

## **ONDERZOEKSLIJN**

### **MOTHER FRIENDLY CHILDBIRTH INITIATIVE**

## **MET VOLLE BORSTEN NAAR HET WERK**

Hoe borstvoeding ondersteunen bij werkhervatting

Promotoren: Mevr. Crabbe Bieke  
Mevr. Vinck Lieve  
Academiejaar: 2012-2013

Bachelorproef voorgedragen door:  
Elodie PRIMONT  
tot het bekomen van de graad van  
Bachelor in de Vroedkunde

# 1 Abstract

<b>Met volle borsten naar het werk</b>	
Hoe borstvoeding ondersteunen bij werkhervatting	
Promotiejaar:	2013
Student:	Elodie Sprimont
Externe promotor:	Mw. Lieve Vinck
Interne promotor:	Mw. Bieke Crabbe
Trefwoorden:	Borstvoeding; werken; ondersteuning
<p>Terug gaan werken is een belangrijke drempel voor de borstvoedende moeder. Om deze situatie/stap te begeleiden en de problematiek aan te pakken, worden eerst de gezondheids- voordelen van langdurige borstvoeding voor moeder en kind bestudeerd.</p> <p>Nadien wordt bekeken welke domeinen van ondersteuning kunnen bijdragen tot het volhouden in borstvoeding bij werkhervatting. Het is belangrijk dat de voedvrouw deze domeinen kent, zodat de zwangere of lacterende vrouw optimaal kan worden ondersteund en correcte informatie ontvangt.</p> <p>Tot slot wordt een praktijkdeel voorgesteld waarmee moeder en werkgever kunnen bijdragen tot een meer borstvoedingsvriendelijke werkomgeving om de drempel te verkleinen.</p>	

## 2 Inhoudsopgave

2	Inhoudsopgave.....	4
3	Woord vooraf.....	6
4	Inleiding .....	7
5	Het belang van borstvoeding op lange termijn.....	8
5.1	Moeder.....	8
5.1.1	Borstkanker.....	8
5.1.2	Energie- intake .....	9
5.1.3	De post partum depressie (PPD).....	10
5.1.4	Diabetes .....	10
5.1.5	Hypertensie.....	11
5.1.6	Osteoporose.....	11
5.2	Kind .....	12
5.2.1	Immuniteit .....	12
5.2.2	Ziekte .....	13
5.2.3	Obesitas .....	13
5.2.4	Andere .....	14
6	Stimuleren van borstvoeding bij werkhervatting: domeinen van ondersteuning .....	16
6.1	Government: overheid .....	16
6.1.1	Het Federaal Borstvoedingscomité (FBVC) .....	16
6.1.2	Het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI).....	17
6.1.3	Het Europees actieplan .....	18
6.1.4	De Internationale gedragscode WHO .....	18
6.2	Legislation: Wetgeving .....	19
6.2.1	Mogelijkheden om thuis te blijven .....	19
6.2.1.1	Moederschapsverlof.....	19
6.2.1.2	Lactatieverlof.....	20
6.2.1.3	Ouderschapsverlof .....	20
6.2.1.4	Loopbaanonderbreking en tijdskrediet .....	21
6.2.1.5	Verlof zonder wedde .....	21
6.2.1.6	Ontslag .....	22
6.2.2	Mogelijkheden op het werk.....	22
6.2.2.1	Borstvoedingspauze .....	22
6.2.2.2	Kinderopvang .....	23
6.3	Women: de vrouw.....	24
6.4	Family and social network: het familiale en sociale netwerk.....	26
6.4.1	De partner.....	26
6.4.1.1	Samen kiezen voor borstvoeding .....	26
6.4.1.2	Vorbereiden, ondersteunen en informeren.....	27
6.4.1.3	Rivaliteit .....	27

6.4.2	De grootmoeder.....	28
6.4.3	Enkele initiatieven.....	29
6.4.3.1.	De Bakermat vzw.....	30
6.4.3.2.	De vereniging begeleiding en bevordering van borstvoeding (VBBB).....	30
6.4.3.3.	La Leche League (LLL) .....	31
6.4.3.4.	Borstvoeding vzw .....	31
6.4.3.5.	Moedergroepen .....	31
6.4.3.6.	Opleiding tot lactatiekundige .....	32
6.5	Workplace and employment: de werkplaats en tewerkstelling.....	33
6.5.1	Impact van tewerkstelling op de borstvoeding.....	33
6.5.2	In stand houden van de borstvoeding .....	37
6.5.2.1.	Borstvoeding aan de borst of met de kolf.....	37
6.5.2.2.	Aanpassing van het werkregime .....	37
6.5.3	Interventies op de werkvloer.....	38
6.5.3.1.	De werkgevers en collega's .....	39
6.5.3.2.	Motivatie tot ondersteuning .....	39
6.5.3.3.	Noden van de kolvende vrouw.....	40
6.5.4	De Kinderopvang.....	41
6.6	Health Care Systems: mogelijkheden van de gezondheidszorg .....	42
6.6.1	Belang van ondersteuning .....	42
6.6.2	Welke professionele hulpverlening aanbieden?.....	43
6.6.3	Nodige informatie .....	44
6.6.4	Persoonsgerichte hulp .....	45
6.6.5	Het opstellen van een plan .....	46
6.6.6	Problemen.....	47
6.7	Response to crisis or emergency: de reactie op crisis of noodsituatie .....	49
6.7.1	De huisarts .....	49
6.7.2	De pediater .....	49
6.7.3	De gynaecoloog.....	50
6.7.4	De vroedvrouw .....	50
6.7.5	De lactatiekundige .....	50
6.7.6	De regioverpleegkundige van Kind & Gezin.....	51
6.7.7	De kraamverzorgende.....	51
7	Praktijkdeel .....	52
8	Algemeen besluit .....	56
9	Literatuurlijst.....	57
10	Bijlagenlijst.....	65

Bijlage A      Nominaties 'Borstvoedingsvriendelijke werkgever 2012'

### **3      Woord vooraf**

Vanzelfsprekend kon deze bachelorproef niet tot stand komen zonder gewaardeerde externe hulp. Zonder de voortdurende steun, tijd en inzet van mijn promotoren zou ik dit werk moeilijk hebben kunnen verwezenlijken. Ik bedank hen omdat ze in mij zijn blijven geloven.

Ook vrienden en familie verdienen een vermelding. Mijn doorzettingsvermogen werd dit afgelopen schooljaar vaak op proef gesteld, waarbij zij steeds weer het beste in mij naar boven haalden zodat de nodige energie aanwezig was om te blijven volharden.

Meer bepaald verdienen Arno, Bo, Ciska, Hilde, Jona en Lies een speciaal dankwoord omdat zij (meermaals) de tijd namen om deze bachelorproef vrij te maken van taal-, typ- en schrijffouten.

Tot slot bedank ik Sara Debonnet (coördinatie BFHI), Jeroen De Craemer (Infocel Uitkeringen- CM Landsbond), Els Flies (VBBB vzw), Philippe Hocepied (FGOV), Frank Seynaeve (attaché RIZIV - dienst uitkeringen), Ann Suetens (vzw De Bakermat), Katrien Theetaert (voorzitter FBVC) en Lies Versavel (coördinator vzw De Bakermat) voor hun vriendelijke medewerking en beschikbaarheid.

*Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat zijn werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.*

*Gent, 13 augustus 2013*

## 4 Inleiding

De laatste jaren is de focus op de borstvoeding in onze maatschappij sterk toegenomen. Initiatieven en verenigingen komen tot stand om dit natuurlijk fenomeen te promoten. Het resultaat hiervan is dat, in Vlaanderen, exclusieve borstvoeding als startvoeding gestegen is van 64,9% in 2008 naar 75,7% in 2012 (Kind en Gezin, 2009; Kind en Gezin, 2013b).

De start is belangrijk, maar na enkele weken dalen deze aantallen drastisch. De WHO en UNICEF bevelen aan dat elk kind exclusieve borstvoeding zou moeten krijgen gedurende zijn zes eerste levensmaanden, waarna adequaat complementaire voeding gestart wordt in combinatie met borstvoeding (of moedermelk) tot minstens de leeftijd van twee jaar (World Health Organisation [WHO] & United Nations Children's Fund [UNICEF], 2003). Het aantal borstgevende moeders is de laatste tien jaar toegenomen zowel bij geboorte als op 12 weken. Toch staat, met 28,1% op 12 weken en 7,5% op 26 weken in 2011, Vlaanderen ver van het streefdoel (Kind en Gezin, 2013b).

Uit de literatuur blijkt dat, naast gezondheids- en borstvoedingsproblemen, werkhervatting een kritiek moment is voor de borstvoeding. Vlaamse langvoedsters geven de toelating voor de combinatie van werk en borstvoeding aan als derde reden waarom zij nog borstvoeding geven. Terwijl de vermoeiende combinatie werken-borstvoeding de eerste reden is die zowel kort- als langvoedsters aangeven om borstvoeding stop te zetten bij werkhervatting (Adams & Dedry, 2006b).

Deze bachelorproef probeert te achterhalen waar een moeder nood aan heeft om deze combinatie mogelijk te maken. Als vroedvrouwen hier kennis over hebben, zou aan de hand van gepaste informatie en begeleiding de borstvoedingsduur hopelijk kunnen worden verlengd. De campagne van het FBVC en NVGP-B in 2012 'Borstvoeding en werk: het kan' en het thema van World Breastfeeding Week 2013 'Breastfeeding Support: Close to mothers' bewijzen de actualiteit en relevantie van de problematiek.

Om na te gaan hoe dit kantelmoment en deze moeilijke periode kan worden overbrugd, wordt via literatuuronderzoek nagegaan welke de motivatiepunten zijn op vlak van gezondheid om de borstvoedingsduur te promoten. Nadien komen de omgevingsfactoren die een invloed hebben om de combinatie werken en lacteren mogelijk maken aan bod.

## **5 Het belang van borstvoeding op lange termijn**

Om een jong gezin te kunnen aansporen tot een borstvoedingsperiode die langer dan zes maanden duurt- in de literatuur ook wel langdurige borstvoeding genoemd- is het belangrijk een juiste motivatie hiervoor te kunnen geven. Indien de vele voordelen kunnen worden besproken, zal het jonge ouderpaar wellicht de keuze tot borstvoeding minstens bespreken en overwegen. In dit hoofdstuk worden een aantal belangrijke gezondheidsvoordelen aangehaald en uitgelegd voor zowel moeder als kind.

Noemenswaardig is dat er bij de moeders geen extra druk mag opgelegd worden, en er ook op gewezen kan worden dat elke duur van borstvoeding voordelig kan zijn. Zelfs eenmalig borstvoeding geven is waardevol doordat het colostrum verrijkend is voor de pasgeborene en de oxytocine vrijlating voor een tonische uterus zorgt (Henderson & MacDonald, 2004; Walker, 2011).

### **5.1 Moeder**

De motivatie van moeders voor het geven van borstvoeding is vaak het welzijn van hun kind, maar er wordt vaak vergeten te benadrukken dat ook de moeder er belangrijke voordelen uit haalt.

In het vroege postpartum zijn bijvoorbeeld een snellere involutie van de uterus, verminderde kans op postpartumbloedingen en een bevordering van de moeder- kind binding belangrijke voordelen op vlak van gezondheid. Hiernaast zijn er natuurlijk ook financiële en tijdbesparende voordelen: borstvoeding kost minder geld en hoeft niet te worden voorbereid. Er zijn echter nog voordelen die pas later, na de borstvoedingsperiode, vast te stellen zijn.

#### **5.1.1 Borstkanker**

De onderzoeken hieromtrent zijn uiteenlopend en tegenstrijdig. De reden hiervoor is dat kanker een ziekte is met een veelzijdige etiologie die gevoelig is voor raciale of etnische verschillen in genetische samenstelling maar ook voor levensstijl of blootstellingen aan omgevingsfactoren (Redondo et al., 2012). Wel is men het er over eens dat er een link bestaat tussen het geven van borstvoeding en borstkanker (Blincoe, 2005; Riordan & Wambach, 2010). Meer specifiek zou lactatie vooral een invloed hebben op premenopauzale borstkanker (Alliet et al., 2012; Hale, 2007; Riordan & Wambach, 2010; Stuebe, 2009).

Er worden vele onderzoeken verricht naar dit onderwerp, hier wordt kort de rol van hormonen aangehaald.

Lynn (s.d.) bespreekt dat oestrogenen een rol spelen bij borstkanker doordat ze de carcinogene celsplitsing stimuleren. Doordat de cellen delen, vergroot het risico op een DNA-mutatie en bijgevolg ook tot het ontwikkelen van borstkanker. Stuebe (2009) beschrijft in zijn onderzoek dat een onderdrukte ovulatie zorgt voor een terminale differentiatie van borstweefsel die op lange termijn maligne transformaties onmogelijk maakt.

Een vrouwelijk lichaam dat veel wordt blootgesteld aan oestrogenen loopt dus een verhoogd risico op borstkanker. Dit brengt ons bij de rol van borstvoeding. Tijdens de lactatie wordt de menstruatiecyclus tijdelijk onderbroken en is er een verminderde blootstelling aan oestrogenen waardoor het de vrouw beschermt tegen borstkanker (Lynn, s.d.; Riordan & Wambach, 2010). Dit theoretisch hormonaal systeem bevestigt de bevindingen van Kennedy (1994). Deze laatste haalde ook aan dat pariteit een toenemende bescherming biedt.

Betreffende de condities waarbij borstvoeding een positief effect zou hebben, zijn de resultaten redelijk identiek bij verschillende onderzoeken. Zowel Morère, Penault-Llorca, Apro & Salmon (2007), Lord et al. (2008), Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) als Bernier, Plu-bureau, Bossard, Ayzac & Thalabard (2000) zijn het erover eens dat een eerste zwangerschap voor de leeftijd van 25-30 jaar een lager risico op borstkanker betekent t.o.v. nullipara. Bernier et al. (2000) vatten samen dat er een significant lager risico op borstkanker bestaat wanneer de moeder ooit eens borstvoeding gaf. Deze vermindert nog wanneer de lactatieperiode langer dan 12 maanden duurde.

Bovendien zou niet enkel borstkanker, maar ook ovariumkanker voordeel halen uit borstvoeding. Danforth et al. (2007) bespreekt dat elke maand borstvoeding een verminderde kans van 2% betekent. Volgens hen zou 18 maanden lactatie of langer, een significant verminderd risico betekenen tegenover de moeders die nooit borstvoeding gaven. Lawrence & Lawrence (2011) halen verschillende studies aan waarbij borstvoeding, van korte of lange duur, de incidentie van ovariumkanker kon verminderen. Bovendien stelde men bij het samentellen van de lacterende maanden - eventueel verspreid over verschillende kinderen - een verminderd risico vast bij lacterende vrouwen van twaalf maand ten aanzien van niet lacterende moeders. Dit wordt ook beaamd door Jordan, Cushing-Haugen, Wicklund, Doherty & Rossing (2012).

De onderzoeken zijn nog bezig, maar men kan alvast onthouden dat er wel degelijk een positieve link bestaat tussen borstvoeding en de verminderde kans op zowel borst- als ovariumkanker.

### 5.1.2 Energie- intake

Of een lacterende moeder al dan niet zal genieten van een extra gewichtsafname tijdens de lactatieperiode, is niet op voorhand te voorspellen (Bocquet et al., 2005; Riordan & Wambach, 2010). Dit is voor veel vrouwen echter hun grootste zorg. Maar net als bij borstkanker, is het precieze effect van borstvoeding nog niet eenduidig uit te leggen (Riordan & Wambach, 2010).

Tijdens de zwangerschap verandert het vetmetabolisme en wordt er vet opgeslagen (vetmobilisatie). Dit gebeurt vooral ter hoogte van de dijen en supra- iliacaal (Stuebe & Rich-Edwards, 2009). Deze reserve kan tijdens de borstvoeding worden aangesproken om de energiebehoefte te dekken die circa 500 kcal/dag bedraagt bij exclusief borstvoeden (Stuebe, 2009). De geproduceerde hoeveelheid melk is ook een beïnvloedende factor en hangt samen met de individuele vraag van het kind (Bocquet et al., 2005).



Baker et al. (2008) concludeerden dat het geven van borstvoeding kan worden geassocieerd met een lager 'postpartum weight retention' onafhankelijk van het BMI tijdens de zwangerschap. Hierover zijn Stuebe & Rich-Edwards (2009) het eens. Dit suggereert dat bij een normale gewichtstoename tijdens de zwangerschap van circa 12 kg, de borstvoeding deze kilo's in 6 maanden volledig weg kan werken. Er zou geen enkel verschil merkbaar zijn tussen moeders die borstvoeding geven en moeders die geen borstvoeding geven, dit na drie maanden postpartum. Voorbij deze tijdspanne verbruiken de lacterende moeders meer het opgeslagen vet. Ook wordt bij vrouwen die exclusief borstvoeding geven een groter gewichtsverlies geobserveerd dan bij diegenen die partieel borstvoeding geven (Riordan & Wambach, 2010; Stuebe & Rich-Edwards, 2009).

Er kan dan misschien geen zekerheid geboden worden tot gewichtsverlies in het postpartum op individueel niveau, toch lijkt dit algemeen zeer motiverend voor het geven van borstvoeding. Indien borstvoeding helpt om het opgeslagen vet te verwerken, helpt dit onrechtstreeks tot het verminderen van het risico op cardiovasculaire ziekten (Stuebe & Rich-Edwards, 2009).

### 5.1.3 De post partum depressie (PPD)

De oorzaken van deze aandoening zijn multifactorieel en moeilijk te achterhalen. Toch tonen onderzoeken aan dat er een positieve link bestaat aan de hand van de hormoonspiegel. Wanneer de Edinburgh Postnatal Depression Scale gescreend werd tussen 2 weken en 6 maanden postpartum, bekwamen de vrouwen die geen borstvoeding gaven een hogere score (Dennis & McQueen, 2009; Gallup, Pipitone, Carrone & Leadholm, 2010; Miller & LaRusso, 2011; Pearlstein, Howard, Salisbury & Zlotnick, 2009). Een mogelijke uitleg hiervoor is dat PPD minder vaak voorkomt wanneer de hormoonspiegels een goed evenwicht hebben. De prolactinespiegel zou hier een belangrijke rol bij spelen. En omdat deze hoger is tijdens het lacteren, kan zo de kans op PPD verminderd worden (Lawrence & Lawrence, 2011; Steen, s.d.). Anderzijds mag niet vergeten worden dat een borstvoeding die negatief ervaren wordt, net een PPD in de hand werkt (Lawrence & Lawrence, 2011).

### 5.1.4 Diabetes

Naast de hierboven vernoemde voordelen zou borstvoeding ook een positieve rol spelen wat de glucosespiegel betreft (Stuebe, 2009). Tijdens de zwangerschap is er een toegenomen insuline resistentie en glucose intolerantie. Bij moeders met zwangerschapsdiabetes die de borst geven wordt waargenomen dat de  $\beta$ -cellen in de pancreas hun functie beter vervullen. Maar ook bij niet-diabetici werd geconstateerd dat er een significant lagere insuline/glucose ratio was bij borstgevende in tegenstelling tot niet-borstgevende moeders. Lacteren zou ervoor zorgen dat de glucose homeostase na de bevalling sneller wordt hersteld.

Deze bevindingen zouden onrechtstreeks ook betekenen dat het risico op diabetes type 2 verminderd kan worden door het geven van borstvoeding. Volgens Stuebe & Rich-Edwards (2009) is dit een reden om vrouwen met zwangerschapsdiabetes des te meer aan te moedigen tot het geven van borstvoeding.

#### 5.1.5 Hypertensie

Tijdens het voeden aan de borst, worden oxytocines vrijgegeven. Dit hormoon heeft onder meer een relaxerend effect met verlaagde bloeddruk en cortisol-spiegels tot gevolg. Het samenspel van prolactine en oxytocine is geassocieerd met het reguleren van de bloeddruk en het risico op hypertensie (Narvaez, Panksepp, Schore & Gleason, 2013; Schwarz et al., 2009; Stuebe et al., 2011).

Stuebe et al. (2011) ondervonden dat vrouwen die minder dan negen maand borstvoeding gaven een verhoogd risico hadden tot het ontwikkelen van hypertensie in vergelijking met moeders die elk van hun kinderen twaalf maanden borstvoeding hadden gegeven. Tevens blijkt dit te gelden voor moeders die geen exclusieve borstvoeding gaven vergeleken met exclusieve borstvoeding vanaf zes maand per kind.

Naarmate de borstvoeding langer duurt, zal de basale bloeddruk verminderen. Een mechanisme dat dit kan verklaren is de regelmatig vrijgegeven oxytocine die over een langere periode de gevoeligheid voor alpha-2- adrenoreceptoren sensibiliseert. Bij een langdurige borstvoeding, vanaf twaalf maanden over een vrouwenleven, zouden deze receptoren gevoelig blijven na de borstvoedingsperiode. Dit resulteert in een verminderde kans op het ontwikkelen van cardiovasculaire aandoeningen (waaronder hypertensie) tijdens de vruchtbare levensjaren (Narvaez et al., 2013; Schwarz et al., 2009).

#### 5.1.6 Osteoporose

Tijdens de borstvoedingsperiode is er botdensiteitverlies, voornamelijk door het verbruik van Calcium. Maar na de stopzetting van lactatie wordt dit verlies in ruime mate gecompenseerd. Het bot zal zelfs steviger worden dan voordien en rijker zijn aan mineralen, waardoor borstvoeding de kans op postmenopauzale osteoporose vermindert (Alliet et al., 2012; Blincoe, 2005; Europa Ziekenhuizen, 2010; Hale, 2007; Riordan & Wambach, 2010).

## 5.2 Kind

De voordelen die het kind op lange termijn kan bekomen dankzij de borstvoeding, kunnen onmogelijk nagebootst worden door kunstvoeding. Het zijn belangrijke gezondheidsvoordelen waarvan elk kind zou moeten kunnen genieten.

### 5.2.1 Immuniteit

Moedermelk zorgt voor de ontwikkeling van het immuun systeem van de pasgeborene. Daar zijn zowel Bocquet et al. (2005), Rautava & Walker (2009) en Stuebe (2009) het over eens. Hun verklaringen hiervoor verschillen echter.

Bocquet et al. (2005) beschrijft dat dit mogelijk is doordat de moedermelk ervoor zorgt dat de involutie, door een tot nu toe ongekend mechanisme, van de thymusklier wordt vertraagd. Dit heeft invloed op de systemische functie van de lymfocyten met als gevolg dat de productie en het geheugen van de T-Lymfocyten positief beïnvloed worden en beter kunnen reageren op infectieuze prikkels. Aangezien het onrijpe immuniteitsstelsel van de pasgeborene de productie en het geheugen van de T-Lymfocyten aantast is dit positief.

Een andere verklaring is de intestinale immuniteit. Moedermelk bevat Transforming Growth Factor- $\beta$ , een cytokine die celproliferatie en -differentiatie reguleert en de immunitaire respons moduleert. Deze groeifactor is een exogene trigger voor een toenemende IgA productie, wat een verbetering van de intestinale epitheliale barrièrefunctie veroorzaakt. Ook zou deze groeifactor in staat zijn invloed uit te oefenen op de functie van de regulerende T-cellen. Dit is niet onbelangrijk aangezien deze instaan voor de productie en het onderhoud van de tolerantie voor dieet-antigenen en lokale intestinale bacteriën (Rautava & Walker, 2009).

Rautava & Walker (2009) merken ook op dat de regeling van het immunitair respons geregeld wordt door de CD14. Doordat deze co-receptor voor lipopolysacchariden zich op gram-negatieve bacteriën bevindt, kan de respons tegen deze organismen worden geregeld. sCD14 (oplosbare CD14) werden in belangrijke concentraties teruggevonden in moedermelk. Deze moleculen brengen positieve veranderingen aan in het immunitair respons die ook na de periode van borstvoeding actief blijven. Hierdoor zou er een omgekeerd verband ontstaan tussen de sCD14 van moedermelk en het risico tot ontwikkelen van atopische ziekten.

Bovendien bevat moedermelk ook onverteerbare oligosacchariden. Hier zijn Bocquet et al. (2005) en Rautava & Walker (2009) het wel met elkaar eens. Deze bevorderen de implantatie van bifidobacteriën (Bocquet et al., 2005). Daarenboven moduleren ze de compositie van de intestinale microbiota. Hierdoor hebben de onverteerbare oligosacchariden invloed op zowel de barrièrefunctie als de rijping van het immuunsysteem van de intestinale mucosa (Rautava & Walker, 2009). Ook vergemakkelijken de bioactieve factoren in moedermelk de darmkolonisatie (Stuebe, 2009).

Men kan hieruit besluiten dat moedermelk de immuniteit van het kind ondersteunt, ook op langere termijn.

### 5.2.2 Ziekte

De belangrijkste aandoening waar borstvoeding bij à terme pasgeborenen zeker tegen beschermt, is de acute diarree die hoog scoort in morbiditeit en mortaliteit. Dit wordt bevestigd door Rautava & Walker (2009), Bocquet et al. (2005) en Stuebe (2009). Moedermelk heeft een lage concentratie aan stikstof en minerale zouten. Hierdoor wordt de renale osmolaire belasting beperkt. Het verzekert de vochtbalans in geval van extreem vochtverlies, diarree of zweten, wat een extra bescherming biedt (Bocquet et al. 2005).

De infectieuze morbiditeit tijdens het eerste levensjaar ligt in het algemeen lager bij kinderen die borstvoeding krijgen (Bocquet et al., 2005 en Stuebe, 2009). Dit is te danken aan tal van cellen en mechanismen die terug te vinden zijn in moedermelk. Stuebe (2009) haalt aan dat IgA antilichamen, oligosacchariden, glycoproteïnen en lipiden hiertoe bijdragen. Bocquet et al. (2005) voegt hieraan toe dat ook lactoferrine, lysozymen, lactoperoxydase, geglycolyseerd caseïne  $\kappa$ ,  $\alpha$ -lactalbumine, etc. gunstig zijn tegen het ontwikkelen van infecties.

Het is onmiskenbaar dat borstvoeding een beschermend effect biedt. Wel speelt hierbij de duur van borstvoeding eveneens een belangrijke rol. Bocquet et al. (2005) besluit dat minstens drie maand exclusief borstvoeding hiervoor het minimum is. De minima zes maanden exclusief borstvoeding die de WHO aanbeveelt, wordt zeker gesteund door zowel Bocquet et al. (2005) als Stuebe (2009) opdat het beschermend effect optimaal zou worden gegarandeerd.

### 5.2.3 Obesitas

Rautava & Walker (2009) verklaren dat moedermelk in de eerste zes levensmaanden een hogere gewichtstoename veroorzaakt dan bij kinderen die kunstvoeding krijgen. Anderzijds vermindert borstvoeding de kans op overgewicht in het latere leven. Bocquet et al. (2005) halen aan dat sommige onderzoeken het hier niet helemaal eens over zijn.

Adipokines regelen de energie-intake van de neonaat (Stuebe, 2009). Dit kan in verband worden gebracht met wat Bocquet et al. (2005) bespreekt, namelijk dat borstvoeding preventief werkt tegen overgewicht omdat het kind zelf bepaalt hoeveel hij zal drinken. Bij kunstvoeding is het duidelijk dat de moeders bepalen wat het kind zal opnemen.

Ook duiden Bocquet et al. (2005) erop dat bij kunstvoeding een hogere insulinemie wordt waargenomen, wat de ontwikkeling van adipocyten en adipogenese teweeg brengt. Dit zou een negatief begin zijn voor de vetaanleg. Daarnaast wordt een onderzoek beschreven waarbij verschillen in huidplooi-meting werden waargenomen bij kinderen die kunst- of borstvoeding kregen, die niet steeds na de leeftijd van twee jaar verdwijnen, wat zou wijzen op een vervroegde reactie van corpulentie bij het kind (Stuebe, 2009).

Bovendien zouden borstgevoede kinderen, beter nieuwe en verschillende smaken kunnen appreciëren, wat positief is voor een gevarieerde voeding van fruit en groenten. Er wordt voorgesteld dat op deze wijze neofobie<sup>1</sup> kan worden voorkomen (Stuebe, 2009).

De meeste onderzoeken zijn het met elkaar eens dat het risico op het ontwikkelen van obesitas in sommige gevallen (factoren als voorgeschiktheid en omgeving mogen niet vergeten worden) dankzij borstvoeding kan worden verlaagd.

#### 5.2.4 Andere

De andere (potentiële) voordelen van borstvoeding worden kort besproken omdat er nog onenigheden bestaan of verdere onderzoeken gaande zijn.

Ten eerste zou borstvoeding voor een lagere cholesterolemie zorgen op volwassen leeftijd, zo blijkt uit het artikel van Bocquet et al. (2005). Bij tieners werd enkel een lager LDL/HDL gehalte waargenomen. De verklaring die hiervoor wordt gegeven betreft het maternale cholesterol dat aan het kind wordt doorgegeven. Door dit hoger cholesterolgehalte wordt vermoedelijk een stimuli geprikkeld die de activiteit van de HMG-CoA reductase zou regelen of de LDL receptoren op lange termijn volharden. Anderzijds bespreken Rautava & Walker (2009) dat kinderen die borstvoeding krijgen net een lager cholesterolgehalte in het bloed vertonen.

Ook diabetes is een aandoening waarvan vermoed wordt dat moedermelk een preventieve rol zou spelen. Rautava & Walker (2009) vermelden het verminderde risico tot het ontwikkelen van diabetes type 2 in het latere leven maar geven hier geen verdere uitleg over. Bocquet et al. (2005) beschrijven dat door de bevordering van bepaalde bacteriën de incidentie van intestinale aandoening daalt, waardoor de pancreas ook gespaard wordt en bijgevolg ook een diabetogeen effect heeft. Anderzijds zou de immuniteit van het lichaam tegen bepaalde eiwitten een auto-immune reactie op gang kunnen brengen tegen de cellen van Langerhans (Bocquet et al., 2005). Terwijl Stuebe (2009) het onder andere heeft over de lange ketens meervoudige onverzadigde vetzuren die invloed hebben op de bloeddruk en insulineretentie.

Vervolgens is allergie het onderwerp waar er de meeste onenigheid over bestaat. Volgens Rautava & Walker (2009) binden de IgA antilichamen onder meer met dieet-antigenen, wat een verminderd allergeengehalte teweeg zou brengen. Bocquet et al. (2005) bespreekt een tegenstrijdig onderzoek waarbij borstvoeding net de kans op allergie bij risicovolle kinderen (eerste graad familielid met een allergie) zelfs zou doen toenemen. Al zou de betrouwbaarheid van dit onderzoek vervalst zijn vermits er in de eerste levensweek op materniteit supplementen kunstvoeding werden toegediend. De onderzoeken die Bocquet et al. (2005) bespreken, zijn het er over het algemeen wel over eens dat bepaalde voedingsmiddelen best niet voor zes levensmaanden worden geïntroduceerd. Dit ter preventie van het ontwikkelen van allergieën.

---

<sup>1</sup> Angst of afkeer voor nieuwe voedingsmiddelen (Medical Dictionary. Geraadpleegd op 13 april 2013, op <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>)

Ten slotte bestaan er onderzoeken die aankaarten dat ook de neurologische ontwikkeling voordeel zou boeken bij borstvoeding. Bij exclusieve borstvoeding tot zes maand, werd waargenomen dat deze kinderen sneller konden kruipen dan bij kunstvoeding (Stuebe, 2009).

Uit deze opsomming kan men concluderen dat borstvoeding vast veel geheimen heeft die nog niet allemaal kunnen worden achterhaald. Een zekerheid is wel dat er redenen genoeg zijn om borstvoeding prioriteit te geven op kunstvoeding en dat in onze hedendaagse maatschappij borstvoeding ten volle zou moeten geherwaardeerd en aangemoedigd worden.

## 6 Stimuleren van borstvoeding bij werkhervatting: domeinen van ondersteuning

Om de borstvoedingsaantallen en de duur te kunnen aanpakken, kan men groot- en kleinschalig tewerk gaan. De World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) stelt de 'circle of support' voor. Deze cirkels illustreren de potentiële invloeden die een moeder kan ondervinden bij haar beslissing tot het geven van borstvoeding en om een positieve borstvoedingsperiode te ervaren (World Alliance for Breastfeeding Action [WABA], 2013). Dit hoofdstuk wordt op basis hiervan opgebouwd.

De verschillende interventies die volgens Henderson & Redshaw (2010) als succesvol worden ervaren om het aantal startende borstvoeding gevende moeders en borstvoeding in duur positief te beïnvloeden zijn professionele en collegiale ondersteuning, educatieve interventies in combinatie met: andere vormen van ondersteuning, beroepsopleiding en initiatieven van gezondheidsinstellingen zoals rooming-in en mediaprogramma's. Deze komen over het algemeen overeen met de ideeën van de cirkel.

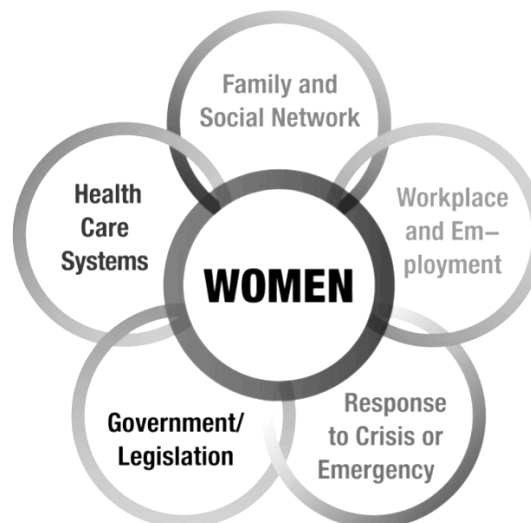


Fig. 1 The five circles of support (WABA, 2013)

### 6.1 Government: overheid

Op grootschalig niveau bevinden zich voornamelijk de initiatieven op Belgisch niveau. Enkele hiervan worden besproken om aan te tonen dat borstvoeding ook vanuit hogerop wordt ondersteund.

#### 6.1.1 Het Federaal Borstvoedingscomité (FBVC)

De leden die in dit comité actief zijn, trachten sinds 2001 borstvoeding aan te moedigen en informatie te verschaffen over borstvoeding. Ze proberen zowel moeders, medici als verpleegkundigen te bereiken. Daartoe onderneemt het comité acties en initiatieven tot het stimuleren van borstvoeding en brengen ze adviezen uit (Federale Overheidsdienst [FOD] Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2012).

“Dit (...) comité telt momenteel 5 werkgroepen:

- BFHI (...)
- Media: ontwerpt en verspreidt sinds 2003 een affiche ter promotie van borstvoeding naar aanleiding van de internationale week van de borstvoeding (eerste week van oktober) en stimuleert en zorgt voor de verspreiding van informatie met de steun van het NVGP (...).
- Brochures: het FBVC publiceert een repertorium van de gegevens (...) van de verenigingen, deskundigen en andere informatiebronnen over borstvoeding.
- Europees Actieplan (...): het FBVC superviseert het Europees Actieplan omtrent de Promotie, de Bescherming en de Ondersteuning van borstvoeding. (...)
- 'Babyvriendelijk Initiatief'." (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2012). Dit initiatief heeft dezelfde doelstellingen als het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), maar beperkt zich niet tot de ziekenhuis setting. De aanpak begint reeds prenataal, focust op langere borstvoedingsduur, borstvoeding in de kinderopvang, etc. De werkgroep richt zich tot kinderen van bij de geboorte tot de leeftijd van 3 jaar (E. Flies, persoonlijke communicatie, 2 juli, 2013).

Het BFHI en het Europees actieplan worden verder toegelicht omdat dit grootschalige projecten zijn die internationaal actief zijn.

### 6.1.2 Het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)

Het Baby Friendly Hospital Initiative bestaat sinds 1991 en werd gelanceerd door United Nations Children's Fund (UNICEF) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). In België wordt sinds 2005 het actieplan uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid en het FBVC (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2013; Goyens, Debonnet & Niset, 2012).

Het BFHI is een kwaliteitscertificaat dat zorginstellingen kunnen behalen door welomschreven criteria te vervullen. Het actieplan wil dat ouders weloverwogen keuzes kunnen maken op basis van op de materniteiten aangereikte informatie inzake voeding en gezondheid (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2013; Goyens et al., 2012).

Het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België (NVGP-B) wil op lange termijn bekomen dat alle kraamafdelingen over een certificaat beschikken en een percentage van 90% borstvoeding behalen tijdens het verblijf in het ziekenhuis (Goyens et al., 2012). “Op termijn zou het actieplan dat momenteel gericht is op de materniteiten, (...) worden uitgebreid tot de diensten pediatrie en neonatologie, de pre- en postnatale basisgezondheidsstructuren, de structuren voor kinderopvang en de geboortehuizen” (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2013).



Criteria waaraan dient voldaan te worden tot het behalen van het BFHI- label:

- “toepassing van de Tien Vuistregels, tien sleutelpunten om borstvoeding te bevorderen 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;
- de gezinnen beschermen tegen alle commerciële invloeden wat zuigelingenvoeding betreft (...)” (Goyens et al., 2012, p 24).

Kandidaat ziekenhuizen kunnen via de BFHI- coördinatie begeleid worden om aan de criteria te voldoen. Nadien wordt een evaluatie uitgevoerd door erkende, internationaal opgeleide evaluatoren aan de hand van een standaardevaluatie die bestudeerd wordt door een toekenningscommissie (Goyens et al., 2012).

Jaarlijks worden er nieuwe labels toegekend. Bij de start in 2005 kregen zes ziekenhuizen het label, tegenwoordig zijn dat er 23 (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2013). “Ruw geschat betekent deze uitbreiding dat zo’n 19% van alle geboortes in België voortaan in een ‘Babyvriendelijk ziekenhuis’ zullen plaatsvinden” (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2013). Wereldwijd zijn er 152 landen die deelnemen aan het project, waarbij ongeveer 20.000 ziekenhuizen over het certificaat beschikken (Debonnet, 2011; WHO, 2013).

### 6.1.3 Het Europees actieplan

Dit project waartoe in 2008 België, Frankrijk, Luxemburg, Ierland, Italië, Polen, Letland en Denemarken zich verbonden, heeft als doel het model ‘blueprint for action’ uit te werken. Het actieplan wilt borstvoeding promoten, beschermen en ondersteunen in Europa (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2012).

“België heeft zich er meer specifiek toe verbonden om een nationaal plan uit te werken voor de promotie van borstvoeding en dit te integreren in het NVGP[, en] gegevens in te zamelen over borstvoeding.” (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2012).

### 6.1.4 De Internationale gedragscode WHO

De WHO stelde in 1981 een ‘Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk’ op, die alle lidstaten ondertekenden (met uitzondering van de U.S.A.). Door reclamevoering voor zuigelingenvoeding (tot de leeftijd van vier maand) te onderdrukken, wil deze gedragscode borstvoeding beschermen (Goyens et al., 2012; Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding [VBBB], 2013; WHO, 1981).

## 6.2 Legislation: Wetgeving

Om een overzicht te geven van wat de wet voorstelt in het kader van borstvoeding, worden binnen dit hoofdstuk de verschillende mogelijkheden aangehaald. Deze zijn van belang om het jonge gezin voldoende rust te gunnen maar ook om de borstvoeding een kans te geven. Het is belangrijk dat wetteksten bestaan en toegepast worden. Vandaar dat ook zorgverleners best op de hoogte zijn van wat de mogelijkheden zijn.

### 6.2.1 Mogelijkheden om thuis te blijven

De eerste mogelijkheden zijn bedoeld om het thuisverblijf te verlengen of met andere woorden de terugkeer naar het werk uit te stellen. In het kader van de begeleiding van borstvoeding dient wel rekening gehouden te worden dat niet alle oplossingen om thuis te blijven tegen een lager loon of uitbetaling haalbaar zijn.

#### 6.2.1.1. *Moederschapsverlof*

Moederschapsverlof bestaat uit zwangerschapsrust (één verplichte week voor de uitgerekende bevallingsdatum) en bevallingsrust (verplichte negen weken na de bevalling). De werkneemster ontvangt in deze periode een moederschapuitkering van haar verzekeringsinstelling. Het bedrag bedraagt de eerste 30 dagen 82% van het onbegrensde loon, nadien nog 75% van het begrensde loon (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Hierbij kunnen facultatief vijf weken pre- of postnataal worden toegevoegd. In geval van meerlingen zijn er zeven facultatieve weken. Deze beschikbare weken worden steeds berekend vanaf de uitgerekende bevallingsdatum, en niet vanaf de werkelijke verlosdag. Wanneer de moeder deze weken opneemt, dan moeten deze weken aansluiten op de verplichte bevallingsrust (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

De bevallingsrust start op de dag van de bevalling. De berekening wordt wel uitgesteld tot de dag na de bevalling indien de zwangere vrouw nog gewerkt heeft op de dag van haar bevalling (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

In geval dat een moeder profylactische werkverwijdering had of arbeidsongeschikt was wegens ziekte of ongeval, worden de dagen waarbij de moeder afwezig was niet gelijkgesteld aan werkdagen. Hierdoor kunnen die dagen niet meer worden opgenomen als bevallingsrust. Eventueel kan in geval van arbeidsongeschiktheid door ziekte of ongeval tijdens de zes weken voor de eigenlijke bevalling, een extra week bevallingsrust worden aangevraagd (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

In geval dat de moeder zelfstandig is, zijn de verplichte weken gereduceerd tot maximaal acht weken waarvan minimaal één week voor de uitgerekende bevallingsdatum en minimaal twee weken na de bevalling. De facultatieve vijf weken kunnen pre- of postnataal opgenomen worden vanaf drie weken voor, tot 23 weken na de bevalling en kunnen worden opgesplitst terwijl de werkactiviteiten worden hervat. De uitkering waarvan de moeder kan genieten wordt uitbetaald

door haar ziekenfonds en is een wekelijks forfaitair bedrag dat gekoppeld is aan de index (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering [RIZIV], 2010). Dit is dan ook het enige recht binnen dit hoofdstuk waar zelfstandigen beroep op kunnen doen.

#### 6.2.1.2. *Lactatieverlof*

Deze vorm van werkverwijdering kan enkel worden toegekend wanneer het uit te voeren werk een risico vormt voor de veiligheid en de gezondheid van zowel moeder als kind. Dit houdt in dat wanneer een onderneming weet dat ze een risico inhouden voor moeder en/of kind, deze beschermt moeten worden via werkverwijdering (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012). Lactatieverlof hoort onder moederschapsbescherming (De Bakermat vzw, 2013a).

Er bestaat een niet- limitatieve 'lijst te analyseren risico's' in het Koninklijk Besluit van 2 mei 1995 betreffende moederschapsbescherming. Hierdoor is de werkgever verplicht om in zijn onderneming risicoanalyses uit te voeren (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Wanneer werkverwijdering van toepassing is omdat er geen alternatief werk kan worden aangeboden, kan gedurende vijf maanden na de werkelijke bevalling een uitkering van 60% van het gederfde loon<sup>2</sup> worden uitgekeerd. Er kan sprake zijn van vrijstelling om arbeid te verrichten of van opschorting van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Tevens bestaat er in de privé sector een andere vorm van borstvoedingsverlof door middel van een individuele overeenkomst. Deze is vaak onbezoldigd en een gunst van de werkgever (De Bakermat vzw, 2013a).

#### 6.2.1.3. *Ouderschapsverlof*

Dit recht kan opgenomen worden door de vader en/of de moeder in het kader van loopbaanonderbreking of in het kader van Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO) nr. 64 (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Voor ouderschapsverlof in het kader van loopbaanonderbreking, moet de ouder verbonden zijn via een arbeidsovereenkomst met de werkgever, gedurende minstens twaalf maanden, dit vijftien maanden voor de aanvraag tot schriftelijke kennisgeving aan de werkgever (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

De kennisgeving dient minstens twee en hoogstens drie maanden op voorhand per aangetekende brief aan de werkgever te worden voorgelegd of via een brief met exemplaar dat getekend wordt voor ontvangst. De aanvraag tot ouderschapsverlof kan niet worden geweigerd door de werkgever (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

---

<sup>2</sup> Gederfde loon is het loon dat verloren gaat door het stopzetten van de werkzaamheden (Put, 2009).

Er kan op deze mogelijkheid beroep worden gedaan vanaf de geboorte tot het kind de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt. De leeftijdsgrens verschuift naar 21 jaar in geval van lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid (van minstens 66%) of van bepaalde aandoeningen (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

De vader en moeder kunnen individueel dit verlof van vier maanden opnemen, maar dit is niet onderling overdraagbaar. Deze periode van vier maanden kan bij een voltijdse werknemer worden aangepast naar acht maanden deeltijds werken of door gedurende twintig maanden de arbeidsprestaties met een vijfde te verminderen. Ook kunnen de periodes op zich nog eens worden opgesplitst (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Ontslagbescherming is van toepassing vanaf de schriftelijke kennisgeving tot drie maanden na het einde van het ouderschapsverlof. De werknemer ontvangt een onderbrekingsuitkering en een maandelijkse forfaitaire uitkering van de overheid om de vermindering van inkomen te compenseren. Bepaalde sociale- zekerheidsrechten blijven gelden (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Tot slot is het ouderschapsverlof in het kader van CAO nr. 64 geldig voor ouders in de privé sector. Vanaf de geboorte tot de leeftijd van vier jaar kan een periode van drie maanden verlof worden opgenomen. Ook hier geldt een uitzondering voor lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid of bij bepaalde aandoeningen. Het grote verschil is dat bij deze regeling geen beroep kan worden gedaan op de onderbrekingsvergoeding (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

#### *6.2.1.4. Loopbaanonderbreking en tijdskrediet*

Onder bepaalde voorwaarden kan gebruik gemaakt worden van dit recht om de arbeidsprestaties te schorsen of te verminderen. Deze periode zal afhankelijk zijn van het stelsel. Wanneer de werknemer zonder motief zijn loopbaanvermindering wenst op te nemen, heeft hij/zij recht op twaalf maanden voltijds equivalent die hij voltijds, deeltijds of als 1/5 kan opnemen. Indien met motief, dan is - afhankelijk van het motief - een onderbreking van 36 of 48 maanden mogelijk (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Ontslagbescherming is van toepassing, en de werknemer ontvangt een onderbrekingsuitkering van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorzieningen. Tevens worden bepaalde sociale- zekerheidsrechten gewaarborgd (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

#### *6.2.1.5. Verlof zonder wedde*

Deze mogelijkheid kan steeds worden aangevraagd bij de werkgever. Hierbij wordt de arbeidsovereenkomst tijdelijk geschorst, worden er voorwaarden bepaald en zal er geen loon worden uitbetaald door de werkgever. (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

### 6.2.1.6. *Ontslag*

Wanneer een ouder ontslag neemt, behoort de ouder niet langer tot de arbeidsmarkt. Dit betekent dat er geen uitkering kan worden geregeld. Toch voorziet de werkloosheidsuitkering tijdens een bepaalde periode een recht op uitkering omdat de reden tot ontslag de opvoeding van het kind inhoudt. De uitkering wordt terug toegekend wanneer de ouder zich opnieuw inschrijft als werkzoekende (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

## 6.2.2 Mogelijkheden op het werk

Dit tweede luik binnen de wetgeving omschrijft de mogelijkheid om borstvoeding een kans te geven op de werkvloer.

### 6.2.2.1. *Borstvoedingspauze*

Volgens de CAO nr. 80 heeft elke werkneemster, die tewerkgesteld is op grond van een arbeidsovereenkomst, het recht haar arbeidsprestaties te schorsen om te kolven of haar kind te voeden. Dit is mogelijk tot negen maanden na de geboorte van het kind en kan uitzonderlijk met twee maanden worden verlengd in geval van uitzonderlijke omstandigheden (bijvoorbeeld een premature geboorte) (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Deze schorsingen worden door haar verzekeringsinstelling bezoldigd via een uitkering en het bedrag bedraagt 82% van het laatste niet geplafonneerde brutoloon dat wordt berekend per uur of halfuur genomen pauze. Hiervoor zal de werkgever een attest moeten opstellen waarin het aantal opgenomen (half-)uren van de afgelopen maand(en) vermeld staan. Vervolgens bezorgt de werkneemster dit document aan haar verzekeringsinstelling om binnen de dertig dagen te worden uitbetaald (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Om van deze pauzes te kunnen genieten dient de werkneemster een aantal zaken op orde te brengen:

- Zij verwittigt haar werkgever twee maanden op voorhand dat zij borstvoeding wenst te geven. Dit kan via een brief (waarvan een exemplaar door de werkgever voor ontvangst ondertekend wordt) of aangetekend schrijven.
- Zij dient een akkoord te bereiken met haar werkgever om te bepalen wanneer zij haar pauzes zal inlassen. Zij heeft recht op een halfuur per vier gewerkte uren. Wanneer zij minstens 7.30u per dag werkt, dan verdubbelt de pauzeduur.
- Zij bewijst dat zij borstvoeding geeft door middel van een attest of medisch getuigschrift die zij elke maand opnieuw moet inleveren (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Bovendien is ontslagbescherming geldig vanaf het moment dat de werkneemster meedeelt dat zij gebruik wenst te maken van borstvoedingpauzes, dit tot één maand na het verstrijken van haar laatste attest of medisch getuigschrift (FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, 2012).

Naast het recht waarvan de werkneemster kan genieten, moet de werkgever, volgens Artikel 4 §1, een "(...) onopvallende, goed verluchte, goed verlichte, propere en behoorlijk verwarmde plaats (...) ter beschikking stellen van zwangere vrouwen en zogende moeders, waar zij de mogelijkheid hebben in aangepaste omstandigheden in liggende positie te kunnen rusten" (Collectieve Arbeidsovereenkomst [CAO] nr. 80 van 27 november 2001 tot invoering van een recht op borstvoedingspauzes, p2).

#### 6.2.2.2. *Kinderopvang*

De wetgeving voorziet (nog) geen richtlijnen betreffende het faciliteren en/of promoten van borstvoeding in de kinderopvang en dit kan een belangrijke barrière vormen. Zelfs Kind & Gezin kan de kinderopvang die zij erkennen er niet toe verplichten moedermelk te aanvaarden aangezien het autonome organisaties zijn met een eigen beleid (Kind en Gezinlijn, persoonlijke communicatie, 14 januari, 2013).

### 6.3 Women: de vrouw

De moeder is een onmisbare schakel in het kader van borstvoeding. De waarde die zij toekent aan borstvoeding zal een belangrijke factor zijn voor de start en de duur ervan. Hieronder wordt het profiel van de moeder besproken, om te achterhalen welke moeders de meeste nood hebben aan ondersteuning en begeleiding bij borstvoeding. Elke vrouw heeft hier recht op, maar sommigen hebben extra aandacht nodig.

Meerdere onderzoekers zijn het met elkaar eens dat men zich voor begeleiding best focust op blanke, alleenstaande, laaggeschoolde, rokende primipara (Bonet et al., 2012; Guérin, Roelants & Devogelaer, 2012; Henderson & Redshaw, 2010). Deze groep heeft namelijk minder kans om te starten met borstvoeding of stopt sneller met borstvoeding dan andere moeders (Labarère et al., 2011). Uit de cijfergegevens van Kind & Gezin (2013b) wordt dit ook op Vlaams niveau bevestigd. Verder geven zij aan dat borstvoeding als startvoeding op zes dagen hoger scoort bij niet- Belgische gezinnen dan bij Belgische gezinnen (Tabel 1). Wel kan er uit hun gegevens over startvoeding geen verschil worden gemaakt tussen een eerste of volgend kind (Tabel 2).

Tabel 1- Percentage kinderen dat op dag 6 uitsluitend borstvoeding krijgt volgens kansengroepen- Vlaams Gewest

	2009	2010	2011	2012
Kinderen met moeder van Belgische origine die niet in kansarmoede leven	63,9	63,6	60,7	60,9
Kinderen met moeder van Belgische origine die in kansarmoede leven	38,6	38,7	35,8	35,4
Kinderen met moeder van niet-Belgische origine die niet in kansarmoede leven	79,0	77,7	74,6	73,7
Kinderen met moeder van niet-Belgische origine die in kansarmoede leven	78,9	75,6	71,4	71,2
Alle kinderen	66,5	65,8	62,9	62,9

Kind en Gezin (2013). Het kind in Vlaanderen 2012. Brussel: Kind en Gezin. p.202

Tabel 2- Percentage kinderen dat op dag 6 uitsluitend borstvoeding krijgt volgens geboortegang- Vlaams Gewest

	2009	2010	2011	2012
Eerstgeborenen	67,5	66,7	62,9	62,9
Volgende borelingen	65,5	64,9	62,7	63,0
Alle kinderen	66,5	65,8	62,9	62,9

Kind en Gezin (2013). Het kind in Vlaanderen 2012. Brussel: Kind en Gezin. p.201.

Het rapport van Guérin et al. (2012) vat samen dat "[...] de kans op het starten van borstvoeding en op exclusief borstvoeding op de leeftijd van drie maanden hoger is bij hoog opgeleide moeders [...] en bij moeders die niet de Belgische nationaliteit hadden bij hun geboorte [...]. De kans op borstvoeding ligt echter lager bij eerstgeborenen, moeders met overgewicht en moeders die rookten na de zwangerschap [...]" (Tabel 3).

Een zorgverlener die met jonge ouders in aanraking komt, die tot de hierboven omschreven groep behoort, kan meer specifieke begeleiding voorstellen en aangepaste informatie geven. Op deze wijze kan men de kennis omtrent borstvoeding verbeteren en de kans om borstvoeding te overwegen en verder te zetten vergroten.

Tabel 3- Invloed van indicatoren (socio-demografische en gezondheidsgerelateerde gedrag van de moeder) op het starten met borstvoeding en langdurige borstvoeding bij à terme, niet-dysmature eenlingen uit de geboortecohorte JOnG! (Ikaros en vragenlijst 2 maanden): multipele ordinale logistische regressie (proportional odds model)

<b>Socio-demografische indicatoren</b>	<b>Respondenten vragenlijst 2 maanden (à terme, niet-dysmature eenlingen) (n=1908)</b>	
	<i>Odds Ratio (OR)</i>	<i>95% BI</i>
Pariteit		
Eerste kind	REF	REF
Volgend kind	1,11*	1,00 - 1,23
Opleidingsniveau moeder		
Laag	0,96	0,68 - 1,35
Gemiddeld	REF	REF
Hoog	2,12**	1,71 - 2,63
Ander	1,12	0,53 - 2,35
Werksituatie van moeder		
Betaald werk	REF	REF
Geen betaald werk	1,24	0,93 - 1,66
Andere	1,61*	1,07 - 2,47
Nationaliteit van moeder bij eigen geboorte		
Belgisch	REF	REF
Niet Belgisch	2,53***	1,85 - 3,50
Gewicht van moeder bij de startbevraging		
Geen overgewicht	REF	REF
Overgewicht	0,88	0,71 - 1,39
Obesitas	0,67*	0,32 - 0,59
Roken bij moeder		
Nee	REF	REF
Voor of tijdens de zwangerschap	1,05	0,79 - 1,39
Na de zwangerschap	0,44***	0,32 - 0,59
REF: referentiecategorie; OR (95%BI): odds ratio (95% betrouwbaarheidsinterval) Multipele ordinale logistische regressie (proportional odds model) met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep: °p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001		



## 6.4 Family and social network: het familiale en sociale netwerk

Het is beschreven dat ondersteuning gedurende de borstvoedingsperiode zowel op emotioneel, informatief als fysiek vlak, een positieve invloed heeft op de duur van de borstvoeding. (Ekström, Guttke, Lenz, & Hertfelt Wahn, 2011).

Elke vorm van ondersteuning vertoont een toename in de duur van de borstvoeding, zowel door professionals als door andere moeders met borstvoedingservaring. De voedingskeuze van de (toekomstige) moeder wordt beïnvloed door het sociaal netwerk: de partner, de maternale grootmoeder, goede vrienden en gezondheidsmedewerkers (Meedya, Fahy & Kable, 2010). Om deze reden wordt dit sociaal netwerk nauwkeuriger bestudeerd.

### 6.4.1 De partner

Het BFHI raadt professionele en collegiale ondersteuning aan, waarbij niet specifiek naar de vader wordt verwezen. Terwijl de 'American Academy of Pediatrics policy statement on breastfeeding and the use of breast milk' duidelijk het belang aangeeft dat het een noodzaak is om ook de vaders voor te bereiden (Piscane, Continisio, Aldinucci, D'Amora & Continisio, 2005).

#### 6.4.1.1. *Samen kiezen voor borstvoeding*

De keuze voor het al dan niet geven van borstvoeding wordt best door zowel de partner als de vrouw genomen. Wanneer er gesproken wordt over borstvoeding wordt er nog te vaak naar de borstvoeding- dyade gekeken, namelijk moeder en kind waarbij de partner wordt uitgesloten (Michtell-Box & Braun, 2012). Dezelfde auteurs geven aan dat een evolutie naar een triade, waarbij ook de vader zijn rol kan op nemen, gunstiger is.

Door de partner meer te betrekken bij arbeid en bevalling, wordt de paternale binding aangemoedigd waardoor dit kan resulteren in een betrokken, fiere vader betreffende borstvoeding. Het zelfvertrouwen dat de vader zou ervaren kan er ook voor zorgen dat, door een positieve houding, de moeder een betere steun zal ervaren omtrent de borstvoeding. De moeders zullen bijgevolg meer geneigd zijn de borstvoeding te starten en door te zetten (Lawrence & Lawrence, 2011; Rempel & Rempel, 2011; Tohotoa et al., 2009).

Het is aangetoond dat een man die trots is dat zijn vrouw borstvoeding geeft, haar ook beter zal steunen bij deze keuze. Dit komt doordat de partner een sterke invloed heeft bij het nemen van de beslissing over het opstarten en doorzetten van de borstvoeding. Op langere termijn zijn zij dan ook diegene die het meeste invloed uitoefenen op hun vrouw doordat zij een praktische en emotionele steun bieden. Indien hun kennis over voordelen en management van borstvoeding verbeteren, zou de duur van borstvoeding ook positief worden beïnvloed (Lawrence & Lawrence, 2011; Rempel & Rempel, 2011; Sheriff & Hall, 2011; Tohotoa et al., 2009).

#### 6.4.1.2. *Vorbereiden, ondersteunen en informeren*

Uit onderzoek is gebleken dat mannen wel degelijk interesse hebben in borstvoeding, maar dat ze nog al te vaak worden uitgesloten. Vaders worden nog te weinig voorbereid en ondersteund betreffende de borstvoeding. Het gevolg hiervan is dat dit kan resulteren in een negatieve invloed op de borstvoedingsinitiatie en -duur. Verschillende auteurs adviseren gezondheidsmedewerkers de vaders meer te betrekken bij de borstvoeding aangezien zij een belangrijke rol spelen in het voortzetten van de lactatie. Het idee dat sommige mannen borstvoeding onaantrekkelijk en gênant vinden moet worden aangepakt. (Mitchell-Box & Braun, 2012; Piscane et al., 2005; Sheriff & Hall, 2011; Tohotoa et al., 2009).

Mitchell-Box & Braun (2012) ondervonden dat vaders betrokken willen worden maar dat ze zich niet in staat voelen hun vrouw te kunnen ondersteunen door gebrekkige kennis. Diezelfde mannen geven aan dat vorming en informatie specifiek voor hen een meerwaarde zou zijn. Volgens Piscane et al. (2005) is het grote voordeel van een vader als begeleider dat hij continuïteit en emotionele steun kan bieden. Een bijkomend voordeel is dat via deze weg, moeders kunnen worden bereikt die de weg naar een gezondheidsmedewerker niet zullen ondernemen (Piscane et al., 2005).

Het ondersteunen van de vaders tijdens de borstvoeding kan helpen om de maternale tevredenheid en de duur van borstvoeding te verbeteren. Partners die over de kennis beschikken om de basisproblemen te herkennen en aan te pakken kunnen ervoor zorgen dat exclusieve borstvoeding langer volgehouden wordt. Ook zou er een betere voorbereiding zijn van beide ouders naar ouderschap toe (Piscane et al., 2005; Tohotoa et al., 2009).

#### 6.4.1.3. *Rivaliteit*

Deze jaloezie ontstaat doordat mannen soms niet kunnen omgaan met het niet kunnen voeden van hun kind. Dit komt doordat ze de fysieke en emotionele nabijheid missen die een moeder ervaart tijdens de voeding. Partners vinden het gebrek aan die unieke voedingsrelatie jammer waardoor ze soms rivaliteit uiten (Lawrence & Lawrence, 2011; Rempel & Rempel, 2011). Een vader die absoluut een rol wil opnemen bij de voeding kan eventueel bespreken met zijn vrouw om afgekolfd melk toe te dienen.

Daarbij speelt de borst zelf ook nog een belangrijke rol. Sommige vaders willen de borst niet delen of zijn angstig dat het kind deze zal beschadigen. Maar ook de verminderde aandacht en angst voor verminderd seksueel contact spelen een rol (Lawrence & Lawrence, 2011; Piscane et al., 2005).

Bovendien ligt de focus nog te vaak op het voeden. Ouderparen leren best inzien dat de gedeelde verantwoordelijkheid niet enkel om de voeding draait. Een pasgeborene heeft nog andere primaire behoeften waaraan dient voldaan te worden. De symbolische intimiteit die mannen aangeven te missen, kan op andere manieren worden bereikt. Wanneer het kind wakker is kan de vader instaan voor troosten en knuffelen. Vaders ervaren geen gelijkwaardige manier in hun denken om hun kind tevreden te stellen. Lawrence & Lawrence (2011) noemen vaders 'non-nutritive cuddlers', een rol waarvan het belang nog te vaak als ondermaats wordt erkend (Lawrence & Lawrence, 2011; Rempel & Rempel, 2011).

Wanneer men zou beseffen dat complementaire zorg van belang is in plaats van het delen van taken, dan zou ook de mannelijke jaloezie opzij kunnen worden gezet (Lawrence & Lawrence, 2011).

De man zelf zou een onderscheid kunnen maken tussen het coachen en het ondersteunen. De rol als coach kan een negatieve betekenis krijgen omdat coachen inhoudt, druk uitoefenen op anderen om te werken en harder te proberen met het uitzicht om te winnen. Dit is niet de rol die een moeder tijdens arbeid, bevalling of borstvoeding zal verkiezen. Volgens de auteurs moet de vader zijn rol van partner opnemen die optimaal zijn vrouw zal ondersteunen. Meer gepast is de rol van doula, waarbij de vader psychologisch aanmoedigt en fysieke hulp biedt (Lawrence & Lawrence, 2011).

#### 6.4.2 De grootmoeder

De schaarse literatuur en kleinschalige onderzoeken delen eenzelfde mening: grootmoeders kunnen het verloop van de borstvoeding en de duur beïnvloeden in zowel positieve als negatieve zin (Grassley & Eschiti, 2008; Lauwers & Swisher, 2011; Reid, Schmied & Baele, 2010). Ze zijn een belangrijke bron van ondersteuning, zowel dankzij hun eigen ervaring als moeder als voor praktische en emotionele opvang (Grassley & Eschiti, 2008).

Door onze veranderende maatschappij is de rol en de positie van de grootmoeder binnen het hulpnetwerk evolutief veranderd. Doordat de prioriteiten van de ouders verschoven zijn, wordt er meer ondersteuning en rechtstreekse hulp verwacht. De vervroegde werkhervatting van de moeder speelt hier zeker een rol. Bovendien is de tijd dat een nieuwe moeder haar moeder als belangrijkste bron van informatie beschouwde in vele nieuwe gezinnen voorbij (Reid et al., 2010; Grassley & Eschiti, 2008). Volgens Reid et al. (2010) ervaren grootmoeders dat de vrienden van de jonge ouders vaak een belangrijker aanspreekpunt zijn en dat wanneer hun mening wordt gevraagd, deze in twijfel wordt getrokken en wordt nagegaan bij een andere bron alvorens het advies op te volgen.

Dit laatste is niet onbelangrijk. Ondanks het feit dat grootmoeders het beste voorhebben wat hun dochter en kleinkind betreft, is hun kennis en/ of eigen ervaring niet altijd de beste bron. De huidige kennis over borstvoeding is bij hen vaak onvoldoende gekend, en bepaalde mythes zijn nog sterk aanwezig. Daarom is het enigszins een goede zaak dat jonge moeders kritischer zijn geworden (Lauwers & Swisher, 2011; Reid et al., 2010).

Volgens Grassley & Eschiti (2008) en Lauwers & Swisher (2011) geven moeders aan dat zij van hun moeder verwachten dat zij de borstvoeding waarderen en hen hierin liefdevol aanmoedigen. Maar een goede grootmoeder zijn is een complexe zaak. Ze moeten in juist gedoseerde hoeveelheden aanwezig zijn, hulp bieden en hun eigen ervaring delen, en aftasten wat van hen wordt aanvaard. Dit is belangrijk om een goede relatie met hun (schoon-)dochter te kunnen behouden (Reid et al., 2010).

Relationeel gezien is het echter wel belangrijk te kunnen inzien dat grootmoeders het doorgaans goed menen en enkel hun best doen om te helpen met de kennis die henzelf destijds geholpen heeft. Hier is het van belang dat de moeder of de hulpverlener de nieuwe kennis en het voedingspatroon bij borstvoeding kunnen uitleggen. Wanneer dit onbegrepen blijft, kan de grootmoeder negatieve opmerkingen geven of afwijkend gedrag vertonen, wat de relatie kan schaden (Lauwers & Swisher, 2011; Reid et al., 2010).

Grootmoeders vertonen veel empathie voor slaaptkort, huilbuien en het fysisch herstel na de geboorte. Hierdoor kan het negatieve advies volgen om bij te voeden of te stoppen met de borstvoeding om de opgesomde gevolgen te reduceren. Terwijl andere grootmoeders net grote steun zullen bieden omdat zij het knap vinden dat hun dochter iets kan waar zijzelf niet toe in staat waren (Lauwers & Swisher, 2011).

Om die reden is het volgens Lauwers & Swisher (2011) belangrijk dat de moeder aan de grootmoeder kan uitleggen en aanleren wat normaal is. Op deze wijze kan aandacht worden besteed aan de hulp die de jonge moeder nodig heeft terwijl zij de borstvoeding beter leert kennen. Hierdoor krijgt de grootmoeder een soort opleiding zodat ze haar dochter beter kan steunen. Een praktisch voorbeeld hiervan is het noteren van het huidige verloop van de borstvoeding of aanbevelingen zodat de grootmoeder een houvast heeft, waardoor opgedane kennis uit het verleden kan worden aangepast of bevestigd.

De hulpverlener zelf moedigt de moeder best aan om geduldig te zijn met de grootmoeder en andere familieleden die zich zorgen maken over het welzijn van moeder en kind bij de borstvoeding. Het is niet eenvoudig, maar een jonge moeder leert best het standpunt van de grootmoeder te aanvaarden zodat dit standpunt haar eigen mening niet kan aantasten. Een grootmoeder kan overdreven behulpzaam zijn of teveel initiatief nemen. Daarom leert de moeder best opkomen voor wat zij wil en kent ze de verschillende 'haalbare' opties. Bij afwezigheid van een grootmoeder is het van belang dat de hulpverlener navraagt wat de moeder haar intenties zijn met de borstvoeding (Lauwers & Swisher, 2011).

Men kan hieruit besluiten dat men de partner en grootmoeder beter moet betrekken bij de borstvoeding. Ze verdienen voldoende aandacht en informatie te krijgen omdat zij diegenen zijn die de alledaagse steun aan de jonge moeder zullen bieden en een niet te onderschatten invloed op haar hebben.

#### 6.4.3 Enkele initiatieven

Met de WHO- doelstellingen als streefdoel, tracht onze maatschappij borstvoeding te promoten en haalbaar te maken voor de hedendaagse jonge gezinnen. Er bestaan tal van grote en kleinschalige verenigingen en initiatieven om dit te bereiken, zowel op wereldniveau als op nationaal vlak. Om deze reden kan hier slechts een beperkt deel van dit aanbod worden aangehaald. Enkele Belgische initiatieven worden kort besproken.

#### 6.4.3.1. *De Bakermat vzw*

Deze vzw is een expertisecentrum kraamzorg die in opdracht van Kind en Gezin, tracht om borstvoeding te stimuleren (De Bakermat vzw, 2012). Aan de hand van twee projecten, maken ze ouders en andere mensen die in aanraking komen met hun borstvoedingsavontuur aandachtig voor het onderwerp.

Het eerste project is de prijs voor borstvoedingsvriendelijke crèches en werkgevers. Door goede praktijkvoorbeelden naar voor te brengen, wil vzw De Bakermat de werkgevers en kinderopvang belonen die de combinatie borstvoeding en werk proberen ondersteunen. Aan de hand van vooropgestelde criteria en vragen (zie bijlage A) selecteert de vzw welke, door de ouders genomineerde, opvang en werkgever in aanmerking komen voor de prijs. De fiches van de kandidaten worden doorgestuurd naar een jury van professionals uit het borstvoedingsvakgebied. Zij kiezen de uiteindelijke winnaar per provincie (A. Suetens, persoonlijke communicatie, 1 juli, 2013; De Bakermat vzw, 2012).

Daarnaast stelt vzw De Bakermat een lijst op met borstvoedingsvriendelijke cafés en eetgelegenheden. Aan de hand van een sticker (Fig. 2) kunnen openbare plaatsen aangeven dat zij open staan voor het geven van borstvoeding.



Fig.2- "Met deze sticker geven winkels, cafés, restaurants, brasseries, bibliotheken, gemeentehuizen,... aan dat je er welkom bent om je baby te voeden" (Wegwijs borstvoeding, 2013).

#### 6.4.3.2. *De vereniging begeleiding en bevordering van borstvoeding (VBBB)*

Deze vereniging wil als lid van de International Baby Food Action Network toezicht houden op het naleven van de wetgeving betreffende borstvoeding op nationaal niveau. Bovendien is VBBB ook lid van de WABA, waardoor zij ook meewerken aan sensibiliseringsprojecten zoals bijvoorbeeld de Internationale Week van de Borstvoeding en BFHI (Borstvoeding VBBB, 2013).

VBBB "(...) werkt mee aan wetenschappelijk onderzoek en aan bewustmaking over de problematiek op wereldvlak. Daarom verspreidt en stelt de vereniging gespecialiseerde informatie ter beschikking van studenten en mensen die actief zijn in de gezondheidszorg. Zij organiseert opleidingen en bijscholingen rond de praktische kennis over borstvoeding" (Borstvoeding VBBB, 2013, p 1). Daarbij stellen de medewerkers van de VBBB zich telefonisch beschikbaar om praktische tips en informatie over borstvoeding te delen, dit zowel voor ouders als professionele begeleiders (Borstvoeding VBBB, 2013).

#### 6.4.3.3. *La Leche League (LLL)*

LLL is een particuliere organisatie die internationaal “ (...) informatie en steun verleent aan vrouwen die hun baby borstvoeding willen geven. Dit gebeurt via een wereldwijd netwerk van (...) La Leche League leidsters die als vrijwilliger werkzaam zijn” (La Leche League [LLL] Vlaanderen, 2013). De medewerkers zijn moeders die na een specifieke opleiding hun expertise delen met moeders, veelal praktijkgericht (LLL Vlaanderen, 2013).

De organisatie biedt bijeenkomsten, cursussen en lezingen. Ook publiceren zij een kwartaalblad ‘breastfeeding Abstracts’, tal van brochures en om de tien jaar een handboek. Daarnaast helpen de LLL- medewerkers via telefonische hulpverlening graag iedereen die vragen heeft (LLL Vlaanderen, 2013).

#### 6.4.3.4. *Borstvoeding vzw*

Deze vereniging is samengesteld uit vrijwilligers die zich aan de hand van hun eigen ervaring met borstvoeding hiervoor willen inzetten. Hun doel? “Van elke borstvoedingservaring een succesverhaal maken!” (Borstvoeding vzw, 2011).

Deze moeders mogen zich na een internet opleiding borstvoedingsconsulenten noemen. Hoe en in welke mate zij nadien hun rol binnen de vereniging vervullen is afhankelijk van wat zij zelf wensen te verwezenlijken. Mogelijkheden zijn: moeders helpen en begeleiden, infosessies organiseren, telefonische hulpverlening bieden, babycafés organiseren, lokale hulpverleners contacteren etc. (Borstvoeding vzw, 2011).

#### 6.4.3.5. *Moedergroepen*

Verschillende auteurs zijn het met elkaar eens dat er best vier thema’s besproken worden met de zwangere vrouw: borstvoeding, werkherhvatting, kinderopvang en de stress die kan worden ervaren. Naast professionele hulp door de zorgverlener, wordt tevens aangeraden dat de parturiënte in gesprek gaat met moeders die de combinatie werken- borstvoeding succesvol uitvoeren. Op deze manier kunnen ervaringen en adviezen worden gedeeld die realistischer ervaren worden door de aanstaande moeder dan wanneer de hulpverlener voorstellen maakt (Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan & Wambach, 2010).

Om die reden bestaan er initiatieven die ontmoetingen organiseren in de vorm van open moedergroepen, bijvoorbeeld mammacafés en babycafés. Beide ontmoetingsplaatsen hebben tot doel moeders die borstvoeding geven samen te brengen zodat zij ervaringen kunnen uitwisselen en steun kunnen vinden bij elkaar via nieuwe kennismakingen (Borstvoeding vzw, 2011; Socialistische Mutualiteiten, 2013).

De mamma- en babycafés zijn doorgaans openbare plaatsen. Wanneer moedergroepen georganiseerd worden zijn er vrijwilligers aanwezig om als aanspreekpunt te fungeren en meer specifieke vragen te beantwoorden (Borstvoeding vzw, 2011; Socialistische Mutualiteiten, 2013).

De mammacafés zijn een initiatief van de kinderzorgservice van de Socialistische Mutualiteiten en organiseren ook activiteiten en uitstappen. Er zijn al tien locaties beschikbaar over Vlaanderen en Brussel. De babycafés gaan uit van Borstvoeding vzw. Zij stellen momenteel drie locaties voor in Antwerpen en Limburg (Borstvoeding vzw, 2011; Socialistische Mutualiteiten, 2013).

#### 6.4.3.6. *Opleiding tot lactatiekundige*

Via deze eenjarige opleiding willen enkele Hogescholen, gezondheidsmedewerkers (die minstens één jaar ervaring hebben met het professioneel begeleiden van borstvoeding) de kans geven zich verder bij te scholen in de begeleiding van borstvoeding.

Deelnemen en slagen voor het eindexamen van het postgraduaat en een voldoende scoren op de wetenschappelijke paper en stageopdracht leveren het getuigschrift van lactatiekunde op. Wanneer het examen niet wordt afgelegd of men slaagt niet, dan ontvangt de cursist een attest van aanwezigheid (Artevelde Hogeschool, 2013).

De cursisten worden tevens vrijblijvend voorbereid op het Internationaal examen van de 'International Board Certified Lactation Consultants'. Indien zij hiervoor slagen ontvangen zij het diploma van Lactatiekundige IBCLC (Artevelde Hogeschool, 2013).

Volgens deze opsomming worden er voldoende initiatieven ondernomen om de borstvoeding te ondersteunen. Weten dat deze bestaan en er optimaal gebruik van maken is de volgende stap.

## 6.5 Workplace and employment: de werkplaats en tewerkstelling

Binnen dit hoofdstuk wordt kort bestudeerd hoe werkhervatting zijn sporen nalaat op de borstvoeding. Dit met als doel een idee te vormen over het belang van de begeleiding en steun in deze delicate overgangperiode.

Volgens Walker (2011) zijn de grootste invloeden op de borstvoedingsduur de dure, ontoegankelijke opvang en de negatieve sfeer op de werkvloer. Om die reden mogen deze niet ontbreken binnen dit werkstuk. Steun vanuit personeel en management, toegang tot faciliteiten om het kind te voeden of af te kolven en melk op te slaan en borstvoedingspauzes zijn cruciale elementen die moeders nodig hebben om hun borstvoeding verder te zetten bij werkhervatting (Weber, Janson, Nolan, Ming Wen & Rissel, 2011).

### 6.5.1 Impact van tewerkstelling op de borstvoeding

Financiële onafhankelijkheid en carrière zijn het huidige probleem waardoor moeders (genoodzaakt) werkhervatting niet lang kunnen of willen uitstellen. Dit is een eerste reële confrontatie van jonge moeders in de huidige maatschappij (Riordan & Wambach, 2010). Er kan een conflict bestaan tussen moeder willen zijn en een inkomst waarborgen.

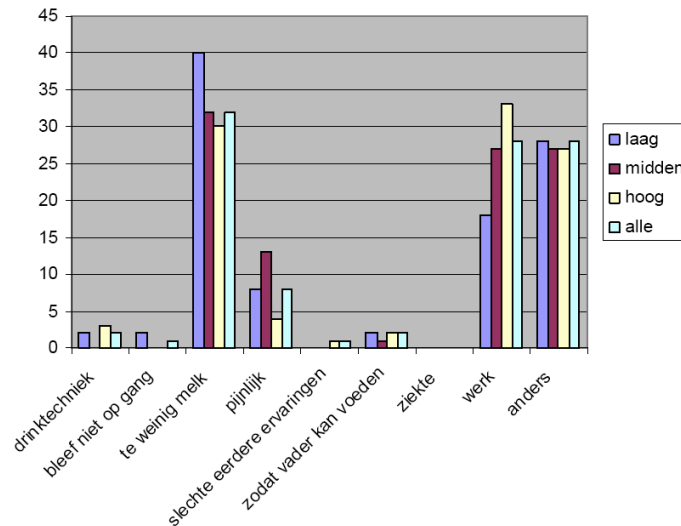
Adams & Dedry (2006b) spreken over werkhervatting als kritiek moment, met de arbeidssituatie als beslissende factor, en ondervonden dat de derde belangrijkste reden dat moeders aangeven om borstvoeding te blijven geven is, dat de job de combinatie toelaat. Volgens het onderzoek is de intrinsieke reden de belangrijkste motivatie tot lang voeden in combinatie met de steun van de partner (zie hoofdstuk 6.4.1) (Adams & Dedry, 2006b).

De gegevens uit Vlaanderen dateren uit 2002 en 2006, maar er zijn geen recentere onderzoeken uitgevoerd betreffende dit specifieke onderwerp. Uit een kwantitatief onderzoek bleek dat werkhervatting, als reden om borstvoeding stop te zetten, de eerste plaats behaald in de periode tussen 6 en 13 weken na de geboorte. In dezelfde top 3 volgen het gevoel te weinig melk te produceren en maternale vermoeidheid (Lenaers & Goffin, 2002).

Tarrant, Younger, Sheridan-Pereira & Kearney (2011) ondervonden in hun Ierse studie dat opnieuw aanvangen van het werk op de derde plaats stond als reden voor het spenen tussen zes weken en zes maanden postpartum. Het wordt voorafgegaan door maternale psychosociale factoren en het gevoel niet genoeg melk te produceren.

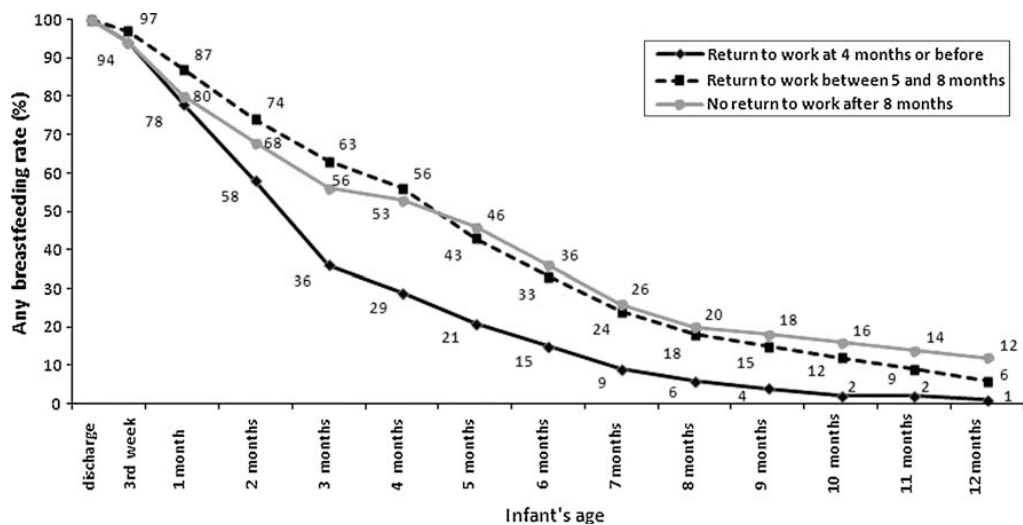


In Nederland is in het algemeen, tussen twee en vier maand, werkhervatting tevens de derde belangrijkste reden tot spenen. Het wordt voorafgegaan door het ervaren van melktekort en 'andere'. Onder andere vallen bijvoorbeeld ontevreden kind, vermoeidheid van de moeder, kolven en werken is moeilijk te combineren, kolven is lastig, betere nachtrust of maternale medicatiegebruik. Indien we naar het opleidingsniveau kijken, dan staat werkhervatting op de eerste plaats bij hooggeschoolde moeders (Grafiek 1).



Grafiek 1. "Belangrijkste reden om kunstvoeding te gaan bijgeven tijdens de 2e tot en met de 4e maand na de bevalling naar opleidingsniveau van de moeder"(Lanting & van Wouwe, 2007, p.17).

Een Frans onderzoek, haalt terug gaan werken aan als de hoofdreden voor het afronden van lactatie (Bonet et al., 2012). Deze laatste ondervonden ook dat meer dan de helft van de moeders die met borstvoeding waren gestart, ermee stoppen nog voor ze hun werk hervatten. Hierbij is nog toe te voegen dat wanneer een moeder langer dan vier maanden thuis bleef, het aantal borstgevende vrouwen trager afnam in vergelijking tot moeders die al rond vier maanden terug moeten gaan werken (Grafiek 2).



Grafiek 2. Alle vormen van borstvoeding tussen ontslag in de materniteit en leeftijd van 12 maand bij moeders die tijdens de zwangerschap werkend waren. Omvat 979 moeders die werkten tijdens hun zwangerschap en die borstvoeding gaven bij het ontslag op materniteit/ Leeftijd van het kind is uitgedrukt in volledige weken of maanden (Bonet et al., 2012).

De positie van werkhervatting is duidelijk niet enkel een probleem in Vlaanderen. Dat bijvoorbeeld Frankrijk, Nederland en Ierland dit ook ondervinden, wijst op een algemeen probleem.

Tabel 4 toont aan dat - volgens een Vlaams onderzoek – de moeders op 2-2,5 maand, 3-3,5 maand, 4-4,5 maand en 6-7 maand opvallend meer stoppen met exclusieve borstvoeding.

Tabel 4- Overzicht van de leeftijd waarop moeders stopten met exclusief borstvoeding en met borstvoeding in combinatie met andere voeding (aantal en percentages, vragenlijst 12 maanden)

Stopleeftijd	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)			
	Exclusief borstvoeding		Borstvoeding al dan niet in combinatie met andere voeding	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Niet gestart	387	31,6	285	23,2
<2 weken	15	1,2	11	0,9
2 weken tot <1 maand	40	3,3	18	1,5
1 tot <1,5 maand	53	4,3	57	4,6
1,5 tot <2 maand	7	0,6	10	0,8
2 tot <2,5 maand	102	8,3	71	5,8
2,5 tot <3 maand	8	0,7	7	0,6
3 tot <3,5 maand	182	14,8	124	10,1
3,5 tot <4 maand	9	0,7	11	0,9
4 tot <4,5 maand	192	15,7	121	9,9
4,5 tot <5 maand	7	0,6	8	0,7
5 tot <5,5 maand	78	6,4	84	6,9
5,5 tot <6 maand	2	0,2	6	0,5
6 tot <7 maand	111	9,1	132	10,3
7 tot <8 maand	13	1,1	61	5,5
8 tot <9 maand	6	0,5	41	3,3
9 tot <10 maand	5	0,4	25	2,0
10 tot <11 maand	4	0,3	28	2,3
11 tot <12 maand	2	0,2	10	0,8
Nog niet gestopt op 12m	3	0,1	116	9,5
Totaal	1226	100	1226	100

Guérin, C., Roelants, M., & Devogelaer, N. (2012). Rapport 28 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin: Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!. Leuven; Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. p. 41.

Opvallend genoeg komen 2-2,5 maand overeen met de verplichte negen weken bevallingsrust. Volgens Walker (2011) en Mandal, Roe & Fein (2010) heeft terug gaan werken binnen de eerste twaalf weken de grootste impact op de duur. Deze verplichte weken lijken in dit opzicht dus niet van ideale duur. Voor zelfstandigen is er een groter probleem aangezien bij een korter moederschapverlof (vier - zes weken) een haperende melkproductie dan het meest voorkomende probleem is (Walker, 2011).

Een vermoedelijke reden waarom moeders rond de leeftijd van 3-3,5 maanden stoppen met borstvoeding geven kan zijn dat de meeste werkneemsters bij hun negen weken bevallingsrust het facultatieve zwangerschapsverlof nog toevoegen. Het resultaat hiervan is dat na de geboorte de moeder soms nog vijf weken extra kan opnemen. Dit resulteert in veertien weken, wat overeenkomt met ca. 3,5 maanden.

Voor de periodes die de 4 maanden overschrijden zijn er meerdere mogelijkheden. Het ouderschapsverlof, lactatieverlof, bijkomende verlenging of tijdskrediet vormen een gelegenheid tot een verlengde thuissituatie.

Een andere mogelijkheid is dat de moeders die het werk hebben hervat, de borstvoeding opgeven. Stoppen met borstvoeding gebeurt vaak in de maand dat de vrouw terug gaat werken (Riordan & Wambach, 2010). Volgens Adams & Dedry (2006b) stoppen 97,46% van de kortvoedsters met borstvoeding bij werkhervatting, tegenover 27,98% bij de langvoedsters. Volgens het RIZIV nam in 2012 elke vrouw die gebruik maakte van de borstvoedingspauzes gemiddeld 31,31 uren pauze (F. Seynaeve, persoonlijke communicatie, 11 juli, 2013). Voorzichtig kan men stellen dat er dus gemiddeld 46,97 dagen lang pauzes worden genomen. Dit zou betekenen dat als lacterende moeders het werk hervatten, zij de borstvoeding ca. 1,5 maand later afronden of de pauzes niet meer nodig hebben (vanaf zes maanden kan kolven stop gezet worden door het introduceren van vaste voeding).

Het onderzoek van Adams & Dedry (2006b) stelde ook vast dat de meerderheid van de langvoedsters langer thuis blijven tegenover de kortvoedsters, en combineert 72% van hen werk met borstvoeding (ten opzichte van 3% kortvoedsters). Skafida (2012) en Fein, Mandal en Roe (2008) delen deze bevindingen: hoe langer de moeder thuis blijft, hoe ouder het kind, en hoe positiever de invloed op de borstvoedingduur.

Interessant hierbij is het besluit van een onderzoek in Noorwegen. Kristiansen, Lande, Øverby & Andersen (2010) stellen vast dat hoewel Noorwegen een uitgebreide en positieve borstvoedingstraditie en zwangerschapsverlof biedt, er toch factoren zijn die sterk worden geassocieerd met de duur van (exclusieve) borstvoeding. Volgens de auteurs ondersteunt het systeem de mogelijkheid om borstvoeding te geven maar zijn het opleidingsniveau van de moeder, de maternale leeftijd en het rookgedrag de factoren die de duur toch in het gedrang kunnen brengen (Kristiansen et al., 2010). Deze mening wordt mede beaamd door Skafida (2012) die hier tevens aan toevoegt dat hoewel verwacht wordt dat moeders die niet werken het langst borstvoeding geven, deze hypothese sterk zal worden verstoord door de voordien vernoemde factoren.

Dit wijst er op dat niet alleen een goed systeem met een langere verlofperiode de eenvoudigste oplossing is tot een langere borstvoedingsduur, maar dat ook andere factoren belangrijke aandachtspunten blijven bij de begeleiding.

## 6.5.2 In stand houden van de borstvoeding

Een lacterende moeder die het werk hervat heeft naast de ondersteuning zelf ook praktische keuzes te overwegen en in acht te nemen.

### 6.5.2.1. *Borstvoeding aan de borst of met de kolf*

Naast de mogelijkheden die er bestaan om verlengd thuis te blijven, zal de terugkeer naar het werk meestal niet eeuwig uitgesteld blijven. Er bestaan vier mogelijkheden om de borstvoeding verder te zetten: rechtstreeks borstvoeding, kolven voor later gebruik, combinatie van borstvoeding en afkolven, en noch afkolven noch voeden tijdens de werkuren (Fein et al., 2008).

Volgens Walker (2011) is het aan de borst voeden op het werk de meest efficiënte strategie om werk en borstvoeding te combineren. De reden hiervoor is dat het kind zelf, t.o.v. een kolftoestel, het best de borst stimuleert en het hormonaal systeem beïnvloedt. Dit is echter enkel mogelijk indien er on-site opvang aanwezig is, het kind op het werk kan verblijven, teleworking, werk verlaten om naar kind toe te gaan of het kind naar het werk laten brengen opties zijn (Riordan & Wambach, 2010).

De eerste, en meest voor de hand liggende optie, is dan afkolven op het werk. Maar ook hier zal adequate begeleiding nodig zijn. De frequentie zal bijvoorbeeld sterk afhangen van de leeftijd van het kind. Problemen die hierbij optreden zijn verminderde toeschietreflex en minder melkvolume door de tijdsdruk bij het kolven. Mogelijkheden om dit te voorkomen zijn relaxatietechnieken of nog, de voedingscyclus van het kind om te keren zodat het kind meer slaapt wanneer de moeder werkt en bijgevolg de borstvoedingen belangrijker zijn als de moeder thuis is. Daarnaast is het ook belangrijk het kolftoestel correct te gebruiken, te reinigen en de gekolfde melk veilig op te slaan (Lauwers & Swisher, 2010; Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan & Wambach, 2010; Walker, 2011).

Wel duiden Fein et al. (2008) er op dat enkel kolven niet ideaal is. De duur van borstvoeding is volgens hen het langst bij een combinatie waarbij rechtstreeks aan de borst drinken blijft gebeuren.

Moeders geven aan nood te hebben aan een kolftoestel dat niet tijdrovend is, genoeg melk oplevert en geen pijn veroorzaakt. Er zijn tegenwoordig verschillende apparaten beschikbaar op de markt, waardoor de persoonlijke behoeften meestal worden beantwoord. Onderzoeken stellen vast dat een dubbele elektrische borstkolf voor gebruik op lange termijn, het meest efficiënt zijn. Het dubbelzijdig kolven bespaart tijd en levert meer melk op dan éénzijdig kolven, wat tegemoet komt aan de beschreven noden (Rasmussen & Geraghty, 2011; Riordan & Wambach, 2010).

### 6.5.2.2. *Aanpassing van het werkregime*

Daarnaast kan ook de werklust zelf worden aangepast. Een voorwaarde hiertoe is dat het financieel haalbaar is voor het gezin. Uit onderzoek in de Verenigde Staten is namelijk gebleken dat er een negatief verband bestaat tussen voltijds werken en borstvoeding. Moeders die verwachten terug voltijds te starten met werken na hun bevallingsrust zijn minder geneigd om met borstvoeding te starten (Mandal et al., 2010).

Wanneer zij toch starten en na twaalf weken het werk hervatten voor meer dan 34 uren per week, dan blijkt de borstvoedingsduur korter dan bij moeders die niet werken. Bij deeltijdse tewerkstelling werden er geen of minder significante verschillen waargenomen waardoor de auteurs suggereren dat deze werklast minder impact heeft (Mandal et al., 2010). Walker (2011) is het hiermee eens en preciseert dat de borstvoeding langer voortgezet wordt bij een werklast van minder dan 20 werkuren per week. Ook Riordan & Wambach (2010) en Skafida (2012) delen de mening dat de borstvoeding bij deeltijdse tewerkstelling langer wordt volgehouden. Bovendien stelden Ogbuanu, Glover, Probst, Hussey & Liu (2011) vast dat een gebrek aan part-time voorzieningen en een gebrek aan jobcontrole, zowel bij opstart als verder zetten van de borstvoeding, negatief geassocieerd wordt met het geven van borstvoeding.

Riordan & Wambach (2010) voegen hier zelfs aan toe dat de soort job mede bepalend is. De borstvoedingsduur zou langer zijn bij administratieve of leidinggevende jobs tegenover bedienden of werknemers in dienstverband.

Ondanks zelfstandigen in het nadeel leken te zijn omdat zij van een kortere bevallingsrust konden genieten, blijkt uit onderzoek dat deze groep werkende moeders makkelijker tot zes weken of meer borstvoeding geven (Skafida, 2012). De auteur verklaart dit doordat deze moeders vaker de mogelijkheid hebben om van thuis uit te werken en bovendien meer vrijheid hebben wat hun tijdsindeling betreft. De meer flexibele werkuren zijn een positieve factor in het kader van kolven. Als het kind daarnaast in de nabije omgeving wordt opgevangen, dan is de combinatie werken-borstvoeding geven optimaal (Skafida, 2012).

### 6.5.3 Interventies op de werkvloer

Weber et al. (2011) zijn van mening dat het belangrijk is om werkplaatsen aan te pakken omdat ze de ideale setting zijn waar borstvoeding kan worden gepromoot en ondersteund om de duur van de borstvoeding te beïnvloeden. Onderzoek heeft namelijk uitgewezen dat moeders die toegang hebben tot hun kind gedurende hun werkdag (via on-site kinderopvang), of wanneer ze kunnen afkolven op het werk, een langere borstvoedingsduur halen dan andere moeders (Riordan & Wambach, 2010; Weber et al., 2011).

Interventies op de werkvloer dragen bij tot aanvaarding van borstvoeding. Werkgevers die borstvoedingsondersteuning bieden op het werk geven toe voordelen te halen uit hun kosten, dit door bijvoorbeeld een verminderde afwezigheidsgraad en minder personeelsverloop (Bonet et al., 2012). Bovendien is een borstvoedingsvriendelijke werkgever een barrière minder voor de moeder voor het continueren van haar borstvoeding (Lawrence & Lawrence, 2011).

Volgens Riordan & Wambach (2010) heeft onderzoek uitgewezen dat grote bedrijven die werken aan een ondersteunende borstvoedingsomgeving, borstvoeding positief evalueren en nog meer steun zullen bieden.

### 6.5.3.1. *De werkgevers en collega's*

Na flexibele werkuren en pauzes, is de steun van collega's en management de meest belangrijke factor die vrouwen aangeven om borstvoeding op het werk te kunnen volhouden. De hierop volgende factor is een beschikbare aparte ruimte. Deze vrouwen geven ook aan dat ze de meeste steun ontvangen van familie en partner, terwijl een groot aandeel vrouwen aanbrengt dat human resources (personeelsbeleid) en organisaties zo goed als geen steun bieden (Weber et al., 2011).

De werkplaats en werkgevers hebben een cruciale rol in het leveren van een ondersteunende omgeving met aangepaste voorzieningen, ondersteuning van op management niveau en een relevant beleid om vrouwen te laten ervaren voldoende steun te krijgen en aangemoedigd te worden om door te zetten met de borstvoeding (Weber et al., 2011).

Volgens Walker (2011) zien collega-werknemers het nut niet in van borstvoeding op de werkvloer. Bovendien zouden zij de kosten die de werkgever maakt voor accommodatie, als oneerlijk ervaren. Er moet op dit vlak op lange termijn worden gekeken: een moeder die minder afwezig zal zijn zal minder kostelijk zijn.

Een belangrijk punt dat zowel door Ogbuanu et al. (2011) als door Walker (2011) wordt aangehaald is dat werkgevers nog onvoldoende de voordelen van borstvoeding voor hun bedrijf inzien. Ook hun kennis over de korte- en lange termijn voordelen van borstvoeding zijn onvoldoende gekend. Dit belemmert hen in het ondersteunen van hun werknemers en het investeren in adequate voorzieningen.

### 6.5.3.2. *Motivatie tot ondersteuning*

Een eerste voordeel is dat door de verminderde kans op kinderziekte dankzij borstvoeding, de moeder zich om deze reden minder afwezig zal melden (Weber et al., 2011). In bedrijven van de Verenigde Staten werd gerapporteerd dat er dubbel zoveel afwezigheden geregistreerd waren bij moeders die kunstvoeding geven t.o.v. borstvoeding (Lawrence & Lawrence, 2011).

Bovendien verkeren moeders die gesteund worden in een betere gemoedstoestand, en hebben ze een betere concentratie waardoor hun jobproductiviteit verhoogd (Weber et al., 2011).

Ook zal een werknemer, die weet dat ze bij werkhervatting wordt bijgestaan, sneller haar werk willen hervatten met als gevolg dat de kans kleiner is dat zij haar vaardigheden zal verliezen (Weber et al., 2011).

Een bijkomend voordeel is het positief bedrijfsimago dat kan worden bereikt. Een borstvoedingsvriendelijke uitstraling kan de beslissing van toekomstige werknemers beïnvloeden. In sommige gevallen kan dit zelfs doorslaggevend zijn wanneer zij tussen verschillende werkgevers zouden moeten kiezen (Riordan & Wambach, 2010; Walker, 2011; Weber et al., 2011).

### 6.5.3.3. *Noden van de kolvende vrouw*

Mannel, Martens & Walker (2008) en Riordan & Wambach (2010) beschrijven vier componenten die een succesvol borstvoeding ondersteunend programma op het werk in de hand werken.

Het eerste is de plaats waar kan gekolfd worden. Een gezellige, comfortabele, geventileerde, verwarmde, afsluitbare ruimte waar de moeder zich kan terugtrekken bevordert de toeschietreflex en zorgt voor een meer productieve kolfbeurt. Andere minimale benodigdheden hierbij zijn, een stopcontact voor elektrische kolven, lopend water en een comfortabele stoel. Daarbij halen de auteurs elementen aan die aangenaam kunnen zijn: gedempt licht, een tafel om het kolftoestel op te stellen, een voetsteun, een aparte en adequate opslagruimte voor de gekolfde melk, een telefoon, literatuur m.b.t. ouderschap, of kunstwerken over borstvoeding (Mannel et al., 2008).

Het volgende element is de tijd die vrij wordt gemaakt om te kolven (Mannel et al., 2008). In België is deze tijd wettelijk vastgelegd op één of twee halfuren afhankelijk van de lengte van de werkdag (zie hoofdstuk 6.2.2.1). Echter dient deze beperkte tijd te worden verdeeld om te kolven, de gekolfde melk op te slaan, het kolfapparaat te reinigen of zich van en naar het kind te begeven. De opgebruikte tijd kan worden beïnvloed door de afkolfmethode. De tijd en frequentie die een moeder nodig heeft is, zoals eerder aangehaald, afhankelijk van de leeftijd van haar kind. Deze varieert van drie keer twintig minuten voor een kind jonger dan vier maanden op een werkdag tot één of twee kolfsessies per dag wanneer het kind ouder is dan zes maanden door het introduceren van vaste voeding (Mannel et al., 2008; Riordan & Wambach, 2010).

Deze twee eerste componenten kan men linken aan de Belgische wetgeving, in die zin dat de CAO nr. 80 tijd en ruimte voorziet.

Daarnaast is een omgeving die borstvoeding ondersteunt en het de moeder mogelijk maakt dit te verwezenlijken bij werkhervatting, nodig. Het (schriftelijk) beleid dat op de werkplaats wordt toegepast om de moeder hiertoe de kans te geven, flexibele werkuren en aanvaardbare pauzes om te kolven zijn ook van belang. Andere vormen van steun houden in: de partner, betekenisvolle kennissen, vrienden, collega's, hulpverleners en werkgevers. Niet onbelangrijk is het contact met een lactatiekundige, zodat de moeder met haar zorgen en vragen bij een professional terecht kan, voornamelijk met betrekking tot het onderhouden van voldoende melkproductie. Werkneemsters hebben een hoge appreciatie voor de werkgever die hen ondersteunt. Hierdoor neemt het vertrouwen toe, en zal de moeder haar borstvoedingsdoel makkelijker kunnen bereiken (Mannel et al., 2008; Riordan & Wambach, 2010).

Mannel et al. (2008) bespreken als laatste component de educatie op verschillende niveaus. Dit gaat zowel over de informatie die de werkgever zijn werknemers aanreikt, als het consulteren van een lactatiekundige. Tevens betreft dit de informatie die de andere werknemers ontvangen, via verschillende media, betreffende borstvoeding (Mannel et al., 2008).

#### 6.5.4 De Kinderopvang

Als een moeder op haar werk is, dan is zij vaak tijdelijk van haar kind gescheiden. Mogelijk zal het kind opgevangen worden in een kinderdagverblijf of bij opvangouders. Het probleem hierbij is dat niet alle crèches een open houding hebben naar borstvoeding of moedermelk toe. Deze eisen belangrijke en duidelijke afspraken tussen opvang en ouder, maar claimen ook meer organisatie. De crèche 'moet' aan de regels van hygiëne voldoen betreffende het bewaren, eventueel ontdooien en verwarmen van afgekolfde moedermelk (Cameron, Javanparast, Labbok, Scheckter & McIntyre, 2012; Kind en Gezin, 2013a).

Omdat er geen wetgeving bestaat, kan Kind en Gezin enkel de opvangouders aanraden om ouders die borstvoeding willen geven te ondersteunen. Anderzijds is het wenselijk dat de toekomstige moeder er zich van bewust is dat het ook haar verantwoordelijkheid is om bij een inschrijving de mening over borstvoeding na te vragen hieromtrent en afspraken te maken (Kind en Gezin, 2013a).

Behalve Kind & Gezin heeft ook vzw 'De Bakermat' brochures, een beleid en checklist samengesteld om opvanggelegenheden (en de betrokken ouders) te ondersteunen in het kader van het project borstvoedingsvriendelijke kinderopvang (De Bakermat vzw, 2013b).

Naast het aanvaarden van gekolfde melk, bespreken Batan, Li & Scanlon (2012) dat het bieden van een ruimte in de kinderopvang om borstvoeding te kunnen geven, voor of na het werk, ook een goede ondersteuning is. Ook Kind en Gezin raadt dit aan (Kind en Gezin, 2013a).

De plaatsen voor kinderopvang zijn tegenwoordig schaars, werken met wachtlijsten of ouders moeten maanden op voorhand inschrijven. Uit onderzoek is gebleken dat 10% van ouders die opvang zoeken er geen vinden in een zoekperiode van zeven maanden, waarop een 'nieuw decreet Kinderopvang van Baby's en Peuters' hopelijk een antwoord zal zijn (Kind en Gezin, 2013d; Market Analysis and Synthesis, 2007). De vraag blijft natuurlijk of het groter aanbod aan opvangmogelijkheden ook meer kansen zal bieden voor borstvoeding en/of afgekolfde melk.



## 6.6 Health Care Systems: mogelijkheden van de gezondheidszorg

Bij de werkende moeder is opvolging belangrijk om haar bij mogelijke problemen of moeilijkheden verder te begeleiden. In een periode van twijfel is het belangrijk dat de moeder een correct antwoord krijgt op haar vragen. De professionele hulpverlener is op dat moment van cruciaal belang om de nodige, juiste informatie te kunnen verstrekken. Deze informatie kan zeer uiteenlopend zijn van aantal voedingen per dag, mogelijkheden op de werkvloer tot het bewaren van moedermelk (Lawrence & Lawrence, 2011). De problemen die hieromtrent worden ervaren worden verder in dit hoofdstuk besproken.

### 6.6.1 Belang van ondersteuning

Voor de duur van de borstvoedingsperiode is een positieve borstvoedingservaring een belangrijke factor. Een moeder die de lactatie ervaart als een unieke belevenis zal deze niet zomaar opgeven. Bovendien is het belangrijk voor het voorspellen van haar gedrag. Hieronder verstaat men wat haar intenties zullen zijn naar haar volgende zwangerschap toe, maar ook of zij borstvoeding in haar omgeving zal aanbevelen. Een positieve ervaring met borstvoeding is dus een onafhankelijke voorspellende factor bij een volgende zwangerschap, dit zowel in het vroege als latere postpartum (Bäckström, Hertfelt Wahn & Ektröm, 2010; Labarère et al., 2011; Riordan & Wambach, 2010).

Volgens Adams & Dedry (2006b) is de duur van de eerste borstvoeding zelfs één van de sterkst voorspellende factoren om borstvoeding tot minimaal zes maanden te halen bij de volgende borstvoeding. Volgens het Vlaams onderzoek is de meerderheid van de groep langvoedsters (langer dan zes maanden borstvoeding) diegenen die al een eerdere borstvoedingservaring hadden. Multiparae hebben namelijk meer kennis en ervaring in mogelijke ongemakken en de werking van borstvoeding, waardoor hun verwachtingen realistischer zijn (Adams & Dedry, 2006b).

Naast tevredenheid, advies en ondersteuning zijn ook zelfvertrouwen en faalangst belangrijk. Uit een onderzoek bij lacterende moeders is gebleken dat zelfvertrouwen een onontbeerlijke factor is om de borstvoeding verder te kunnen zetten (Bäckström, Hertfelt Wahn & Ektröm, 2010; Labarère et al., 2011; Riordan & Wambach, 2010). Adams & Dedry (2006b) stelden vast dat de attitude van de moeder ten opzichte van borstvoeding een belangrijke factor is, die aan de hand van informatie kan worden gewijzigd.

Om die redenen is het van belang dat de zorgverleners de koppels die zij begeleiden kennen. Door de cirkels van ondersteuning toe te passen kan men de ervaring positief beïnvloeden en bijgevolg ook inspelen op de duur ervan.

## 6.6.2 Welke professionele hulpverlening aanbieden?

De vragen die men binnen dit deel tracht te beantwoorden zijn, welk de meest effectieve manier is om hulp te bieden en op welk tijdstip. De hulpverlening is een complex fenomeen waar meestal multidisciplinair aan wordt beantwoord.

Consultatiemethodes die gekend zijn om hulp te bieden zijn persoonlijke gesprekken, groepsgesprekken en hulpverlening via telefoon en internet. Bij persoonlijke gesprekken blijkt er uit onderzoek een significant voordeel te zijn voor de voortzetting van borstvoeding, wat niet kon worden aangetoond bij telefonische hulpverlening. Ook wanneer beiden gecombineerd werden, kon er geen significant verschil worden aangetoond op de borstvoedingduur. Toch is een toepassing van elke vorm belangrijk omdat elke moeder andere behoeftes heeft (Britton, McCormick, Renfrew, Wade & King, 2009; Renfrew, McCormick, Wade, Quinn, & Dowswell, 2012; Riordan & Wambach, 2010).

Om borstvoeding adequaat te kunnen begeleiden is het meestal noodzakelijk een persoonlijk gesprek te regelen. Wanneer de hulpverlener zich zorgen maakt, geen inzicht kan krijgen in de situatie, of wanneer de moeder zich niet kan uitdrukken of verlegen is via een telefonisch of elektronisch gesprek, dient een afspraak voorgesteld te worden. Hierbij is het belangrijk dat de moeder het belang van deze afspraak inziet. Inzake het gebruik van een kolfapparaat is dit zeker van toepassing (Lauwers & Swisher, 2011).

Over de wijze waarop contactmomenten worden geregeld spreekt men in de literatuur over reactief en proactief. Onder reactief contact verstaat men dat de moeder contact opneemt met de hulpverlener wanneer zij een probleem tegenkomt, terwijl bij proactief contact er afspraken op voorhand zijn vastgelegd (Renfrew et al., 2012). Uit onderzoek is gebleken dat, bij jonge moeders die afspraken gepland hadden, de kans op borstvoeding groter bleef (Jolly et al., 2012).

Wat het tijdstip betreft waarop er best wordt ingegrepen, werd het verschil onderzocht tussen prenatale en postnatale begeleiding (Renfrew et al., 2012). Lawrence & Swisher (2011) beschrijven dat jonge moeders die voldoende informatie krijgen, langer borstvoeding zullen geven omdat zij minder onverwachte problemen tegenkomen of dit beter aanpakken. Hierbij is het belang van prenatale informatie onmisbaar. Het is aangetoond dat er een significant verschil bestaat tussen enkel postnatale begeleiding en de combinatie van pre- en postnatale hulpverlening. De combinatie heeft een positieve invloed op de duur van de borstvoedingsperiode (Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan & Wambach, 2010).

Er kan nog niet bevestigd worden dat de borstvoedingsduur beïnvloed wordt in geval van regelmatig antenataal contact. Wel hebben veelvuldige korte contactmomenten meer nut dan één alomvattend contactmoment. Zeker is dat hulpverlening voor borstvoeding zoveel mogelijk moet worden aangeboden door iedereen die in contact komt met de jonge ouders en die er voldoende kennis over beschikt. Als deze verschillende personen hun rol opnemen kan continuïteit geboden worden (Britton et al., 2009; Riordan & Wambach, 2010).

Het is namelijk aangetoond dat continuïteit in begeleiding en steun de borstvoedingsduur verlengen (WHO, 2009). De WHO (2009) stelt voor om een gezond voldragen kind op volgende tijdstippen na ontslag in het ziekenhuis op te volgen met betrekking tot zijn voeding en groei: dag 7, 4weken, 6weken, 3-4maand, 5-6maand, 8-9maand en vervolgens om de 2-3maand tot het kind de leeftijd van 2jaar heeft bereikt. Kind en Gezin stelt huisbezoeken en consultaties voor die overeenkomen met deze tijdstippen, waardoor hun gratis hulpaanbod continuïteit biedt (Kind en Gezin, 2013c).

Met moeders die geen herhaaldelijk persoonlijk contact wensen wordt best via e-mail of telefonisch contact gehouden. Indien de moeders enkel openstaan voor actief contact, dan is het vooral belangrijk dat zij weten dat er steeds hulpverleners klaarstaan om hen verder te helpen en hoe zij deze kunnen bereiken (Lauwers & Swisher, 2011).

Lauwers & Swisher (2011) spreken over anticiperende begeleiding. Het maakt deel uit van preventieve zorg en zorgt voor routine. Volgens de anticiperende aanpak zou de visie over borstvoeding al in het middelbaar onderwijs moeten worden gecorrigeerd. Dit omdat de keuze tot borstvoeding al lang voor, of tijdens de zwangerschap wordt gemaakt. Tijdens een zwangerschap is het wenselijk zo vroeg mogelijk volledige en correcte informatie te geven over de borstvoeding. In deze periode is een vrouw ook ontvankelijker voor de informatie. Hoe meer de moeder overtuigd zal zijn om borstvoeding te geven (haar innerlijke motivatie), hoe positiever de impact op haar borstvoedingsduur. De correcte en volledige informatie zal er ook voor zorgen dat de jonge moeder de mogelijke problemen beter kan beleven. Bovendien zal een jonge moeder makkelijker postpartum borstvoedingadvies aanvaarden vanwege een hulpverlener die zij vertrouwd, en kent vanuit de prenatale periode (Lauwers & Swisher, 2011; Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan & Wambach, 2010).

Als besluit kan men zeggen dat de hulpverlening het best via persoonlijke gesprekken gebeurt en op regelmatige basis indien de vrouw hiervoor open staat. Idealiter wordt de informatie betreffende borstvoeding reeds gegeven voor of tijdens de zwangerschap. Postnatale opvolging mag niet onderschat worden, en het tijdschema dat het WHO voorstelt zou moeten worden nagestreefd.

### 6.6.3 Nodige informatie

Lang borstvoeding geven wordt in de hedendaagse maatschappij nog te weinig aanvaard. Voor moeders die overtuigd zijn om lang te voeden, is het belangrijk hen de nodige steun te bieden. De twee belangrijkste motivatoren zijn de voordelen van borstvoeding nogmaals benadrukken en het aanhalen van de natuurlijke speenleeftijd (Labarère et al., 2011). Deze laatste ligt volgens Lawrence & Lawrence (2011) tussen 2-3 en 6-7 jaar, waarbij spenen de leeftijd is waarop er wordt overgegaan tot een andere voedingsmethode in combinatie met borstvoeding. Gemiddeld geven kinderen op drie- vierjarige leeftijd zelf aan de borstvoeding te willen beëindigen wanneer de borstvoedingsrelatie op zijn beloop wordt gelaten (de Kok, s.d.). In de huidige maatschappij is het echter meestal de moeder of de omgeving die de speenleeftijd bepaalt door maatschappelijke en sociale druk (Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan & Wambach, 2010).

Bij de terugkeer naar het werk vermelden Lawrence & Lawrence (2011) volgende aandachtspunten voor de hulpverlener om deze belangrijke stap een zo groot mogelijke kans te bieden:

- Op voorhand met de moeder overlopen wat haar intenties zijn
- Een kinderopvang aanbevelen die borstvoedingsvriendelijk en makkelijk bereikbaar is
- Voorstellen dat de moeder de borstvoeding bespreekt met de werkgever
- Ervoor zorgen dat de moeder weet waar en hoe ze een lactatiekundige kan aanspreken
- Aanbevelingen aankaarten voor het kolven en bewaren van moedermelk
- De nodige informatie meegeven voor in het geval er zich medische problemen voordoen, de borstvoeding kan worden voortgezet mits een aangepaste oplossing

Wat kolven betreft is het belangrijk uit te leggen hoe ze de toeschietreflex kunnen stimuleren (foto van haar kind, warmte, massage, etc.), vooral bij moeders die rond vier- zes weken reeds het werk hervatten. Ook het belang benadrukken van lang genoeg te kolven om de productie op peil te houden, stuwing en mastitis te voorkomen (Riordan & Wambach, 2010).

De hulpverlener die een lacterende moeder wenst te helpen kan voorstellen om samen een brief te schrijven naar de werkgever om het belang om de moeder te steunen uit te leggen. Persoonlijk contact opnemen met de werkgever is een andere mogelijkheid om samen met hem een gepersonaliseerd programma op te stellen (Walker, 2011).

Bovendien is het ook belangrijk de borstinvolutie uit te leggen. De hoeveelheid borstweefsel die tijdens de zwangerschap was toegenomen blijft onveranderd gedurende de eerste 6 maanden postpartum. Tussen 6 en 9 maanden zal het borstvolume verminderen om op 15 maanden de grootte van voor de zwangerschap terug te vinden (Walker, 2011).

#### 6.6.4 Persoonsgerichte hulp

Bij de hulpverlening is het van belang om het zelfvertrouwen mee te ondersteunen door zoveel mogelijk rekening te houden met de gevoelens van de vrouw. De aangeboden steun mag niet opgedrongen worden zodat de moeder kan ervaren dat zij alle controle heeft en dat de begeleiding een bijkomend voordeel is waarvan zij kan genieten. Belangrijke kenmerken hierbij zijn empathie en positieve feedback (Laanterä, Pölkki & Pietilä, 2011).

Bäckström et al. (2010) ondervonden dat moeders van de vroedvrouw verwachten dat ze hen behandelen als een uniek individu en hun borstvoedingservaring als normaal bevestigen. Ook Schmied et al. (2011) delen deze mening. Het zijn voorwaarden om de verkregen steun als positief te ervaren. Borstvoedende moeders kunnen onzekerheden en onbekwaamheid ervaren, daarom is het net zo belangrijk dat zij hulp op maat krijgen. Het zorgt er niet alleen voor dat het zelfvertrouwen toeneemt, maar ook dat de moeders openstaan voor hulp bij een groeiende vertrouwensrelatie met de vroedvrouw die hen begeleidt (Bäckström et al., 2010).

In hetzelfde onderzoek wordt aangegeven dat moeders nood hebben aan bevestiging, praktische en fysieke hulp. Daarbij is een luisterend gesprek onmisbaar om een vertrouwensrelatie op te bouwen (Bäckström et al., 2010). Dit is namelijk de beste manier om te achterhalen wat de noden van de moeder zijn waardoor de hulp opnieuw specifiek kan worden aangepast.

Hierbij komt ook de continuïteit van zorg ter sprake. Moeders geven in onderzoek aan dat zonder continuïteit, de vertrouwensrelatie moeilijk en trager tot stand komt. Het zou zelfs invloed hebben op hun zelfzekerheid doordat verschillende hulpverleners verschillende informatie kunnen verstrekken, wat twijfel teweegbrengt. De vroedvrouwen uit het onderzoek leggen de nadruk op de overeenstemmende informatie die moet worden verstrekt. Ze zijn van mening dat continuïteit kan worden verwezenlijkt indien de tien vuistregels van de WHO worden nageleefd en het team een specifieke opleiding heeft gevolgd (Bäckström et al., 2010).

Bovendien dient een 'hands-off' benadering te worden toegepast. Moeders geven aan het als negatief te ervaren wanneer de vroedvrouw een actie uitvoert in plaats van het de vrouw te laten uitproberen onder begeleiding. De vroedvrouw mag niet uit het oog verliezen dat zij de rol heeft van een coach. Het is opnieuw belangrijk om de moeder de bevestiging te geven dat zij alles in handen heeft. De moeder kan dit zelf en dient actief te worden betrokken. Onderzoeken wijzen aan dat deze benadering de voortzetting van borstvoeding bevordert alsook de persoonlijke groei van de moeder als lacterende vrouw in de hand werkt (Bäckström et al., 2010; Lauwers & Swisher, 2011; Mannel et al., 2008).

#### 6.6.5 Het opstellen van een plan

In voorbereiding op haar werkhervatting wordt een moeder best begeleid betreffende: mogelijke vermoeidheid, zorgen, conflicten, concurrerende eisen, huishoudelijke taken en kinderopvang. Daarom is het belangrijk om samen met de moeder haar mogelijkheden te bespreken betreffende haar werkhervatting (mogelijkheid om langer thuis te blijven, overgaan naar deeltijds werken, duobaan, flexibelere werkuren, telecommunicatie en andere) en kolven (Walker, 2011).

Het samen opstellen van een plan is een belangrijk instrument als steun bij werkhervatting (Riordan & Wambach 2010). Lawrence & Lawrence (2011) en Walker (2011) zijn het hiermee eens. De auteurs zijn van mening dat hierdoor de stress en de vermoeidheid kunnen worden beperkt. Dit is van belang aangezien dit veel voorkomende redenen zijn van spenen bij werkhervatting. Het geeft de lacterende moeder de kans te focussen op wat van belang is: kind, werk en eigen welzijn.

Het plan geeft weer wanneer de moeder de minder essentiële zaken kan doen zoals koken, de huishoudelijke taken en sociale activiteiten. Wanneer dit plan individueel en haalbaar is opgesteld en in de alledaagse routine is opgenomen, wordt tevredenheid bereikt voor moeder, kind en directe omgeving waardoor het voortzetten van de borstvoeding wordt gesteund (Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan & Wambach, 2010).

### 6.6.6 Problemen

Volgens onderzoek bestaan er, vanuit het standpunt van hulpverleners, verschillende barrières bij het begeleiden van moeders die borstvoeding geven. Deze leveren verschillende categorieën op die hieronder worden besproken (Laanterä et al., 2011).

De eerste categorie betreft de kennis. Volgens de bevindingen zijn professionals (zowel arts, verpleegkundige als vroedvrouw) niet genoeg op de hoogte van de laatste aanbevelingen en problemen die zich tijdens het lacteren kunnen voordoen. Deze conclusie wordt mede beaamd door Adams & Dedry (2006a). Ook zou de definitie van exclusieve borstvoeding onvoldoende gekend zijn, evenals de gevolgen van een kunstmatig voedingssupplement. Zelfs kennis over contraceptie, borstvoeding tijdens een zwangerschap, het belang van rooming-in en de techniek van afkolven worden als ontoereikend aangegeven. Hierdoor ontstaat er onzekerheid bij het bieden van hulp (Laanterä et al., 2011).

Hieromtrent werd in België onderzoek uitgevoerd om de kennis van hulpverleners betreffende de borstvoeding na te gaan. Voor vroedvrouwen die in de thuiszorg tewerkgesteld waren was het besluit dat bijscholing was aangewezen. Dit is een spijtige bevinding voor een “ (...) beroepsgroep (...) [waarbij] een feilloze en zeer uitgebreide kennis terzake verwacht wordt (Adams & Dedry, 2006a, p 193). Het is echter belangrijk hier bewust van te zijn want door gebrekkige kennis van de hulpverlener kan dit een negatieve factor in de ondersteuning betekenen (Lawrence & Lawrence, 2011).

Een opmerkelijke bevinding is dat hulpverleners die meer werkervaring hebben, lager scoorden in hun kennis. Zij hebben de neiging om hun persoonlijke ervaring te gebruiken in plaats van evidence based handelen (Laanterä et al., 2011). De gevolgen van gebrekkige kennis en gebruik van persoonlijke ervaring is dat hulpverleners niet dezelfde informatie verstrekken bij het bieden van ondersteuning en begeleiding. Dit is een belangrijk werkpunt omdat moeders het belangrijk vinden om overeenstemmende informatie te bekomen van de verschillende hulpverleners. Niet overeenstemmende informatie werkt immers onzekerheid in de hand (Bäckström et al., 2010).

De tweede categorie die Laanterä et al. (2011) bespreken is het tekort aan menselijke en materiële middelen. Hierbij wordt de werklast aangehaald. Door te hoge werkdruk heeft de hulpverlener minder tijd om een moeder voldoende te begeleiden of wordt haar inzet verstoord door andere verplichtingen. Ook de samenwerking en communicatie tussen verschillende gezondheidswerkers is gering (Laanterä et al., 2011) wat onrechtstreeks opnieuw resulteert in tegenstrijdige informatie. De materiële middelen die volgens Laanterä et al. (2011) beïnvloedend zijn, zijn promotiemateriaal van kunstvoeding en afbeeldingen van knappe, rijke, vrouwen die borstvoeding geven. Hierdoor wordt het oordeel gevormd dat enkel dat type vrouwen een succesvolle borstvoeding kan bereiken.

Bovendien zijn de vaardigheden voor de begeleiding een aandachtspunt voor hulpverleners. Het onderscheid maken tussen steun bieden en advies geven is een subtiel verschil dat om aandacht vraagt. De reden hiervoor is dat zowel de hulpverlener als de moeder het belangrijk vinden niet te ervaren dat borstvoeding wordt opgedrongen om schuldgevoelens te vermijden in geval dat de moeder de borstvoeding stopzet. Hulpverleners zouden bij hun aanmoedigen rekening moeten houden met de wensen en beslissingen van de moeder, alsook voorzichtig zijn met wat ze zeggen en hoe ze opmerkingen geven zodat de moeder geen kritiek en vooroordelen ervaart. Het doel blijft om het zelfvertrouwen van vrouwen te ondersteunen door zoveel mogelijk rekening te houden met hun gevoel (Laanterä et al., 2011).

Tot slot halen McInnes & Chambers (2008) een niet te verwaarlozen punt aan. Namelijk dat streven naar verhoogde aantal borstvoedingen, zonder significante veranderingen in de filosofie van de materniteiten, een nadelig effect kunnen hebben op de borstvoedingervaringen. Als het gedrag van de moeder wordt beïnvloed zal een mogelijk gevolg hiervan zijn dat er ook in hun omgeving minder moeders zullen starten met borstvoeding (McInnes & Chambers, 2008).

## **6.7 Response to crisis or emergency: de reactie op crisis of noodsituatie**

Deze cirkel is volgens WABA (2013) nodig om moeders te ondersteunen die zich in een onverwachte en/of kritieke situatie bevinden waar zij geen vat op hebben. Voorbeelden hiervan zijn: natuurrampen, kritieke gezondheidstoestanden van moeder of kind, vluchtelingenkampen of moeders die in een gebied wonen met een hoge prevalentie aan HIV/ aids.

Als men dit toepast op de situatie in België, en in kader van deze bachelorproef dan worden enkel de kritieke gezondheidstoestanden weerhouden. Meer bepaald wordt hier toegelicht waar de moeder terecht kan wanneer zij zich in een situatie bevindt die beslissend zal zijn voor het voortzetten van de borstvoeding. Een aantal voorbeelden zijn werkhervatting, borstabcessen, mastitis, schisis, kloven, te geringe melkproductie of andere kwalen.

Nadat de moeder haar omgeving heeft geraadpleegd, of ingeschat heeft dat zij nood heeft aan specifieke en professionele hulpverlening, zal zij terechtkomen bij eerste- of tweede lijn hulpverleners. Hierop volgend wordt geschetst welke hulpverleners er beschikbaar zijn voor een lacterende moeder die hulp nodig heeft.

Uit Vlaams onderzoek komt duidelijk naar voor dat de meerderheid van huisartsen en pediaters aangeven dat de begeleiding van borstvoeding behoort tot hun takenpakket. Dit in tegenstelling tot gynaecologen waarvan de helft dit niet vinden maar er toch advies over geven en ook aangeven wat betreft deze materie niet over voldoende kennis te beschikken. Gelukkig verwijzen de meerderheid van de gynaecologen wel door naar andere zorgverleners. Allen geven aan wel nood te hebben aan bijscholing of bijkomende opleiding (Adams & Dedry, 2006a).

### **6.7.1 De huisarts**

De huisarts is vaak de hulpverlener die het dichtst bij een gezin staat en hen goed kent. Naar hem of haar toestappen is vaak de eerste stap van vrouwen die problemen ondervinden bij borstvoeding. Sommige huisartsen zijn bijgeschoold in borstvoeding, anderen zullen doorverwijzen (De Bakermat vzw, 2013c; Adams & Dedry, 2006a).

Er is een tegemoetkoming voorzien bij artsen die een tarievenakkoord met ziekenfondsen hebben aanvaard. In geval van doorverwijzing, kan de vrouw genieten van een hogere terugbetaling vanwege haar mutualiteit (Christelijke Mutualiteit [CM], 2013a).

### **6.7.2 De pediater**

De kinderarts wordt geraadpleegd voor opvolging en in geval van medische problemen met het kind. Zij zullen vaak worden aangesproken betreffende borstvoedingsproblemen, aangezien zij zich inzetten voor de gezondheid van het kind. Toch zou hun kennis over borstvoeding onvoldoende zijn waardoor hun houding ten aanzien van borstvoeding niet bijdraagt tot een langere borstvoedingsduur (Adams & Dedry, 2006a; Ledoux, 2011).



Het is belangrijk dat pediaters open staan om het gesprek over borstvoeding aan te gaan zodat zij als aanspreekpunt kunnen worden geraadpleegd. Vandaar het belang dat kinderartsen beter zouden moeten worden opgeleid inzake borstvoeding (Lawrence & Lawrence, 2011).

### 6.7.3 De gynaecoloog

De gynaecoloog speelt een belangrijke rol aangezien moeders zich vaak tot hen richten voor diagnose en behandeling. Prenataal is het aan te raden dat gynaecologen de toekomstige moeders informeren over de belangen van skin-to-skin, borstvoeding en de mogelijke obstakels hierbij. Helaas blijken veel gynaecologen hun invloed te onderschatten. Moeders die namelijk weten dat hun begeleidende arts borstvoeding promoot, zouden langer borstvoeding geven dan bij artsen die hier geen uitgesproken mening over hebben (Lawrence & Lawrence, 2011; Stuebe, 2009).

Bij het post-partum bezoek zouden de gynaecologen best informatie geven over het verloop en de vooruitzichten betreffende de borstvoeding (Lawrence & Lawrence, 2011; Stuebe, 2009).

### 6.7.4 De vroedvrouw

Aan de hand van de holistische visie willen vroedvrouwen aandacht besteden aan de medische, psychologische, emotionele en sociale aspecten van zwangerschap, geboorte en kraamperiode. Tot de leeftijd van één jaar kan de vroedvrouw door ouders worden aangesproken. Doordat vroedvrouwen opgeleid zijn om ondersteuning te bieden bij voeding en in aanraking komen met het koppel pre- en postnataal betekenen zij een belangrijke basis voor de borstvoeding.

Ziekenfondsen voorzien een tussenkomst voor diensten geleverd door zelfstandige vroedvrouwen (Vlaamse Organisatie van vroedvrouwen [VLOV], 2010; VLOV, 2013a). Indien de vroedvrouw geconventioneerd is worden de zorgen 100% terugbetaald, indien niet wordt aan 75% van de vooropgestelde bedragen tegemoet gekomen. Om van een opvolgingsraadpleging rond borstvoeding te genieten is, volgens de nomenclatuur, een verwikkeling bij de borstvoeding zelfs een voorwaarde (VLOV, 2013b).

### 6.7.5 De lactatiekundige

Via moeder-kind consultaties geven lactatiekundigen hun professioneel advies over, en begeleiding bij borstvoeding. Deze specialisten kunnen zowel pre- als postnataal geraadpleegd worden door ouders, maar ook door zorgverleners. Zij staan open voor samenwerking met andere gezondheidsmedewerkers, en streven naar een individuele begeleiding. De hulpverlening van lactatiekundigen worden nog niet terugbetaald of er is nog geen tussenkomst voorzien bij mutualiteiten en ziekteverzekeringen (Belgische Vereniging van Lactatiekundigen vzw, 2013).

### 6.7.6 De regioverpleegkundige van Kind & Gezin

De organisatie van Kind en Gezin volgt kinderen en hun gezin op tot ze naar de kleuterschool gaan. Door de groei en ontwikkeling van het kind op te volgen bieden de regioverpleegkundigen de ouders een kans vragen te stellen. Ook staan deze verpleegkundigen in voor het verstrekken van een ruim aanbod van informatie zoals het introduceren van vaste voeding, de borstvoeding, en hen door te verwijzen indien nodig. Doordat deze zorgverlening gratis wordt aangeboden, proberen zij elk kind uit onze maatschappij te bereiken (Jacobs, S., persoonlijke communicatie, 2012).

### 6.7.7 De kraamverzorgende

Kraamzorg heeft tot doel, het nieuwe gezin gedurende de kraamperiode te ondersteunen. Dit kan op vlak van huishouden en verzorging. Zij geven praktische tips, maar hebben vooral een observerende taak op medisch vlak. Hierbij worden kraamverzorgenden bijgestaan door een vroedvrouw of huisarts (Kraamkaravaan, 2013).

Het is belangrijk dat zij de doorverwijskanalen kennen aangezien zij geen medische of paramedische kennis hebben, en dit ook niet van hen verwacht wordt. Doch blijkt dat kraamverzorgenden wel over basiskennis zouden willen beschikken (Adams & Dedry, 2006a).

Het kraamzorgtarief wordt berekend op basis van het gezamenlijk netto maandinkomen van het gezin. De terugbetaling is afhankelijk van de ziekenfonds waarbij het gezin is aangesloten (Bond Moyson, 2013; CM, 2013b).

## 7      **Praktijkdeel**

Het RIZIV meldt dat in 2012, in België, slechts 1011 vrouwen de aanvraag indienden tot het gebruik van borstvoedingspauzes (F. Seynaeve, persoonlijke communicatie, 11 juli, 2013). Het aantal vragen is ten opzichte van 2011 gestegen, maar als men dit vergelijkt met de 69446 kinderen die er in 2012 volgens Kind en Gezin in het Vlaams Gewest werden geboren, dan blijft dit weinig. Dit wekt het vermoeden dat de pauzes nog onvoldoende gekend en gebruikt kunnen/willen worden. Terwijl deze wel belangrijk zijn wil men de cijfers van langdurige borstvoeding opdrijven.

Het literatuuronderzoek wijst erop dat zowat elke persoon uit de naaste omgeving van de moeder een invloed heeft op haar borstvoeding. Meer specifiek zijn Weber et al. (2011) van mening dat het belangrijk is om werkplaatsen aan te pakken omdat ze de ideale setting zijn waar borstvoeding kan worden gepromoot en ondersteund om de duur van de borstvoeding te beïnvloeden. Hieruit ontstond het idee dit praktijk deel te richten naar de werkvloer.

Om specifiek de werkgever te bereiken, kan de hulpverlener die een lacterende moeder wenst te helpen, voorstellen om samen een brief te schrijven naar de werkgever om het belang van de moeder te steunen uit te leggen (Walker, 2011). Dit is het vertrekpunt geworden om een brief uit te werken die gericht is naar werkgevers.

De vroedvrouw moet vanuit competentie 10 (Tijdens de normale postnatale periode de noodzakelijke zorgen verlenen op medisch, psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied aan moeder, kind en omgeving) ook aandacht besteden aan de omgeving van moeder en kind. Men kan dus als vroedvrouw een rol spelen door (toekomstige) moeders correct te informeren over haar mogelijkheden en haar rechten.

Het departement gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de Verenigde Staten hebben een 'Business case for breastfeeding' ontwikkeld. Deze pakketten hebben tot doel de werkgever en zijn werknemers duidelijk toe te lichten hoe en waarom ze op hun werkvloer best borstvoedingvriendelijk zijn. Tevens ontwierpen ze een bundel die de moeder zelf ondersteunt (Lawrence & Lawrence, 2011). Gelijkaardige pakketten bestaan er bij ons nog niet en ook dit gaf de aanleiding tot het uitwerken van dit praktijkdeel.

Vanuit mijn praktijkdeel probeer ik de vroedvrouw dichterbij de werkvloer van de moeder te betrekken. Deze brief prenataal meegeven heeft een dubbel doel: zowel die specifieke moeder kennis te laten maken met haar rechten en de stap te zetten naar haar werkgever, als de werkgever meer kennis en begrip bij te brengen omtrent borstvoeding, zodat hopelijk een ondersteunende functie wordt opgenomen om de kans tot langdurige borstvoeding te vergroten.

Beste werkgever,

Graag willen wij u laten weten dat uw werkneemster haar werkhervatting wenst te combineren met borstvoeding. Dit is een gezonde en verstandige keuze waarvoor wij hopen uw steun te krijgen. Alvast bedankt om dit document te willen doornemen.

Wist u dat: De Wereldgezondheidsorganisatie aanraadt dat elk kind tot de leeftijd van zes maanden best geniet van exclusieve borstvoeding? Dit betekent idealiter dat het kind niets anders dan moedermelk drinkt tot die leeftijd. Helaas is het in onze huidige maatschappij niet gemakkelijk dit toe te passen.

Alle beetjes helpen, en daarom is ook uw hulp nodig om borstvoeding een plaats te geven op de werkvloer van onschatbare waarde. Vaak wordt, in literatuur en uit ervaring, door moeders aangegeven dat de werkplaats incompatibel is met borstvoeding, terwijl het ervaren van steun op de werkvloer net een belangrijke rol speelt. Het is van belang de vrouwen die ervoor kiezen hun kind de beste voeding te geven, zo veel mogelijk te proberen ondersteunen.

Waarom zou u aandacht besteden aan een borstvoedingsvriendelijke werkplaats?

1. Borstvoeding of moedermelk is de **beste voeding** waar moeder en kind van kunnen genieten. Het bevat alle voedingsmiddelen die het kind nodig heeft en is steeds aangepast aan haar behoeften. Het kind zal dankzij een langere borstvoeding een betere immuniteit ontwikkelen en bovendien minder kans hebben op ziektes, obesitas, cholesterol, diabetes, allergie en waarschijnlijk nog meer zaken waar onderzoek nog niet is achter gekomen.  
  
Maar ook de moeder geniet van **gezondheidsvoordelen**: onder meer minder kans op borstkanker, eierstokkanker, diabetes type 2, hypertensie, cardiovasculaire ziektes, osteoporose en post partum depressie.
2. Moeders zijn **minder afwezig** doordat hun kind minder ziek is.
3. **Betere gemoedstoestand** bij de moeder omdat zij het gevoel krijgt een betere moeder te kunnen zijn. Dit resulteert in een grotere **productiviteit, concentratie** en **werktevredenheid**.
4. Een werkneemster die weet dat ze gesteund wordt, zal **sneller het werk hervatten** waardoor de kans tot het verliezen van vaardigheden minimaal wordt.
5. Bovendien is een **positief bedrijfsimago** mooi meegenomen. Een tevreden werkneemster deelt dit met haar omgeving, wat voordelig kan zijn naar aanwerving van toekomstig personeel toe.

Het is dus niet ongegrond dat borstvoedingspauzes en andere verplichtingen in de wetgeving werden opgenomen. Hopelijk begrijpt u nu wat het belang hiervan is, en kunt u zich inzetten in een borstvoedingsvriendelijke omgeving. Het tweede deel van dit document licht kort toe wat de wetgeving bepaalt, en hoe u hierin verder kan investeren.

Hier volgt een checklist die u een overzichtelijke weergave biedt van de wettelijke bepalingen die worden bepaald door de Collectieve Arbeidsovereenkomst nr. 80 bis van 13 oktober 2010. Wanneer u onderstaande informatie kent en/of toepast kunt u deze aanvinken.

Hoe meer u aanvinkt, hoe meer borstvoedingvriendelijk u bent/wordt. In naam van de moedige vrouwen die borstvoeding geven: alvast bedankt voor uw inzet en moeite.

**Elke** werkneemster heeft het recht haar werk te onderbreken om borstvoeding te geven of melk af te kolven

Voorwaarde:

De werkneemster licht u **twee maanden op voorhand** in gebruik te willen maken van dit recht via aangetekend schrijven of via een brief. Later levert zij maandelijks een **bewijs** in dat zij borstvoeding geeft (via een attest of medisch getuigschrift).

Er geldt **ontslagbescherming** vanaf aangetekend schrijven (of brief) tot en met de eerste dag na het verstrijken van de laatste maand.

De pauzes worden uitbetaald door de **verzekeringsinstelling** van de werkneemster. U dient hiervoor als werkgever een **attest** bij te houden hoeveel halfuren pauzes er werden opgenomen en uit te rekenen met welk bedrag (uurloon) dit overeenkomt.

Onderbreken van werkactiviteit:

- Werkdag van 4uur of meer: **30min** pauze
- Werkdag van 7,5uur of meer: 1uur of **2x30min** pauze

Het tijdstip waarop de pauze wordt ingelast, wordt in **samenspraak** met u als werkgever op voorhand afgesproken.

Periode:

De pauzes mogen opgenomen worden tot het kind de leeftijd van **9 maanden** heeft bereikt. Deze periode kan verlengd worden met minstens 2 maanden in het kader van uitzonderlijke omstandigheden (zoals bvb. vroeggeboorte).

Artikel 4 § 1. Om borstvoeding te geven en/of melk af te kolven maakt de werkneemster in beginsel gebruik van de **onopvallende, goed verluchte, goed verlichte, propere en behoorlijk verwarmde plaats** die de werkgever, (...) ter beschikking stelt van zwangere vrouwen en zogende moeders, waar zij de mogelijkheid hebben in aangepaste omstandigheden in **liggende positie** te kunnen rusten.

Deze ruimte dient **afgesproken** te worden en kan zich ook bevinden in de woonplaats van werkgever of werkneemster, of in de kinderopvang.

Indien u zich verder wenst te investeren kunt u bijvoorbeeld volgende werkpunten in overweging nemen:

- Als werkgever **zelf de stap maken** naar de zwangere werkneemster om een gesprek aan te gaan. Een open houding ten opzichte van borstvoeding is drempelverlagend en bovendien een teken van empathie.
- Een **positieve ingesteldheid** vanwege u als werkgever maar ook namens andere werknemers. Dit kan worden bereikt door algemeen informatie over het belang van borstvoeding te verspreiden.
- Een **koelkast of diepvries** ter beschikking stellen van uw werkneemsters om de afgekolfde melk te kunnen opslaan.
- Een **borstvoedingsbeleid** opnemen in het personeelsbeleid. Op deze wijze is voor elke werknemer duidelijk wat dit inhoud en waar ze recht op hebben.
- Flexibele pauze** momenten aanbieden. Dit kan belangrijk zijn omdat elke moeder andere behoeftes heeft. Afhankelijk van het leeftijd van het kind de nodige frequentie kan variëren.
- Eventueel **kinderopvang** aanbieden op de werkplaats. Hierdoor kan rechtstreeks voeden aan de borst. Dit is voor de moeder vaak makkelijker dan afkolven. Bovendien is er hierdoor voor ouders minder stress omtrent afhalen en afzetten van hun kinderen, wat een meer aangename werksfeer bevordert.

Deze lijst kan verder uitgebreid worden. Het belangrijkste is, dat u en uw werknemers inzien, begrijpen en de wil hebben om in de huidige maatschappij verandering aan te brengen. Het recht op borstvoedingspauzes zou vanzelfsprekend moeten worden. In naam van alle kinderen die geboren worden, en van hun moeders die borstvoeding willen geven, hoop ik dat u hier wenst aan mee te werken.

Voor meer informatie verwijst ik u graag door naar:

- CAO nr. 80 bis van 13 oktober 2010
- The business case for breastfeeding: Easy Steps to Supporting Breastfeeding Employees (te downloaden op: <http://www.womenshealth.gov/breastfeeding/government-in-action/business-case-for-breastfeeding/> )
- Een vroedvrouw, lactatiekundige of andere hulpverleners kunnen u informatie verstrekken of vragen beantwoorden omtrent borstvoeding. Twijfel niet om contact op te nemen om verdere toelichtingen of verduidelijkingen te vragen. Ook de zwangere vrouw zal u veelal verder kunnen helpen.

Alvast bedankt,

En succes.

## 8 Algemeen besluit

Door het uitwerken van deze bachelorproef werd achterhaald hoe de borstvoedingscijfers op lange termijn konden worden verhoogd door de begeleiding en steun voor of bij werkhervatting aan te pakken. Het antwoord is complex en multidisciplinair. Beknopt kan men zeggen dat een betere (prenatale) voorbereiding tot borstvoeding en een meer frequente postnatale opvolging een belangrijke rol spelen. Ook zijn de mogelijkheden die de hulpverleners, wetgeving, werkgever en kinderopvang bieden van grote waarde en zouden deze beter moeten worden gebruikt/toegepast.

Na een studie van de overtuigende gezondheidsredenen voor moeder en kind van borstvoeding op lange termijn, blijkt het meer dan de moeite waard om de aanbevolen periode van exclusieve borstvoeding van zes maand te optimaliseren. Hiernaar streven is echter niet gemakkelijk in de maatschappij waarin borstvoeding moeilijk aanvaardbaar is geworden.

De vijf cirkels van ondersteuning geven duidelijk weer dat men de problematiek niet eenzijdig kan oplossen. Elke cirkel heeft een belangrijke rol en vergen elkaars medewerking. Samen met de vrouwen/ moeders, de wetgeving die er bestaat, de organisaties die zich inzetten en haar naaste omgeving (zowel gezin, werkomgeving als kinderopvang) kunnen we als hulpverleners, mits samenwerking en kennis van mogelijkheden, positieve veranderingen aanbrengen voor moeders die hun borstvoedingsperiode wensen verder te zetten bij werkhervatting.

De literatuur is unaniem: de moeder maakt haar keuze betreffend borstvoeding voor of tijdens de zwangerschap. Met werkhervatting als beslissend moment, zou de moeder hier op voorhand moeten worden op voorbereid en geïnformeerd. Elke zorgverlener kan hieraan meewerken wanneer zij in aanraking komen met de vrouw, waardoor aan continuïteit gewerkt wordt.

Om de combinatie werk en borstvoeding haalbaar te maken zijn vooral de kennis van hulpverleners en eenduidigheid van informatie belangrijke werkpunten voor de professionelen die in aanraking komen met het jonge gezin, zowel voor, tijdens als na de zwangerschap. Bovendien zouden partner en naaste omgeving (met specifieke aandacht voor de grootmoeder) ook best de nodige informatie moeten bekomen om correcte, gepaste en nodige steun te kunnen bieden.

Men mag ook niet vergeten dat enkel de moederschapsrust verlengen niet de ultieme oplossing is. Er zal nog steeds aandacht moeten worden besteed aan de begeleiding. De reden hiervoor is dat ook socio- demografische en psychologische factoren een rol spelen bij de borstvoeding.

Doordat uitstel van werkhervatting vaak niet haalbaar/mogelijk/toegelaten is, betekenen de werkvloer en kinderopvang een belangrijk bron van steun. Via de moeders kan de vroedvrouw hierbij iets betekenen. De moeder aanraden in gesprek te gaan met haar werkgever tijdens de zwangerschap, kan bijdragen tot een positief beleid omtrent borstvoeding.

## 9 Literatuurlijst

- Adams, J., & Dedry, A. (2006a). *Kennis van gezondheidsmedewerkers rond borstvoeding: Wat ze vandaag (al?) weten en morgen (nog?) moeten leren, om om overmorgen voedende moeders succesvol te begeleiden*. Leuven: vzw De Bakermat.
- Adams, J., & Dedry, A. (2006b). *Succesvol borstvoeding geven in Vlaanderen, kan het? Profiel van langvoedsters, invloed van omgevingsfactoren en aanbevelingen voor een borstvoedingsvriendelijke omgeving*. Leuven: vzw De Bakermat.
- Alliet, P., Arts, W., De Greef, E., Hauser, B., Hoffman, I., Vandenplas, Y. (Red.), et al. (2012). *Richtlijnen over borstvoeding en kunstvoeding voor zuigelingen van 0 tot 12 maand*. Geraadpleegd op 9 augustus 2013, op [www.kindengezin.be/img/consensus130625.pdf](http://www.kindengezin.be/img/consensus130625.pdf)
- Artevelde Hogeschool (2013). *Postgraduaat Lactatiekunde*. Geraadpleegd op 1 juli 2013, op <http://www.arteveldehs.be/emc.asp?pagelid=6992>
- Bäckström, C., Hertfelt Wahn, E.I., & Ektröm, A.C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives [electronic version]. *International Breastfeeding Journal*, 5 (20), 1-8.
- Baker, J.L., Gamborg, M., Heitmann, B.L., Lissner, L., Sørensen, T., & Rasmussen, K.M. (2008). Breastfeeding reduces postpartum weight retention [electronic version]. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 6(88), 1543-1551.
- Batan, M., Li, R., & Scanlon, K. (2012). Association of Child Care Providers Breastfeeding Support with breastfeeding duration at 6 months [electronic version]. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 708-713.
- Belgische Vereniging van Lactatiekundigen vzw (2013). *Wat is een lactatiekundige?* Geraadpleegd op 10 juli 2013, op [http://www.bvl-borstvoeding.be/nl/de\\_lactatiekundige/wat\\_is\\_een\\_lactatiekundige-3.html](http://www.bvl-borstvoeding.be/nl/de_lactatiekundige/wat_is_een_lactatiekundige-3.html)
- Bernier, M.O., Plu-bureau, G., Bossard, N., Ayzac, L., & Thalabard, J.C. (2000). Breastfeeding and risk of breast cancer : a meta-analysis of published studies [electronic version]. *Human Reproduction Update*, 6(4), 374-386.
- Blincoe, A.J. (2005). The health benefits of breastfeeding for mothers [electronic version]. *British journal of midwifery*, 13(6). 398-401.
- Bocquet, A., Bresson, J.-L., Brienda, A., Chouraqui, J.-P., Durmaun, D., Dupont, C., et al. (2005). Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Electronic Version]. *Archives de pédiatrie*, 12(3), 145-165.
- Bond Moyson (2013). *Terugbetaling voor kraamzorg*. Geraadpleegd op 8 augustus 2013, op <http://www.bondmoyson.be/ovl/voordelen-advies/ledenvoordelen/geboorte-adoptie/Pages/Kraamzorgkorting.aspx>



- Bonet, M., Marchand, L., Kaminski, M., Fohran, A., Betoko, A., Charles, M.-A., et al. (2012). Breastfeeding Duration, Social and Occupational Characteristics of Mothers in the French 'EDEN Mother-Child' Cohort [electronic version]. *Maternal and Child Health Journal*, 17 (4), 714-722.
- Borstvoeding VBBB (2013). *De vereniging begeleiding en bevordering van borstvoeding (vbbs)*. Geraadpleegd op 7 augustus 2013, op [www.kindengezin.be/img/2013VBBB.pdf](http://www.kindengezin.be/img/2013VBBB.pdf)
- Borstvoeding vzw (2011). *Nieuwe collega? Vervolg*. Geraadpleegd op 2 juli 2013, op [http://www.borstvoedingvzw.be/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31](http://www.borstvoedingvzw.be/index.php?option=com_content&view=article&id=31)
- Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A., & King, S.E. (2009). Support for breastfeeding mothers (Review) [electronic version]. *The Cochrane Collaboration*, issue 4.
- Cameron, B., Javanparast, S., Labbok, M., Scheckter, R., & McIntyre, E. (2012). Breastfeeding Support in Child Care: An International Comparison of Findings from Australia and the United States [electronic version]. *Breastfeeding medicine*, 7(3), 163- 166).
- Christelijke Mutualiteit (2013a). *Tarieven gynaecologen*. Geraadpleegd op 8 augustus 2013, op <http://www.cm.be/skoebidoe/site/geldzaken/tarieven-gynaecoloog.jsp>
- Christelijke Mutualiteit (2013b). *Tegemoetkoming kraamzorg*. Geraadpleegd op 8 augustus 2013, op <http://www.cm.be/skoebidoe/site/geldzaken/geboortegeschenk/tegemoetkoming-kraamzorg.jsp>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease [electronic version]. *The Lancet*, (360), 187-195.
- Collectieve arbeidsovereenkomst nummer 80 van 27 november 2001 tot invoering van een recht op borstvoedingspauzes*. Geraadpleegd op 7 augustus 2013, op <http://www.cnt-nar.be/Cao-lijst.htm>
- Danforth, K.N., Tworoger, S.S., Hecht, J.L., Rosner, B.A., Colditz, G.A., & Hankinson, S.E. (2007). Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts [electronic version]. *Cancer Causes Control*, 18 (5), 517-523.
- De Bakermat vzw (2012). *Perstekst: Uitreiking van de prijzen borstvoedingsvriendelijke werkgever en borstvoedingsvriendelijke kinderopvang 2012 én lancering van de poster 'borstvoeding en werken'*. Geraadpleegd op 1 juli 2013, op <http://www.wegwijsborstvoeding.be/paginas/BVvriendelijkeWerkgever.html>
- De Bakermat vzw (2013a). *Borstvoeding en werken*. Geraadpleegd op 10 juli 2013, op <http://www.wegwijsborstvoeding.be/paginas/BVenWerken.html>
- De Bakermat vzw (2013b). *Borstvoedingsvriendelijke kinderopvang*. Geraadpleegd op 24 juni 2013, op <http://www.wegwijsborstvoeding.be/paginas/BVvriendelijkeOpvang.html>

- De Bakermat vzw (2013c). *Welke zorgverstrekkers?* Geraadpleegd op 14 juli 2013, op <http://www.wegwijsborstvoeding.be/paginas/WelkeZorgverstrekkers.html>
- Debonnet, S. (2011). *Het Babyvriendelijk Ziekenhuis Initiatief (BFHI) in België*. Geraadpleegd op 29 juni 2013, op [http://www.vlov.be/studenten/Zoek\\_een\\_artikel\\_in\\_ons\\_Tijdschrift/artikel.html?search=b fhi&oid=446](http://www.vlov.be/studenten/Zoek_een_artikel_in_ons_Tijdschrift/artikel.html?search=b fhi&oid=446)
- de Kok, S. (s.d.). Stoppen met borstvoeding. Geraadpleegd op 25 november 2012, op <http://www.lalecheleague.nl/Stoppen-met-borstvoeding/Stoppen-met-borstvoeding.html>
- Dennis, C.-L., & McQueen, K. (2009). The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review [electronic version]. *Pediatrics*, 123(4), e736-751.
- Ekström, A., Guttke, K., Lenz, M., & Hertfelt Wahn, E. (2011). Long term effects of professional breastfeeding support- An intervention [electronic version]. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 3(8), 109-117.
- Europa Ziekenhuizen (2010). *Borstvoeding* [brochure]. Brussel: vzw Europa Ziekenhuizen.
- Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2012). *Het FBVC*. Geraadpleegd op 29 juni 2013, op [http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/TheFederalBreastFeedingCommitt/19079066\\_NL?backNode=9737#.Uc1nIIW9o7A](http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/TheFederalBreastFeedingCommitt/19079066_NL?backNode=9737#.Uc1nIIW9o7A)
- Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2013). *Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*. Geraadpleegd op 29 juni 2013, op <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/TheFederalBreastFeedingCommitt/BabyFriendlyHospitalInitiative/index.htm?fodnlang=nl#.Uc6k3oW9o7A>
- Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg (2012). *Wegwijs in werk en ouderschap* [brochure]. Brussel: FOD.
- Fein, S.B., Mandal, B., & Roe, B.E. (2008). Success of Strategies for Combining Employment and Breastfeeding [electronic version]. *Pediatrics*, 122(supplement2), 56-62.
- Gallup, G.G., Pipitone, R.N., Carrone, K.J., & Leadholm, K.L. (2010). Bottle feeding simulates child loss: Postpartum depression and evolutionary medicine [electronic version]. *Med Hypotheses*, 74(1), 174-176.
- Goyens, P., Debonnet, S., & Niset, A. (2012). De Belgische uitvoering van het BFHI- actieplan [electronic version]. *Hospitals.be*, 10(1), 23-29.
- Grassley, J., & Eschiti, V. (2008). Grandmother Breastfeeding Support: What Do Mothers Need and Want? [electronic version]. *Birth*, 35 (4), 329-335.
- Guérin, C., Roelants, M., & Devogelaer, N. (2012). *Rapport 28 Steunpunt Welzijn, volksgezondheid en gezin: Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste*

*levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

- Hale, R. (2007). Infant nutrition and the benefits of breastfeeding [Electronic Version]. *The British Journal of Midwifery*, 15(6), 368-371.
- Henderson, C., & MacDonald, S. (2004). *Mayes' Midwifery: a textbook for midwives* (13th Ed.). London: Baillière Tindall.
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2010). Midwifery factors associated with successful breastfeeding [electronic version]. *Child: care, health and development*, 37(5), 744-753.
- Jolly, K., Ingram, L., Khan, K.S., Deeks, J.J., Freemantle, N., & MacArthur, C. (2012). Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing [Electronic version]. *British medical journal*, 344, 1-18.
- Jordan, S.J., Cushing-Haugen, K.L., Wicklund, K.G., Doherty, J.A. & Rossing, M.A. (2012). Breast-feeding and risk of epithelial ovarian cancer [Electronic version]. *Cancer Causes Control*, 23, 919-927.
- Kennedy, K.I. (1994). Effects of breastfeeding on women's health [electronic version]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 47 Supplement, S11-S21.
- Kind en Gezin (2009). *Het kind in Vlaanderen 2008*. Brussel: Kind en Gezin.
- Kind en Gezin (2013a). *Borstvoeding in de opvang*. Geraadpleegd op 24 juni 2013, op <http://www.kindengezin.be/voeding/borstvoeding/in-de-opvang/>
- Kind en Gezin (2013b). *Het kind in Vlaanderen 2012*. Brussel: Kind en Gezin.
- Kind en Gezin (2013c). *Kindboekje*. Brussel: Kind en Gezin.
- Kind en Gezin (2013d). *Nieuw decreet in het kort*. Geraadpleegd op 24 juni 2013, op <http://www.kindengezin.be/kinderopvang/nieuw-decreet/in-het-kort/>
- Kraamkaravaan (2013). *Wat is kraamzorg?* Geraadpleegd op 10 juli 2013, op [http://www.kraamkaravaan.be/nl/Kraamzorg/Wat\\_is\\_kraamzorg/](http://www.kraamkaravaan.be/nl/Kraamzorg/Wat_is_kraamzorg/)
- Kristiansen, A.L., Lande, B., Øverby, N.C., & Andersen, L.F. (2010). Factors associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding in Norway [electronic version]. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2087-2096.
- Laanterä, S., Pölkki, T., & Pietilä, A.-M. (2011). A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counseling [electronic version]. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 72-84.
- Labarère, J., Gelbert- Baudino, N., Laborden L., Baudino, F., Durand, M., Schelstraete, C., et al. (2011). Determinants of 6-Month Maternal Satisfaction with Breastfeeding Experience in a Multicenter Prospective Cohort Study [electronic version]. *Journal of human lactation*, 28(2), 203-210.

- La Leche League Vlaanderen (2013). *Wat is LLL?* Geraadpleegd op 28 juni 2013, op <http://www.lalecheleague.be/wat-is-lll.html>
- Lanting, C.I., & van Wouwe, J.P. (2007). *TNO-rapport: Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding*. Leiden: Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek.
- Lauwers, J., & Swisher, A. (2011). *Counseling the nursing mother: a lactation consultant's guide* (5de dr.). London: Jones & Bartlett Learning.
- Lawrence, R.A., & Lawrence, R.M. (2011). *Breastfeeding: a guide for the medical profession* (7de dr.). Missouri: Elsevier.
- Ledoux, C. (2011, 1 oktober). *Doe normaal over borstvoeding*. De Morgen. Geraadpleegd op 7 augustus 2013 via <http://www.demorgen.be>
- Lenaers, S., & Goffin, I. (2002). *Onderzoek naar de voedingssituatie voor jonge kinderen in Vlaanderen* [Masterproef]. Diepenbeek: Kind & Gezin, Limburgs Universitair Centrum, SEIN.
- Lord, S.J., Bernstein, L., Johnson, K.A., Malone, K.E., McDonald, J.A., Marchbanks, et al. (2008). Breast cancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age of first birth, and breastfeeding [electronic version]. *Cancer Epidemiology, biomarkers and prevention*, 17(7), 1723-1730.
- Lynn, H. (s.d.). *Le rôle de l'environnement dans le cancer du sein* [brochure]. Z.p.: Women in Europe for a Common Future.
- Mandal, B., Roe, B.E., & Fein, S.B. (2010). The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding [electronic version]. *Health Policy*, 97, 79-86.
- Mannel, R., Martens, P.J., & Walker, M. (Ed.)(2008). *Core Curriculum for Lactation Consultant Practice*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers.
- Market Analysis and Synthesis (2007). *Eindrapport: Analyse van het zoekproces van ouders naar een voorschoolse kinderopvangplaats*. Leuven: Kind en Gezin.
- McInnes, R.J., & Chambers, J. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis [electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), p 407-427.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and birth*, 23, 135-145.
- Miller, L.J., & LaRusso, A.M. (2011). Preventing Postpartum Depression [electronic version]. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 53-65.
- Mitchell-Box, K., & Braun, K.L. (2012). Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention [electronic version]. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing*, 41, E41-E50.
- Morère, J.-F., Penault-Llorca, F., Aapro, M.S., & Salmon, R. (2007). *Le cancer du sein*. Paris : Springer.

- Multicenter Proospective Cohort Study [electronic version]. *Journal of human lactation*, 28(2), 203-210.
- Narvaez, D., Panksepp, J., Schore, A.N., & Gleason, T.R. (2013). *Evolution, early experience and human development: from research to practice an policy*. Oxford: Oxford university press.
- Ogbuanu, C., Glover, S., Probst, J., Hussey, J., & Liu, J. (2011). Balancing Work and Family: Effect of Employment Characteristics on Breastfeeding [electronic version]. *Journal of human lactation*, 27(3), 225-238.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression [electronic version]. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200(4), 357-364.
- Piscane, A., Continisio, P.P., Aldinucci, M., D'Amora, S., & Continisio, G.I. (2005). A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion [electronic version]. *Pediatrics*, 116(4), e494- e498.
- Put, J. (2009) *Praktijkboek sociale zekerheid: voor de onderneming en de sociale adviseur*. Mechelen: Wolters Kluwer.
- Rasmussen, K.M., & Geraghty, S.R. (2001). The quiet revolution: Breastfeeding transformed with the use of breast pumps [electronic version]. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1356-1359.
- Rautava, S., & Walker, A. (2009). Academy of Breastfeeding Medicine Founder's Lecture 2008: Breastfeeding- An Extrauterine Link Between Mother and Child [Electronic Version]. *Breastfeeding Medicine*, 4(1), 3-10.
- Redondo, C.M., Gago-Dominguez, M., Ponte, S.M., Castelo, M.E., Jiang, X., Garcia, A.A., et al. (2012). Breast feeding, parity and breast cancer subtypes in a Spanish cohort [electronic version]. *PLoS ONE*, 7(7), e40543-e40543.
- Reid, J., Schmied, V., & Baele, B. (2010). 'I only give advice if I am asked': Examining the grandmother's potential to influence infant feeding decisions and parenting practices of new mothers [electronic version]. *Women and Birth*, 23, 74—80.
- Rempel, L.A., & Rempel, J.K. (2011). The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family [electronic version]. *Journal of Human Lactation*, 27(2), 115-121.
- Renfrew, M.J., McCormick, F.M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review) [Electronic version]. *The Cochrane Library* 2012, Issue 5.
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (2010). Moederschapsverlof. Geraadpleegd op 27 juni 2013, op [http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/allowances/PRITH\\_1.htm](http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/allowances/PRITH_1.htm)
- Riordan, J., & Wambach, K. (2010). *Breastfeeding and Human Lactation* (4de dr.). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

- Schmied, V, Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis [electronic version]. *Birth*, 38(1), 49-60.
- Schwarz, E.B., Ray, R.M., Stuebe, A.M., Allison, M.A., Ness, R.B., Freiberg, M.S., & Cauley, J.A. (2009). Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease [electronic version]. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), p 974–982.
- Sheriff, N., & Hall, V. (2011). Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors? [electronic version]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 467–475.
- Skafida, V. (2012). Juggling Work and Motherhood: The Impact of Employment and Maternity Leave on Breastfeeding Duration: A Survival Analysis on Growing Up in Scotland Data [electronic version]. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 519–527.
- Socialistische Mutualiteiten (2013). *Mammacafé*. Geraadpleegd op 2 augustus 2013, op <http://www.devoorzorg.be/antwerpen/zorg-comfort/kinderzorg/Mammacafe/Pages/default.aspx>
- Steen, M. (s.d.). *Borstvoeding en depressie*. Geraadpleegd op 24 september 2012, op <http://www.lalecheleague.nl/Bijzondere-omstandigheden-moeder/Borstvoeding-en-depressie.html>
- Stuebe, A. (2009). The Risk of not breastfeeding for mothers and infants [Electronic Version]. *Reviews in obstetrics and gynaecology*, 2 (4), 222-231.
- Stuebe, A.M., & Rich-Edwards, J.W. (2009). The Reset Hypothesis: Lactation and Maternal Metabolism [electronic version]. *American Journal of Perinatology*, 26(1), 81-88.
- Stuebe, A.M., Schwarz, E.B., Grewen, K., Rich-Edwards, J.W., Michels, K.B., Foster, E.M., et al. (2011). Duration of Lactation and Incidence of Maternal Hypertension: A Longitudinal Cohort Study [electronic version]. *American Journal of Epidemiology*, 174 (10), 1147-1158.
- Tarrant, R.C., Younger, K.M., Sheridan-Pereira, M., & Kearney, J.M. (2011). Factors Associated With Duration of Breastfeeding in Ireland: Potential Areas for Improvement [electronic version]. *Journal of Human Lactation*, 27(3), 262–271.
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y.L., Howatt, P., Burns, S., & Binns, C.W. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia [electronic version]. *International Breastfeeding Journal*, 4(15), 1-9.
- Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding (2013). *Wetgeving*. Geraadpleegd op 1 juli 2013, op [www.vbbb.be](http://www.vbbb.be)
- Vlaamse Organisatie van vroedvrouwen (2010). *De vroedvrouw (m/v) kan veel betekenen voor jou* [brochure]. Antwerpen: Marlene Reyms.

- Vlaamse Organisatie van vroedvrouwen (2013a). *Wat kan de vroedvrouw voor jou betekenen?* Geraadpleegd op 10 juli 2013, op [http://www.vlov.be/ouders/Wat\\_kan\\_de\\_vroedvrouw\\_voor\\_jou\\_betekenen/](http://www.vlov.be/ouders/Wat_kan_de_vroedvrouw_voor_jou_betekenen/)
- Vlaamse Organisatie van vroedvrouwen (2013b). *De betaling van de vroedvrouw*. Geraadpleegd op 08 augustus 2013, op [http://www.vlov.be/ouders/De\\_betaling\\_van\\_de\\_vroedvrouw/](http://www.vlov.be/ouders/De_betaling_van_de_vroedvrouw/)
- Walker, M. (2011). *Breastfeeding Management for the Clinician: Using the evidence* (2de dr.). London: Jones and Barlett Publishers.
- Weber, D., Janson, A., Nolan, M., Ming Wen, L., & Rissel, C. (2011). Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace [electronic version]. *International breastfeeding journal*, 6(19), 1-7.
- Wegwijs borstvoeding (2013). *Hier kan je borstvoeding geven!* Geraadpleegd op 28 juni 2013, op <http://www.wegwijsborstvoeding.be/paginas/hierkanjeBVgeven.html>
- World Alliance for Breastfeeding Action (2013). *Circles of Support for Mothers And Children*. Geraadpleegd op 29 juni 2013, op <http://worldbreastfeedingweek.org/index.shtml>
- World Health Organisation (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation & United Nations Children's Fund (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO
- World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2013). *Baby-friendly Hospital Initiative*. Geraadpleegd op 29 juni 2013, op <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>

## **10 Bijlagenlijst**

**Bijlage A Nominaties 'Borstvoedingsvriendelijke werkgever 2012'**



## Nominaties 'Borstvoedingsvriendelijke werkgever 2012'

**Bedrijf A: naam:**

**Contactpersoon en functie:**

**Hoeveel werknemers zijn er in uw bedrijf:**

**Hoe is de verhouding vrouwelijke/mannelijke werknemers:**

**Welke faciliteiten worden er gegeven aan moeders die borstvoeding geven in combinatie met het werk?**

**Is hierover een vermelding in personeelsreglement? Zo ja, op welke manier?**

**Wanneer en op welke manier wordt dit gecommuniceerd naar de medewerkers toe?**

**Welke tips zou u aan andere werkgevers willen geven i.v.m. de ondersteuning van borstvoeding?**

**Hoe zijn de ervaringen tot nu toe voor u als werkgever?**

**Hartelijk dank voor uw reactie en alvast gefeliciteerd met uw nominatie!**