvol borstvoeding geven door hiermee vroeg, d.w.z. binnen de eerste levensuren, te starten. Tijdens de eerste zes levensmaanden van de baby zetten ze de borstvoeding verder; en tot de leeftijd van twee jaar of zelfs langer handhaven ze deze borstvoeding (met de gepaste bijvoeding).

De voordelige effecten van moedermelk op de gezondheid van moeder en baby kan men in alle omstandigheden vaststellen. Nochtans kan er zich in enkele uitzonderlijke gezondheidssituaties bij de moeder of de baby een tijdelijke of definitieve contra-indicatie voordoen waarbij men voor de zesde levensmaand een gerechtvaardigd voedingssupplement zal moeten gebruiken.

In de tekst hieronder vindt u een opsomming van deze uitzonderlijke situaties evenals een beschrijving van enkele maternele aandoeningen waarbij borstvoeding toch mogelijk is ook al lijkt de aandoening ernstig.

Iedere keer dat men borstvoeding wenst te onderbreken zal men de risico's van het stoppen met borstvoeding en de risico's met betrekking tot de hieronder aangehaalde specifieke situaties tegen mekaar afwegen.

Gezondheidsproblemen bij de baby

Zuigelingen die geen moedermelk mogen krijgen noch enige andere standaard-zuigelingenvoeding.

Deze zuigelingen moeten te allen tijde gevoed worden met bijzondere voeding.

- Zuigelingen met uiterst zeldzame metabole aandoeningen zoals **galactosemie**, die enkel gevoed mogen worden met galactosevrije producten
- Zuigelingen met **fenylketonurie** mogen moedermelk krijgen indien deze gecombineerd wordt met de toediening van een fenylalaninevrij preparaat dat verrijkt is met tyrosine, en dit onder nauwgezet medisch.
- Zuigelingen met de ziekte “Maple syrup disease” moeten gevoed worden met bijzondere voeding

Zuigelingen voor wie moedermelk de eerste keuze blijft maar die gedurende een bepaalde periode nood hebben aan voedingsondersteuning naast de moedermelk:

- Zuigelingen met een extreem laag geboortegewicht (minder dan 1500 g)
- Extreme prematuren (geboren voor 32 weken zwangerschap)
- Zuigelingen met een risico op hypoglycemie ten gevolge van een metabole aandoening of een dringende behoefte aan glucose, zoals prematuren, dysmaturen (IUGR), of die een acute foetale aandoening hebben gehad, zieke zuigelingen en zuigelingen met een diabetesmoeder: enkel en alleen in omstandigheden waarbij een optimale borstvoeding, of een supplement moedermelk deze glycemie niet kan corrigeren!
- Zuigelingen jonger dan 6 maanden die ondanks frequent en correct aanleggen - en waarbij een ziekte werd uitgesloten - de groeicurve toch niet halen (bevestigd door een afgevlakte of zelfs gebogen groeicurve)

Maternele aandoeningen

Moeders die lijden aan één van de volgende aandoeningen, dienen volgens de EBM-aanbevelingen (evidence based medicine) opgevolgd te worden.

De moeders aan wie een totaal verbod om borstvoeding te geven wordt opgelegd:

HIV-infectie¹:

indien vervangingsvoeding aanvaardbaar, haalbaar, betaalbaar, duurzaam en veilig is (AFASS)

HTLV-1 (Human T-cell leukaemia virus):

indien vervangingsvoeding aanvaardbaar, haalbaar, betaalbaar, duurzaam en veilig is (AFASS)

Cytotoxische chemotherapie

De moeders die tijdelijk dienen te stoppen met borstvoeding:

- Radioactief jood-131: tot twee maanden na de inname van deze substantie zal men de borstvoeding onderbreken (het is aangewezen alternatieve medicatie te gebruiken om de inname van radioactief jood-131 te vermijden)
- Inname van geneesmiddelen door de moeder die slaperigheid, respiratoire depressie of andere bijwerkingen bij het kind kunnen veroorzaken, zoals sommige psychotherapeutische sedativa, anti-epileptica, opiumderivaten en hun combinaties: het is wenselijk om alternatieve medicatie te gebruiken indien deze beschikbaar is. Men kiest best het meest betrouwbare product en vertelt de moeder welk ogenblik het meest geschikt is om het geneesmiddel in te nemen in combinatie met de borstvoedingsmomenten. Men let op eventuele bijwerkingen bij het kind dat verder moedermelk krijgt.
- Uitzonderlijke maternele inname van substanties zoals alcohol in hoge hoeveelheden, cocaïne, amfetaminen: adviseer de moeder om de melk te kolven en weg te gieten gedurende een periode die afhangt van de substantie en de ingenomen dosis; indien nodig zal men tijdelijk kunstvoeding toedienen aan de baby. Het meermaals gebruik van bovengenoemde middelen vraagt om een individuele evaluatie van zowel de risico's van borstvoeding als de bekwaamheid van de moeder om haar baby te verzorgen, in te schatten.

- Herpes Simplex Virus Type 1 (HSV-1): vrouwen met actieve herpesletsels op de borsten moeten zich onthouden van borstvoeding tot de letsels verdwenen zijn. Indien er een letsel aanwezig is op de borst, kan **enkel en alleen** borstvoeding gegeven worden indien de letsels niet gelokaliseerd zijn in de zone van de tepel/tepelhof (contact met de mond!). Op al de aanwezige letsels wordt een pleister bevestigd.
- Borstabces (niet te verwarren met stuwing of mastitis): aan de gezonde borst kan men verder borstvoeding blijven geven; de borstvoeding aan de kant met een abces kan opnieuw gestart worden nadat het abces gedraineerd werd en er met aangepaste antibiotica gestart werd. Tijdens deze periode zal de borst gekolfd worden en wordt de melk niet aan de baby gegeven.

¹ Voor een HIV besmette moeder hangt het beleid af van haar individuele situatie en die van haar baby, hun gezondheidstoestand en de bereikbaarheid van de gezondheidsinstelling (wat geen echt probleem is in België) en de adviezen en de begeleiding die voorhanden zijn. Op basis van de huidige kennis wordt borstvoeding afgeraden, wanneer een vervangingsvoeding aanvaardbaar, haalbaar, betaalbaar, duurzaam en veilig is (AFASS). Indien deze niet beschikbaar is, raadt men uitsluitend borstvoeding aan in de eerste levensmaanden, waarmee men onmiddellijk stopt zodra er geschikte voeding beschikbaar is. Het combineren van borstvoeding en kunstvoeding levert het meest risico op voor transmissie van het HIV-virus en zal te allen tijde vermeden worden.

Moeders die verder borstvoeding kunnen geven, alhoewel hun gezondheidstoestand voor problemen kan zorgen:

- **Hepatitis B:** de zuigeling zal binnen de eerste levensuren een eerste dosis van het vaccin tegen hepatitis B toegediend krijgen. Op het ogenblik geeft men in België een injectie van specifieke anti-hepatitis B immunoglobulinen samen met de eerste dosis van het hepatitis B-vaccin, en dit op twee verschillende plaatsen en zo snel mogelijk binnen de eerste 24 uren na de geboorte .
- **Hepatitis C**
- **HIV-infectie:** uitsluitend indien er **geen** vervangingsvoeding is die aanvaardbaar, haalbaar, betaalbaar, duurzaam en veilig is (AFASS)
- **Mastitis:** indien de borstvoeding zeer pijnlijk is kan men kolven om verergering te voorkomen; deze melk is bruikbaar
- **Tuberculose:** moeder en kind moeten gecontroleerd en behandeld worden volgens de nationale richtlijnen ter zake
- **Varicella:** borstvoeding aan de zuigeling wordt enkel afgeraden indien de moeder deze besmetting enkele dagen voor of na de bevalling opgedaan heeft; vanaf het ogenblik dat de besmetting voorbij is kan borstvoeding gegeven worden
- **Heroïne en andere opiaten, benzodiazepines, alcohol en cannabis:** algemeen genomen wordt borstvoeding aangemoedigd wanneer de moeder deze producten herhaaldelijk gebruikt of er afhankelijk van is geworden, **op voorwaarde dat** men voorzorgsmaatregelen neemt en er gepaste begeleiding voorzien is. Men zal de moeder op de potentiële risico's wijzen die het veelvuldig gebruik van deze producten op haar capaciteit heeft om haar kind te voeden.

Noot:

Om het aantal "uitsluitend borstvoeding" te berekenen met het oog op het behalen van het BFHI-certificaat (cf. hoofdstuk 5) kan men gebruik maken van bovenstaande "medische redenen" en hieraan enkele uitzonderlijke situaties toevoegen waarbij men de zuigeling dient te voeden met een moedermelkvervanger. Dit is ondermeer zo voor de baby's voor wie er geen moedermelk beschikbaar is, denk hierbij aan een overleden moeder of een moeder die van haar baby gescheiden is waardoor zelfs door frequent te kolven deze melk niet gegeven kan worden.

Referentie

Nationale en international richtlijnen

WHO baby Friendly hospital initiative : diverse richtlijnen zijn duidelijk uitgeschreven op hun website

UNICEF- Nutrition diverse richtlijnen zijn duidelijk uitgeschreven op hun website

KCE reports:Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevalling, Mambourg Françoise, Gailly Jeannine and Zhang Wei-Hong,2009-2010

KCE reports : Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen ;2nd edition (21 nov 2006; 1st edition, 24 dec 2004)

<http://www.who.int/nutrition/publications>

Artikels

Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breastfed. K K Diwakar and M V Sasidhar; *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2002;87;46-48; doi:10.1136/fn.87.1.F46

Ip S, et al (2007) Breastfeeding and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. AHRQ Publication No. 07-E007.Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Link - <http://www.ahrq.gov/Clinic/tp/brfouttp.htm#Report>

Horta B et al (2007) Evidence on the long-term effects of breastfeeding. WHO.

Link - http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/

Quigley M et al (2007) Breastfeeding and Hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study.

Link -<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/119/4/e837>)

Infant pacifiers; An Overview (R.H.Schwartz and Keira L. Guthrie,clinical pediatrics 2008;47;327)

Pacifiers: An Update on Use and Misuse: (Agilgail Marter and Joyce Cagan Agruss, JSPN Vol.12,No 4,October,2007)

International Child care Practices Study: Breastfeeding and Pacifier Use (E.A.S Nelson et al, Journal of Human lactation, 2005;21;289)

Anderson, G., Chiu, S.-H., Dombrowski, M., Swinth, J., Albert, J., & Wada, N. (2003). Mother-newborn contact in a randomized trial of kangaroo (skin - to - skin) care. Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing , 604-611.

Pacifier use and its relationship with early weaning in infants born at a Child-Friendly Hospital(Maria Emilia de Mattos Soares et al, J Pediatr Rio J,2003;79(4):309-16:breastfeeding,lactation.)

de Jonge, A., Teunissen, D. A., van Diem, M. T., Scheepers, P. L., & Lagro-Janssen, L. A. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *JAN* , 347-356.

Hall, W., Hauck, Y., Carty, E., Hutton, E., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing* , 567-576.

Kimber, L., McNabb, M., McCourt, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of Pain* , 961 - 969.

Leslie, M. S., & Storton , S. (2007). Step 1: Offers all birthing mothers, Unrestricted Access to Birth companions, labor support, professional midwifery care. *journal of perinatal education* , 10 - 19.

Salt, K., & Romano , A. (2007). Strives to Achieve the WHO/UNICEF Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative to Promote Successful Breastfeeding: The Coalition for Improving Maternity Services. *Journal of perinatal education* , 79 - 80.

Pacifier Use,early Weaning,and Cry/Fuss behavior/A randomized Controlled Trial(Micheal S,Kramer:Ronald G.Barr,Suzanne dagenais;et al, JAMA,2001;286(3)322-326(doi:10.1001/jama.286.3.322)

Does the recommendation to Use aPacifier Influence the Prevalance of Breastfeeding?(Alejandro G.Jenik,Nestor E.Vain,MD,Adriana N;Gorestein,MD,and Noemi E.Jacobi,MD, for the pacifier and Breastfeeding Trial Group, The Journal of Pediatrics10.106/J.JPEDS.2009.03;038):

Pacifiers and breastfeeding:a systematic review (Nina R.O'Connor,MD;Kawai O. Tanabe,MPH,Mir S.Siadaty,MD,MS;Fern R.Hauck,MD,MS, arch pediatr adolesc med/vol 163 (no 4)April 2009)

How are effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration? (Hanne kronborg,RN,MPH,PhD,and Michael Vaeth,PhD;BIRTH 36/1 maart 2009)

Risks and Benefits of pacifiers(Sumi Sexton,MD,Ruby natale,Phd,PsyD, American Family physician Web Site at WWW.aafp.org/afp ,2009)

Sudden infant death syndrome (Carl E.Hunt,Fern R.Hauck,CMAJ JUNE 20,2006-174(13) 1861)

Randomized Clinical Trial of pacifier Use and Bottle-feeding or cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding (Cynthia R.Howard, Fred M.Howard,Bruce Lanphear,Shirley eberly,Elisabeth A.deBlieck,David Oakes and Ruth A.Lawrence, Pediatrics 2003;111;511-518)

The Effects on Early Pacifier use on Breastfeeding Duration (Cynthia R.Howard, Fred M.Howard,Bruce Lanphear,Shirley eberly,Elisabeth A.deBlieck,David Oakes and Ruth A.Lawrence, Pediatrics 1999;103/e33) longitudinal

Oral habits and orofacial development (Arthur J Nowak, DMD, John J Warren,DDS,MS; September 2009)

Infant and Young child feeding: standard recommendations for the European Union (pg 13,4.14)(European Commision,Karolinska institutet,Institute for Child Health IRCCS Burlo Garofolo UNICEF)

Use of a dummy during sleep and risk of sudden infant death syndrome(SIDS)

International Child Care Practices Study: breastfeeding and pacifier use (EAS Nelson,et al , J Hum Lact 2005)

Breastfeeding and Pacifier use in Brazil (Antonio J Ledo Alves da Cunha,et al 2005)

Acolet et al (1989),RCT,dans les limites de la normal quand bébés en peau à peau à comparer avec bébés emmaillotés en isolette dont la température est plus basse.

Christensson et al (1992),RCT,50 bébés, température corporelle et axillaire significativement plus élevées que chez bébés emmaillotés dans bassinet au cours des 90ères minutes de vie.

Christensson et al (1994),RCT

Christensson et al (1992),RCT ,3 groupes (peau à peau, berceau, berceau puis peau à peau), 90ères minutes de vie, température corporelle et axillaire significativement plus élevées que chez bébés emmaillotés.

Christensson et al (1992),RCT , mères capables de réchauffer leur bébé dont la température était < 36,3° degrés à comparer aux bébés en rissollette

Anderson et al (2003),Cochrane,806 dyades,17 études, température dans les normales pour les bébés en peau à peau (OR 12,18 ;CI 95%)

Bystrova et al (2003) RCT,176 dyades, bébés ont température normale est stable au cours des « éres heures quand en peau à peau à comparer aux bébés « swaddled » et dans les bras de leur mère ou dans une bassinet.

Carfoot et al(2005),RCT,204 dyades,1 heures après la naissance les bébés en peau à peau avaient une meilleure température que ceux emmaillotés (p<0,02 :CI 95%)

Fransson et al (2005),RCT,27 bébés au cours des 2ers jours de vie, température plus élevées quand bébé en contact direct avec sa mère.

Huang et al (2006), RCT, 78 bébés nés par césarienne présentant de l'hypothermie, quand placés en peau à peau, température est plus élevée que si bébé sur table chauffante ($p=0,04$) et se maintient après 4 heures.

Jonas et al (2007), RCT, 47 dyades, température s'élève dès la peau à peau et ceci même à deux jours de vie.

Christensson et al (1998), RCT, réciprocity de températures entre les mère et le bébé donc pas de sur-temperature

Bystrova et al (2007), RCT, 176 dyades, température axillaire de le mère reste élevée, en lien direct avec la température du pied du bébé durant les 120èmes minutes de vie. Le bébé a 2 degrés de plus que la mère.

Bergstrom et al (2007), RCT, 39 bébés nés vaginale (Uganda), température maternelle axillaire augmente immédiatement dès que bébé placé en peau à peau et baisse dès que le peau à peau cesse; température maternelle corporelle augment 2 minutes après l'initiation du peau à peau et demeure constant au cours des 10 minutes après la fin du peau à peau.

Acolet et al (1989) RCT, augmentation du rythme cardiaque de 6.5 battements/minutes et de la saturation en oxygène quand peau à peau, en comparaison avec bébés emmaillotés en isolette

Christensson et al (1992), RCT, 50 bébés, gaz artérielles meilleurs à 90 min. de vie que bébés emmaillotés en bassinet

Bystrova et al (2003) RCT, 176 dyades, diminution vasoconstriction au pied avec peau à peau en comparaison avec bébés « swaddled » dans les bras de la mère ou en pouponnière, diminution of the stress of being Born, e reste meilleure durant les 5 jours du postpartum quand le peau à peau est utilisé

Ferber et Makhoul (2004) RCT, 47 bébés, diminution vasoconstriction aux membres inférieurs lors du peau à peau.

Aanbevolen literatuurlijst borstvoeding

Breastfeeding and human lactation

Third edition Jan Riordan ISBN 0-7637-4585-5

Breastfeeding A guide for the medical profession Fifth edition

Ruth A. Lawrence ISBN 0-8151-2615-8

Study guide for breastfeeding and human lactation Third edition

Jan Riordan and Mary Margaret Coates ISBN 0-7637-2703-2

Impact of birthing practices on breastfeeding

“Protecting the mother and baby continuum”

Mary Kroeger and Linda Smith ISBN 0-7637-2481-5

Case studie in Breastfeeding: problem solving skills and strategies

Karin Cadwell and Cindy Turner-Maffei ISBN 0-7637-2600-1

Ten steps to successful breastfeeding: an 18 hour interdisciplinary Breastfeeding management course for the united states ISBN 0-7637-2255-3

Core Curriculum for Lactation Consultant Practice

Marsha Walker ISBN 0-7637-1038-5

Breastfeeding management for the clinician: using the evidence

Marsha Walker ISBN 0-7637-226-0

Textbook of human lactation Hale&Hartmann's

Continuity of Care in Breastfeeding

Karin Cadwell Cindy Turner-Maffei

Breastfeeding in hospital Mothers, midwives and the production line

Fiona Dyker ISBN 978-0-415-39576-2

Feeding and nutrition in the preterm infant

Elizabeth Jones Caroline King ISBN 0-443-07378-3

Immunobiology of human milk

Lars A, hanson MD, Ph.D ISBN 0-9729583-0-4

The Breastfeeding atlas Third edition

Barbara Wilson-Clay Kay Hoover ISBN 0-9672758-3-0