INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Kennis en ervaring van CB-artsen bij de begeleiding van borstvoeding

Dr. Katrien Jacobs

Promotor Prof. Dr. Hilde Bastiaens
Universiteit Antwerpen

Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg

14 juni 2018

Kennis en ervaring van CB-artsen bij de begeleiding van borstvoeding

INHOUD

Voorwoord 4
Inleiding 5
Aanpak literatuuronderzoek 7
Methodes 9
Resultaten 13
Discussie 31
Besluit 35
Samenvatting 37
Referenties 38
Bijlages 40

VOORWOORD

De eerste steen voor deze masterproef werd gelegd tijdens mijn eigen overrompelende levensfase van baby's, luiers en borstvoeding. Zelf arts zijnde, stootte het mij tegen de borst hoe er soms werd gesproken over Kind & Gezin, maar anderzijds moest ik toegeven dat de gegeven adviezen regelmatig tegenstrijdig waren. Waar het hart van vol is, stroomt blijkbaar ook het hoofd van over want in deze periode ontrolde zich een zoektocht naar meer informatie, kennis en onderbouwing rond borstvoeding. Zo stootte ik op het rapport van VZW Bakermat en werd het onderwerp voor deze thesis geboren.

Ik wil graag Prof. Dr. Hilde Bastiaens bedanken om voor een tweede keer mijn thesis te begeleiden, dit keer als promotor. De vlotte samenwerking maakt het werk een pak lichter, en onze gesprekken (al dan niet met betrekking tot deze thesis) hebben mij veel doen nadenken.

Verder wil ik graag de kwaliteitscoördinatoren van Kind & Gezin bedanken voor hun vertrouwen en steun voor dit onderzoek. Ook Lies Versavel van de VZW Bakermat dank ik graag voor haar toelichtingen.

A special thanks goes to Swabra Nakato from the University of Antwerp. She was so kind to help me with the statistical analysis of the data. She put a lot of effort in her work, and it is great to see how much she enjoys to fresh up this theory. I wish her all the best.

Geen werk kan verricht worden zonder dat die (ondertussen al grote) baby's verzorgd worden. Het is dankzij de enorme steun van mijn man, mijn ouders en schoonouders, mijn zussen, schoonbroers en schoonzussen, en vriendinnen dat deze realisatie mogelijk was. Dank jullie wel.

Met deze masterproef leg ik meteen ook de laatste steen voor mijn Master in de Jeugdgezondheidszorg. Het is tijd voor een nieuwe uitdaging.

INLEIDING

Borstvoeding is zonder twijfel de meest natuurlijke en beste voeding voor baby's. De voordelen voor moeder en kind op fysiek en emotioneel vlak hiervan zijn reeds lang aangetoond, en de World Health Organisation (WHO) beveelt duidelijk aan: *Infants should be exclusively breastfed for the first six months of life to achieve optimal growth, development and health* (1, 2). Wereldwijd wordt geschat dat er 34,8% deze aanbevolen duur van exclusieve borstvoeding haalt (1). Voor Vlaanderen bedroeg dit percentage in 2015 slechts 11% op 26 weken (3).

	2015				2016 (2)			
	Borst-voeding	Gemengd	Kunst-voeding	Totaal	Borst-voeding	Gemengd	Kunst-voeding	Totaal
Voeding op 6 weken	48,1	14,7	37,2	100,0	**48,9**	**14,0**	**37,1**	100,0
Voeding op 12 weken	32,8	14,8	52,4	100,0	-	-	-	-
Voeding op 26 weken	11,0	17,5	71,5	100,0	-	-	-	-

7.8 Percentage kinderen dat op week 6, week 12 en week 26 als voeding borstvoeding, gemengde voeding of kunstvoeding krijgt - Vlaams Gewest (percentage)
Bron: Kind en Gezin - Mirage
(1) De percentages worden berekend voor alle kinderen waarvoor een voeding wordt geregistreerd op het betreffende tijdstip
(2) Voor de kinderen geboren in 2016 zijn nog geen definitieve gegevens beschikbaar over voeding vanaf 12 weken, omdat Kind en Gezin de voeding op die tijdsmomenten nog niet voor alle kinderen kon bevragen in april 2017

Figuur 1: Voeding op leeftijd van 6, 12 en 26 weken (Vlaams gewest). Bron: Kind in Vlaanderen, Kind & Gezin

Wanneer moeders en hun kind tijdens de borstvoeding goed begeleid worden, verbetert de duur en de exclusiviteit van de borstvoeding (4). Artsen lijken echter op verschillende wijze naar hun eigen **rol** in de begeleiding van borstvoeding te kijken (5, 6), waarbij ze de effectiviteit van hun begeleiding wel eens onderschatten (7-9). Maar moeders wenden zich wel tot de arts als een bron van kennis, en ze vertrouwen op hun advies. De review van De Almeida stelt dat borstvoeding begeleiden een uitdaging is voor professionals, aangezien zij hier niet optimaal op voorbereid zijn (5). Gelukkig is de houding van artsen heel positief naar borstvoeding toe. Ze zijn overtuigd van het belang hiervan (5) en promoten borstvoeding in meer of mindere mate (8, 10).

Eerder onderzoek toont aan dat meer kennis een positief effect heeft op het vertrouwen in bekwaamheid en effectiviteit bij de hulpverleners (11, 12). Artsen geven echter zelf aan dat ze niet de juiste vaardigheden en kennis hebben, en dus daarom misschien niet de best geplaatste professionals zijn om de borstvoeding te begeleiden (8). Uit eerdere onderzoeken blijkt inderdaad dat de **kennis** van de gezondheidsprofessionals vaak tekort schiet (5-7, 10). De retrospectieve studie in 2016 van Sigman toonde aan dat de gemiddelde scores van artsen rond borstvoeding niet verbeterd zijn tijdens de laatste tien jaar (13) .

In Noorwegen vinden de meeste artsen dat de kennis rond borstvoeding een basiskennis is, en dat dit integraal aan bod moet komen tijdens hun medische opleiding (12). Veel artsen zijn echter onvoldoende getraind om borstvoedingsbegeleiding te geven en hebben nood aan

extra **bijscholing** (5, 9, 14-16). Artsen volgen niet vaak een bijscholing over de begeleiding bij borstvoeding (10, 17), en Whelan stelde vast dat ze voornamelijk aangaven dat ze te weinig tijd hebben hiervoor (9). Toch blijkt navorming effectief te zijn om de kennis, vaardigheden en praktijk van gezondheidsprofessionals te verbeteren (10, 17, 18). Hierbij zien we dat de interactieve praktijkmethode meest effectief is voor een positief effect op de attitudes (19). De WHO ontwikkelde enkele van de voornaamste kaders voor vorming van hulpverleners, waaronder het Baby-Friendly Hospital Initiative[i](20) en een handboek voor professionals (1).

De meeste gezondheidsprofessionals hebben zelf borstvoeding gegeven, het merendeel vond dit ook fijn. Persoonlijke ervaring wordt vaak aangehaald als een belangrijke bron voor kennis, attitudes en vaardigheden bij hulpverleners (14, 19, 21, 22). Daarbij wordt aangenomen dat deze artsen ook positiever staan ten opzichte van borstvoeding en dat ze zich bekwamer en effectiever voelen bij hun begeleiding (21). Des te langer de borstvoedingservaring duurt, des te beter de kennis.

Hier bestaat echter ook een belangrijke valkuil, wanneer professionele hulpverleners hun evidence-based kennis onbewust vervangen door hun eigen ervaringen en hierdoor foutieve adviezen geven (7). Een korte (en dus vaak negatieve ervaring) met borstvoeding zorgt immers niet voor betere kennis, en wel voor slechtere attitudes (21). Deze professionals kunnen door hun negatieve houding een effect hebben op de borstvoedingsbegeleiding in hun praktijk.

Er wordt regelmatig doorverwezen binnen de begeleiding van borstvoeding. Het is dan vaak onduidelijk hoe de opvolging verder afgesproken is. Er is vaak onvoldoende coördinatie en communicatie tussen de betrokken gezondheidsprofessionals (5, 7). Daarnaast geven moeders aan dat ze vaak foutieve of tegenstrijdige adviezen krijgen van verschillende professionals (5), er is onvoldoende uniformiteit.

Een kwaliteitsvolle begeleiding voor borstvoedende ouders is belangrijk om het percentage succesvol borstgevoede kinderen binnen een populatie te verhogen. Hierbij speelt de kennisgraad van de professional duidelijk een grote rol. Voor Vlaanderen bracht vzw De Bakermat in 2006 een rapport uit over de kennis van negen groepen van gezondheidsmedewerkers rond borstvoeding (23). Deze meting lag mee aan de basis van het ontstaan van het kenniscentrum Borstvoeding in partnerschap met Kind en Gezin, en had het identificeren van aandachtspunten voor het opstellen van opleidings- en bijscholingspakketten

[i] Het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) werd in 1992 gelanceerd door de WHO en UNICEF. Het baseert zich op de “Ten steps to Succesful Breastfeeding” waarbij de nadruk ligt op de verbetering van de begeleiding en ondersteuning van borstvoeding in de zorginstellingen. De effectiviteit van deze methode werd reeds wetenschappelijk aangetoond. In Vlaanderen werd er voor Kind&Gezin een aangepast Zeven Punten Plan uitgewerkt door vzw De Bakermat, en kan leiden tot het certificaat van “borstvoedingsvriendelijke organisatie”.

voor gezondheidswerkers, tot doel. Deze studie werd uitgevoerd bij kraamverzorg(st)ers, kinderverzorg(st)ers, verantwoordelijken kinderdagverblijf, regioverpleegkundigen Kind en Gezin, vroedvrouwen in de thuiszorg, huisartsen, gynaecologen en pediaters.

In onze studie kozen we ervoor om ons specifiek te richten op de artsen die werkzaam zijn op de consultatiebureaus (CB's) van Kind & Gezin in Vlaanderen. Deze artsen nemen sinds 1 januari 2016 het takenpakket rond Voeding binnen de Kind & Gezin-consultaties voor hun rekening. Deze groep werd in de oorspronkelijke studie niet apart gedefinieerd. We includeren op deze manier ook de basisartsen en artsen met een diploma Jeugdgezondheidszorg.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de professionele en persoonlijke ervaring, opleidingsachtergrond, houding, doorverwijsgedrag en kennis van deze CB-artsen bij de begeleiding van borstvoeding; en de relaties tussen deze kenmerken. Op vraag van Kind en Gezin heeft deze studie aanvullend tot doel om de opleidingsbehoeften van de CB-artsen te identificeren.

AANPAK LITERATUURONDERZOEK

De informatie verwerkt in de inleiding werd bekomen door een gericht literatuuronderzoek zoals hieronder beschreven.

Er werd gezocht naar literatuur met betrekking tot de attitudes, persoonlijke ervaring, (na)scholing en kennis (en de impact ervan) in de begeleiding van borstvoeding door eerstelijnsgezondheidsprofessionals. Er werd er gezocht vanaf een publicatiedatum van 2008 met de termen "breastfeeding", "support" of "guidance", "knowledge", "attitudes", "experience", "health care professionals". Exclusiecriteria zijn prenatale begeleiding, niet-gezonde kinderen en moeders (zoals vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen, tweelingen of obesitas bij de moeder), therapeutische setting. We includeerden voornamelijk artsen (in opleiding), en indien een gemengde studiepopulatie ook vroedvrouwen/lactatiekundigen, maar geen studenten verpleegkunde.

De **Cochrane library** leverde 10 resultaten ("breastfeeding" AND "support" AND "professional" vanaf 2008) waarvan **1** werd geselecteerd op basis van titel en abstract. Er was één relevant artikel met de zoekopdracht "breastfeeding knowledge attitudes experience professionals", maar dit was meer dan 10 jaar oud. Omdat klinische **richtlijnen** geen relevant antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag, werd er in deze niet gezocht.

Medline Pubmed search gaf 94 resultaten met de zoektermen "breastfeeding knowledge attitudes experience professionals", met limits "last 10 years" en "human" blijven er 49 artikels

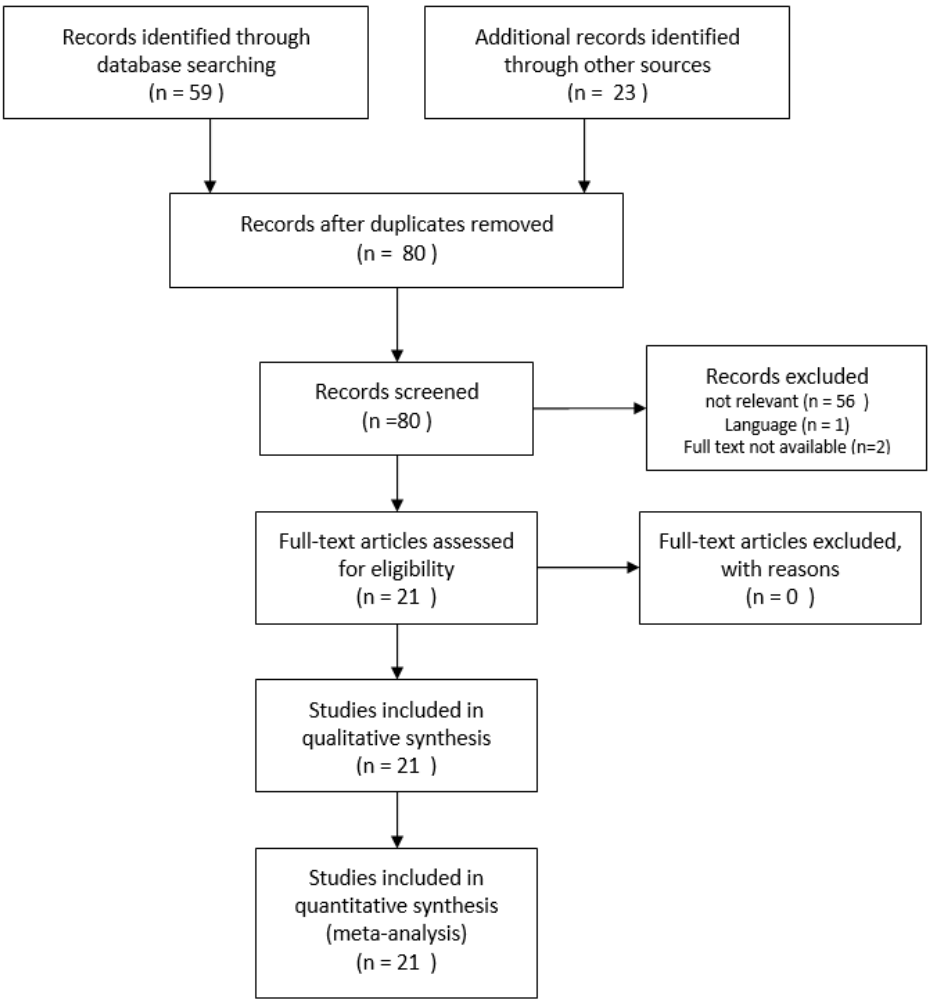
over. Eén artikel was enkel in het Portugees en werd geëxcludeerd. Na screening van titel en abstract werden er **6** weerhouden.

Er werd via deze artikels verder gezocht op Pubmed via de "**Related articles**". Op deze manier werden nog 18 bijkomende titels geselecteerd om verder te lezen. 2 duplicaten werden hieruit verwijderd. De 16 artikels werden gescreend via hun abstract, 5 waren niet relevant en 1 was niet beschikbaar als volledige tekst. **10** artikels werden weerhouden voor onze studie. Vanuit de **geciteerde referenties** van alle artikels werden nog 5 artikels gevonden, één werd geëxcludeerd omdat er geen volledige tekst beschikbaar was. **4** artikels werden weerhouden voor onze studie.

Deze 21 artikels werden geselecteerd om te lezen en werden nagekeken op kwaliteit aan de hand van de MMAT (24) en Prisma checklist (25).

Er werd eveneens gebruikt gemaakt van grijze literatuur. Achtergrondinformatie werd bekomen vanuit de websites van de World Health Organisation en Kind&Gezin.

Figuur 2 : Prisma flow chart



METHODES

Studieopzet

Dit is een *cross-sectioneel descriptief* onderzoek met behulp van vragenlijsten. We willen de situatie in kaart brengen en het probleem duidelijker beschrijven, en doet dit aan de hand van de voorkennis vanuit literatuuronderzoek. Omdat we de relatie tussen ervaring en kennis willen onderzoeken, is dit voornamelijk een *kwantitatieve* studie. We kunnen op deze manier cijfermatig een inzicht verwerven. Het stelt ons tevens in staat om te vergelijken met het origineel onderzoek van vzw Bakermat.

Door middel van open vragen werd er een zeer beperkte hoeveelheid *kwalitatieve* data verzameld, deze werd louter thematisch beschrijvend verwerkt maar kon verrijkend zijn voor de discussie.

Goedkeuring ethische commissie

Een gunstig advies van de ethische commissie van Universitair Ziekenhuis Antwerpen werd bekomen op datum van 30/05/2016 (Bijlage 1).

Deelnemers

Via interne communicatie werden alle CB-artsen in Vlaanderen persoonlijk uitgenodigd met een e-mail die door Kind en Gezin verstuurd wordt. Hierin stond de inleidende informatie rond het onderzoek (zie bijlage) en de uitnodiging om via een link online deel te nemen. We verstuurden twee maal een herinneringsmail.

Tabel 1: Berekening steekproefgrootte		
Totale populatie	970	artsen
Foutmarge	5	%
BI	95	%
Benodigde steekproefgrootte	**278**	**Artsen**
Reactiepercentage	30	%
Naar hoeveel mensen te sturen	927	artsen

https://nl.surveymonkey.com/mp/sample-size/

Dataverzameling

De vragenlijst bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden vragen gesteld met betrekking tot ervaring. We bevroegen de volgende items: a) Persoonsgebonden kenmerken, b) Professionele ervaring met begeleiding van borstvoeding, c) Scholing en begeleiding, d) Doorverwijzing, e) Persoonlijke ervaring.

In deel twee volgden er 39 kennisvragen. We gebruikten dezelfde vragenlijst die door VZW De Bakermat voor medici ter hand werd genomen. Deze originele vragenlijst werd na literatuurstudie samengesteld door een multidisciplinaire experten groep. De keuze van de vragen en de motivering van de (correcte) antwoorden, zijn onderbouwd door internationale literatuur, waarbij zij meestal de WHO-standpunten als wetenschappelijk aanvaarde standaarden gehanteerd hebben. Een aantal vragen werden in overleg met de kwaliteitscoördinatoren van Kind&Gezin duidelijker geformuleerd of aangepast aan de huidige situatie.

Aan de hand van vier thematische clusters; (a) basisregels bij borstvoeding, b) anatomische en fysiologische kenmerken van borstvoeding, c) problemen bij borstvoeding en d) begeleiding van borstvoeding op lange termijn), kwamen de verschillende onderwerpen aan bod waarover de CB-artsen zullen worden bevraagd. De eerste 31 vragen bestonden uit stellingen die met “waar”, “niet waar” of “ik weet het niet”. 8 vragen zijn meerkeuzevragen. De vragen werden in willekeurige volgorde gesteld.

We maakten gebruik van de online enquêtevorm via Google Forms. Er werd een informed consent tabblad aangemaakt, waarin de arts zijn goedkeuring geeft tot deelname door de box aan te vinken, en aldus door te gaan naar de vragenlijst (zie bijlage 2). De verwerking van de gegevens gebeurde volledig anoniem, er werd geen gebruik gemaakt van mogelijke identificatiegegevens (naam, RIZIV, RRN).

Op vraag van de deelnemers willen we de resultaten en antwoordsleutel ter beschikking stellen aan de coördinerende artsen bij Kind & Gezin ter verspreiding.

Verwerking van de gegevens

Gegevens werden anoniem verwerkt door de onderzoeker onder supervisie van de promotor en een statisticus. De onderzoeker ontving de gegevens als Excel file via download vanuit Google Forms. Verdere verwerking gebeurt in SPSS voor Windows (versie 24). Een statisticus vanuit de UA werd gevraagd voor de vergelijkende analyse m.b.v. SAS.

Beschrijving van de werkwijze

Voor de deelnemende artsen beschrijven we hun sociodemografische kenmerken, opleiding en vorming, professionele en persoonlijke ervaring, verwijsgedrag en houding.

We lijsten op welke noden en suggesties de artsen melden in verband met bijkomende opleidingen, om deze door te geven aan de kwaliteitscoördinatoren van Kind&Gezin. De overige vrije tekstvelden en bemerkingen die de artsen noteerden worden thematisch geanalyseerd. De antwoorden werden geordend en gecomprimeerd aan de hand van labels

(zin-niveau). De samenvatting wordt telkens in schuingedrukte tekst weergegeven bij de desbetreffende resultaten.

Aan de hand van beschrijvende statistiek gaven we de resultaten weer op de 39 kennisvragen, per cluster en als totaalscore. Omdat we de aandachtspunten voor kennistekort wensen aan te tonen, wordt er zowel aan een fout antwoord als aan “Weet ik niet” de score 0 toegekend. Een juist antwoord krijgt de score 1. De scores worden per cluster opgeteld en gedeeld door het aantal vragen in die cluster (Basisregels totaal op 10, Anatomie en Fysiologie totaal op 6, Problemen totaal op 12, Langdurig borstvoeden totaal op 11). De totaalscore wordt berekend voor de 39 vragen, met een maximum totaal op 39.

Er werd in de originele studie gekozen om een afkappingspunt van 60% te hanteren om een aandachtspunt bij de kennisvragen te identificeren. Een hogere afkapping zou in die studie aanleiding gegeven hebben tot een teveel aan aandachtspunten. Als we de verwachtingen vanuit de ouders naar zorgverleners goed inschatten, dan zou deze lat nog veel hoger moeten liggen. Deze studie selecteerde bovendien precies die groep van artsen die het vaakst in contact komen met de begeleiding rond borstvoeding. Daarom kozen we ervoor om in deze studie een afkappingspunt van 70% op kennisvragen te hanteren, om aldus de kennishiaten goed te identificeren.

Vergelijking van de variabelen

We onderzochten of er een verband is tussen verwijsgedrag enerzijds en bekwaamheidsgevoel of (nood aan meer) opleiding anderzijds. We keken ook na of er een verband is tussen persoonlijke borstvoedingservaring en bekwaamheidsgevoel, en tussen persoonlijke ervaring en attitude ten aanzien van ouders (promotie van borstvoeding). Deze testen werden uitgevoerd aan de hand van de Pearson Chi-square test voor onafhankelijkheid, waarbij H0 de nulhypothese is die stelt dat er geen verband is tussen beide variabelen. Indien meer dan 20% van de verwachte waardes kleiner is dan 5, gebruiken we de Fisher Exact test (tweezijdig).

Voor bovenstaande vergelijkingen werden categorische variabelen samengevoegd, met het oog op een minimum verlies aan data. Voor de 4 uitspraken (taak, bekwaam, voldoende opleiding, nood bijscholing) werden telkens twee categorieën van de intervalschaal samengevoegd tot “overwegend ja” (*ja* en *meer ja dan nee*) en “overwegend nee” (*meer nee dan ja* en *nee*). Hetzelfde deden we voor de frequentie waarmee artsen doorverwijzen: in meer dan de helft van de gevallen (*vaak* en *meestal*) en in minder dan de helft van de gevallen (*soms* en *nooit*). De antwoorden rond eigen ervaring met borstvoeding werden in 2 duidelijkere categorieën verdeeld: ja (*ja* en *gestart maar niet succesvol*) en nee (*geen borstvoeding*

gegeven en *niet van toepassing*). Er werd nog een nieuwe variabele gecreëerd voor alle artsen die de module Zuigeling uit de Master in de Jeugdgezondheidszorg heeft gevolgd, waarbij de artsen met diploma en getuigschrift opgeteld werden. Doorheen de analyse wordt steeds gebruikt gemaakt van een alpha score van 0.05.

We gingen na of de totaalscore op de kennistest verband hield met leeftijd, geslacht, aantal jaren professionele ervaring, frequentie waarmee men advies geeft, huidige hoofdberoep, deelname aan module zuigeling van Master in Jeugdgezondheidszorg, gevoel van bekwaamheid, gevoel van voldoende opleiding, nood aan meer opleiding, persoonlijke borstvoedingservaring en verwijsgedrag. Voor deze analyse maken we gebruik van meervoudige lineaire regressie met de totaalscores die werden behaald op de test. Op deze manier speelt de keuze van ons afkappunt op 70% geen rol in latere discussies. Er werd een stapsgewijze selectieprocedure voor het model in SAS doorlopen (GLMselect, forward selection methode, Akaike's information criterium). De variabelen die niet significant zijn werden niet weerhouden in het model.

RESULTATEN

Van de 970 aangeschreven artsen vulden 132 artsen de vragenlijst in. Dit is een respons ratio van 13.6%. Eén arts gaf geen toestemming bij het informed consent, één dubbele entry (zelfde tijdstip, zelfde antwoorden) werd verwijderd. Er werden 130 volledig ingevulde vragenlijsten in de studie opgenomen.

Kenmerken van de deelnemers

Aan deze studie namen 116 vrouwelijke en 14 mannelijke artsen deel. De meesten zijn tussen de 30 en 39 jaar. Masters in de huisartsgeneeskunde vertegenwoordigen 75% van onze deelnemers, en voor 66 van die 98 artsen is dit ook hun huidige hoofdberoep. 31 deelnemers hebben een diploma Master in de jeugdgezondheidszorg op zak (23,8%), en nog eens 5 artsen behaalden het getuigschrift van CB-arts binnen deze opleiding[i].

Tabel 2: Kenmerken van de deelnemende artsen

		N = 130	*%*
Geslacht	Man	14	10.8
	Vrouw	116	89.2
Leeftijd	20-29	25	19.2
	30-39	45	34.6
	40-49	28	21.5
	50-59	20	15.4
	>=60	12	9.2
Provincie tewerkstelling	Geen	3	2.3
	West-Vlaanderen	20	15.4
	Oost-Vlaanderen	29	22.3
	Vlaams-Brabant	18	13.8
	Antwerpen	37	28.5
	Limburg	19	14.6
	Meerdere provincies	4	3.1
Hoogst behaalde diploma	Master in de huisartsgeneeskunde	98	75.4
	Master in de jeugdgezondheidszorg	14	10.8
	Master in de geneeskunde	11	8.5
	Master in de pediatrie	6	4.6
	Geneesheer - specialist	1	0.8
Master in de Jeugd-gezondheidszorg behaald	Nee	94	72.3
	Getuigschrift van CB-arts	5	3.8
	Ja	31	23.8
Hoofdberoep	Huisarts	66	50.8
	Arts bij Kind & Gezin	37	28.5
	CLB-arts	17	13.1
	Pediater	4	3.1
	Huisarts in Opleiding	1	0.8
	Andere	5	3.8

[i] Studenten die het deeltijds cb-traject volgen, nemen in de eerste fase de opleidingsonderdelen 'Van gezondheidszorg tot jeugdgezondheidszorg', 'Geboorte en groei' en 'Motoriek en taal'. In de tweede fase 'Voeding en veiligheid', 'Opvoeding en gezin', 'Communicatie' en 'Stage 2'. https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2016/opleidingen/n/SC_51017010.htm

Ervaring en attitudes bij begeleiding van borstvoeding

Professionele ervaring met begeleiding van borstvoeding

De helft van de deelnemende artsen heeft minder dan 5 jaar ervaring met het begeleiden van borstvoeding (49.23%). Voor de meeste artsen zien we dat ze minstens wekelijks in contact komen met de begeleiding van borstvoeding. Toch blijft er een grote groep (40,8%) van artsen die dit minder dan één keer per week in de praktijk kan brengen (Tabel 3).

Tabel 3 : Professionele ervaring

		N = 130	*%*
Professionele ervaring met borstvoedingsbegeleiding	Geen	5	3.8
	Minder dan 1 jaar tot 5 jaar	64	49.2
	6 tot 10 jaar	17	13.1
	11 tot 15 jaar	14	10.8
	16 tot 20 jaar	11	8.5
	Meer dan 20 jaar	19	14.6
Frequentie waarmee men borstvoedingsadvies geeft	Elke dag	15	11.5
	Elke week	62	47.7
	Elke twee weken	23	17.7
	Elke maand	18	13.8
	Elke 3 maanden	7	5.4
	Minder dan 4 keer per jaar	5	3.8

De meeste adviezen gaan over de frequentie van de voeding (26.8%), gevolgd door bijvoeding en supplementen (16,3% van alle adviezen), borstontsteking (12,2% van alle adviezen) en tepelproblemen (10,0% van alle adviezen). 84,6% van alle artsen geeft frequent advies over de frequentie van voeding. Slechts 14,6% van de artsen geeft frequent advies over hoe men de baby moet aanleggen aan de borst. (Tabel 4)

Tabel 4: Inhoud van de meest frequente gegeven adviezen

	Adviezen		**Artsen**	
	N	*%*	*N*	*%*
Frequentie van de voeding	110	26,8%	110	84,6%
Bijvoeding en supplementen	67	16,3%	67	51,5%
Borstontsteking	50	12,2%	50	38,5%
Tepelproblemen	41	10,0%	41	31,5%
Vaste voeding	35	8,5%	35	26,9%
Terugvloeien van melk	30	7,3%	30	23,1%
Voeding van de moeder	29	7,1%	29	22,3%
Afkolven	21	5,1%	21	16,2%
Aanleggen aan de borst	19	4,6%	19	14,6%
Bewaren van moedermelk	8	2,0%	8	6,2%
Totaal	410	100,0%	410	315,4%

Nota : meerdere antwoorden waren mogelijk

Enkele artsen noteerden dat ze ook regelmatig adviezen geven met betrekking tot de groeispurt bij baby's, melkproductie (principe van vraag en aanbod) en rust en vertrouwen in de borstvoeding.

Doorverwijzingen bij begeleiding van borstvoeding (Tabel 5)

Slechts enkele artsen geven aan dat ze nooit verwijzen voor de begeleiding van borstvoeding (2,3%). De andere deelnemers doen dat regelmatig en één op drie doet dat zelfs vaak. Bijna de helft van de doorverwijzingen gebeurt omwille van een nood aan nauwere opvolging (43.1%). 43 van de 130 artsen verwijst wel eens door omdat ze onvoldoende kennis hebben in de casus, dit is 1 op 3 artsen.

In de persoonlijke bemerkingen worden door de deelnemende artsen ook genoteerd dat ze doorverwijzen omwille van gebrek aan tijd of bij een risicogezin, of omwille van de overtuiging dat een lactatiekundige beter geplaatst is in deze casus.

Tabel 5 : Doorverwijzingen bij borstvoedingsbegeleiding

	Aantal artsen	
	%	(n)
Frequentie waarmee men doorverwijst		
Nooit	2.3	(3)
Soms	61.5	(80)
Vaak	30.8	(40)
Meestal	5.4	(7)
Altijd	0.0	(0)
Wat is de reden van de verwijzing?*		
Nauwere opvolging is vereist	43,1	(106)
Samenwerking met de andere hulpverleners is vereist	20,3	(50)
Verwijzing vanuit preventieve naar therapeutische lijn	19,1	(47)
Onvoldoende kennis in deze casus	17,5	(43)
Naar wie wordt er verwezen?*		
Regioverpleegkundige	34,1	(107)
Vroedvrouw-lactatiekundige	28,3	(89)
Vroedvrouw	10,8	(34)
Huisarts	9,6	(30)
Borstvoedingsorganisatie	9,2	(29)
Kinderarts	8,0	(25)
Ik weet wanneer ik best de regioverpleegkundige inschakel		
Ja	86,2	(112)
In de meeste gevallen wel	11,5	(15)
Nee	2,3	(3)
Naar welke borstvoedingsorganisatie wordt er verwezen?		
Geen	74,2	(98)
VZW De Bakermat	12,1	(16)
La Leche League	9,8	(13)
VZW Borstvoeding	3,8	(5)

***Nota : meerdere antwoorden waren mogelijk, n > 130**

107 van de 130 (82%) CB-artsen verwijst wel eens naar door naar de regioverpleegkundige, meer dan 2 op 3 artsen ook naar de vroedvrouw-lactatiekundige. 86% van de bevraagde artsen geeft aan dat ze goed weten wanneer ze de regioverpleegkundige kunnen inschakelen.

Driekwart van de artsen geeft aan dat ze nooit verwijzen naar een borstvoedingsorganisatie. Bij de artsen die dit wel doen wordt zowel de VZW Bakermat (12.12%), La Leche League (9.85%) en de VZW Borstvoeding (3.79%) aangehaald.

De artsen gaven aan dat er soms redenen zijn om niet door te verwijzen, zoals teveel tegenstrijdige adviezen voor de moeder, of onduidelijkheid of de regioverpleegkundige voldoende ervaring of dezelfde visie heeft. Daarnaast geven ze aan dat ze soms twijfelen aan hun eigen kennis bij kleine problemen, maar toch niet doorverwijzen. Ze houden rekening met de wens van de moeder om al dan niet door te verwijzen. Sommige artsen geven aan dat ze regelmatig overleggen met de regioverpleegkundige, bijvoorbeeld rond een doorverwijzing of bij problemen tijdens de borstvoeding. Ze geven wel aan dat de regioverpleegkundige ook niet steeds de tijd heeft om een intensieve begeleiding op zich te nemen.

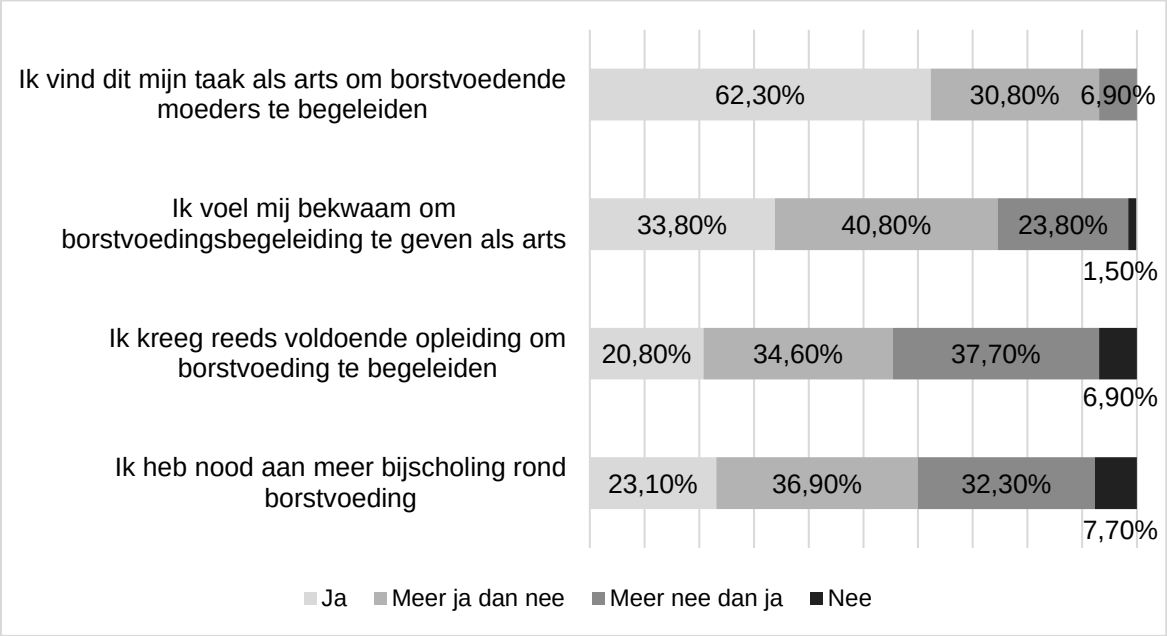
Attitudes, bekwaamheid en bijscholing rond borstvoeding

Alle artsen zijn overwegend akkoord dat het hun taak is om borstvoedende moeders te begeleiden, toch zijn er 10 artsen die meer nee dan ja antwoorden. (Figuur 3)

Eén van de deelnemers haalt aan dat men hier als arts te ver van staat om voldoende ervaring te hebben, en geeft aan dat de regioverpleegkundigen of vroedvrouwen hiervoor beter geplaatst zijn.

Een kwart van de artsen geeft dan aan dat ze zich onvoldoende bekwaam voelt om deze taak te vervullen (25,3%) en hiervoor te weinig opleiding kreeg (44,6%). 60% van alle deelnemers geven aan dat ze nood hebben aan meer bijscholing.

Figuur 3: Uitspraken rond attitude, bekwaamheid en opleiding (%)



In Tabel 6 zien we dat 14,6% van de deelnemende artsen nog geen eerdere opleiding volgde rond borstvoeding. 60% van hen doorliep reeds de online leermodule van Kind&Gezin. Ook de intervisie met een lactatiekundige en een intercollegiale toetsing werd door respectievelijk 41,5% en 35,4% van de artsen bijgewoond.

Artsen geven aan dat ze eveneens gebruik maken van handboeken door zelfstudie (La Leche Leage, Borstvoeding Broekhuijsen – Kleintjens), praktijkervaring door de jaren heen, professionele contacten met borstvoedingsorganisaties (LLL), privé contacten met vroedvrouw/lactatiekundige en hun eigen persoonlijke ervaring met borstvoeding.

De artsen konden aangeven rond welke onderwerpen ze liefst bijscholing zouden krijgen (Tabel 6). De drie onderwerpen die het vaakst werden aangehaald zijn tepelproblemen (14,87%), voeding van de moeder (12.23%) en bijvoeding en supplementen (11.75%). Ook alle andere items werden gemeld.

Een aantal deelnemers haalt aan dat ze liefst een algemene opleiding rond borstvoeding zou krijgen (n=5). Eén deelnemer zou ook graag meer weten over de relatie tussen borstvoeding en welzijn van moeder en kind.

Een intervisie met lactatiekundige van Kind&Gezin (25.4%) of een onlinecursus met lees- en beeldmateriaal (24.4%) werd het meest aangehaald als voorkeursvorm voor de navorming.

In de persoonlijke bemerkingen geven de artsen aan dat het erg belangrijk is dat een navorming zo georganiseerd wordt dat het praktisch haalbaar blijft. Veel van deze

deelnemers zijn huisartsen, en verkiezen een niet al te frequente navorming 's avonds door de week. Hoewel ze een online module zeer toegankelijk vinden, geven ze aan dat het leereffect van persoonlijke interactie (intervisie) wellicht groter is, en vinden ze het onderling bespreken van casussen (praktijkgericht) zeer interessant. Daarnaast halen ze ook aan dat ze uit zo'n navorming graag een verslag/naslagwerk verkrijgen om achteraf (snel) te kunnen raadplegen.

Tabel 6 : Scholing rond borstvoeding bij de deelnemers

	Aantal artsen	
	N*	**%**
Welke scholing heeft men reeds achter de rug over borstvoeding?		
Online module Borstvoeding op het K&G leerplatform	79	60,8%
Intervisie met de lactatiekundige van Kind&Gezin	54	41,5%
Intercollegiale toetsing	46	35,4%
Les tijdens de opleiding JGZ	24	18,5%
Handboek voor Zorgverlener rond borstvoeding	16	12,3%
Andere vorming/opleiding	3	2,3%
Geen	19	14,6%
Over welke thema's wenst men nog extra navorming?		
Tepelproblemen	62	48,1%
Voeding van de moeder	51	39,5%
Bijvoeding en supplementen	49	38,0%
Aanleggen aan de borst	43	33,3%
Terugvloeien van melk	43	33,3%
Afkolven	42	32,6%
Borstontsteking	39	30,2%
Bewaren van moedermelk	34	26,4%
Vaste voeding	29	22,5%
Frequentie van voeding	25	19,4%
Geen extra navorming	21	16,3%
Welke vorm van nascholing vindt men het meest geschikt?		
Intervisie met lactatiekundige van K&G	78	61,4%
Online cursus met lees- en beeldmateriaal	75	59,1%
Seminarie	39	30,7%
Intercollegiale toetsing	38	29,9%
Praktische oefening (bv. aanleggen, goed drinkgedrag, groeicurven)	36	28,3%
Casusbespreking ad hoc	33	26,0%
Experten panel	8	6,3%

***Nota : meerdere antwoorden waren mogelijk, dus n totaal >130**

Persoonlijke ervaring met borstvoeding

92 van de 130 artsen heeft persoonlijke ervaring met borstvoeding (Tabel 7). We zien dat 95.4% van de artsen die zelf borstvoeding gaven dit een eerder positieve ervaring vonden. 50% van de artsen (of partners) die zelf succesvol borstvoeding hebben gegeven, gaven minstens 6 maanden borstvoeding (niet enkel exclusief).

Voor 5 van de 92 artsen was de start niet succesvol, maar ze geven wel alle 5 aan dat ze opnieuw voor borstvoeding zouden kiezen. Voor 4 artsen was de borstvoeding succesvol maar toch een eerder negatieve ervaring. Van de 7 artsen die niet gestart zijn met borstvoeding was dit voor 2 van hen een bewuste keuze, één arts gaf aan dat hij/zij onvoldoende kennis had op dat moment.

Tabel 7 : Persoonlijke ervaring met borstvoeding

	Artsen	
	N	***%***
Ja, ik (of mijn partner) heb zelf borstvoeding gegeven	**87**	**66,9**
Hoe lang heb je borstvoeding gegeven?		
Ik geef nog steeds borstvoeding	6	4,6
Minder dan 3 maanden	12	9,2
3 tot 6 maanden	25	19,2
7 tot 12 maanden	23	17,7
Meer dan 1 jaar tot 2 jaar	10	7,7
Meer dan 2 jaar	11	8,5
Vond je dit een fijne ervaring?		
Ja	65	50,0
Meer wel dan niet	18	13,8
Meer niet dan wel	3	2,3
Nee	1	0,8
Ik ben (of mijn partner is) gestart met borstvoeding maar zonder succes	**5**	**3,8**
Zou je opnieuw voor borstvoeding kiezen?		
Ja	5	3,8
Nee	0	0,0
Nee, ik heb geen borstvoeding gegeven	**7**	**5,4**
Wat was de reden om niet voor borstvoeding te kiezen?		
Geen reden opgegeven	4	3,1
Bewuste keuze	2	1,5
Onvoldoende kennis en/of ervaring	1	0,8
Niet van toepassing (geen kinderen)	**31**	**23,8**
Totaal	**130**	**100,0**

De meeste verbeterpunten (Tabel 8) die op basis van de persoonlijke ervaring werden aangehaald zijn de begeleiding bij de opstart in het ziekenhuis (frequentie van de voedingen, hulp bij het aanleggen, houdingen), de opvolging thuis gedurende de eerste weken en steun bij omstandigheden zoals vermoeidheid, zware bevalling/keizersnede, postnatale depressie.

Tabel 8 : Verbeterpunten die deelnemers melden vanuit hun eigen ervaring

	Aantal artsen (n = 87)*	
	N	***Percent***
De professionele ondersteuning bij de opstart in ziekenhuis	40	25,97%
De opvolging thuis gedurende de eerste weken	30	19,48%
Steun bij omstandigheden zoals vermoeidheid, keizersnede, depressie	27	17,53%
De professionele ondersteuning bij de opstart thuis	15	9,74%
Begeleiding bij typische borstvoedingsproblemen, zoals mastitis	12	7,79%
De steun van mijn partner / vrienden / (schoon)familie	11	7,14%
Mijn eigen (en mijn partners) kennis rond borstvoeding	5	3,25%
Andere verbeterpunten	14	9,09%

Groep die borstvoeding heeft gegeven (zowel "ja" als "gestart maar onsuccesvol")

*Enkele artsen geven als opmerking mee dat ze bij hun persoonlijke ervaring teleurgesteld zijn door de **professionele begeleiding op de materniteit**. Ze noemen hierbij zowel foute als tegenstrijdige adviezen (n = 7).*

*Ook de combinatie van **werken** en borstvoeding geven wordt bij de deelnemende artsen als belangrijk obstakel vernoemt (n=4) De meesten hebben als zelfstandige erg weinig zwangerschapsverlof (9 weken), en moeten naar hun gevoel veel te snel terug aan het werk. Ze geven aan dat hier nog veel verbetering mogelijk is. Ook de begeleiding bij meerlingen, in het bijzonder bij alleenstaande moeders, moet beter volgens hen.*

*Enkele deelnemende artsen merken op dat er ook nog **maatschappelijk-culturele verbeterpunten** zijn. Zo worden toch nog regelmatig negatieve ervaringen gemeld over borstvoeden in het openbaar, of over moeders die langdurig voeden (>6maanden). Er zijn te weinig (specifieke) publieke ruimtes waar men rustig borstvoeding mag/kan geven.*

*Artsen geven aan dat het belangrijk is om goed **voorbereid** te zijn op borstvoeding, zonder foute verwachtingen. Ze horen vaak het idee dat borstvoeding wel "vanzelf zal gaan", terwijl ze zelf aanvoelen dat een basiskennis absoluut nodig is. Dit start best al prenataal, om vrouwen op een juiste wijze te motiveren tot borstvoeding. Hierbij wordt bijvoorbeeld de kennis rond afkolven en ingetrokken tepels aangehaald.*

We zien in Tabel 9 dat artsen aangeven dat hun (gebrek aan) eigen ervaring hun ondersteunende rol in het begeleiden van borstvoeding kan beïnvloeden (11% altijd, 32% meestal). Slechts 1 arts op 10 geeft aan dat dit (gebrek aan) ervaring geen invloed heeft.

Meer dan 4 op 5 van de deelnemende artsen geeft tijdens een consult aan dat hij/zij voorstander is van borstvoeding, de overige artsen blijven neutraal. Een kwart van alle artsen promoot actief en uitgebreid.

Tabel 9: Professionele houding in de begeleiding van borstvoeding

	N	%
Beïnvloedt uw (gebrek aan) eigen ervaring de ondersteunende rol die u als arts hebt in het begeleiden van borstvoeding?		
Altijd	15	11,50
In de meeste consultaties wel	42	32,30
In ongeveer de helft van de consultaties	24	18,50
In de meeste consultaties niet	36	27,70
Nooit	13	10,00
Hoe zou u uw professionele houding in de begeleiding van borstvoeding omschrijven?		
Ik moedig ouders actief aan om borstvoeding te (gaan) geven en geef uitgebreide informatie	36	27,70
Ik ben voorstander van borstvoeding en geef dit ook kort aan	72	55,40
Ik geef geen voorkeur aan en bespreek voor- en nadelen van zowel borstvoeding als flesvoeding	22	16,90
Ik ben geen voorstander van borstvoeding en geef dit ook zo aan	0	0.00
Ik raad borstvoeding actief af	0	0.00
Totaal	130	100%

*Veel artsen vinden hun eigen ervaring een **extra pluspunt** in de rol als CB-arts, onder de vorm van extra bagage om op terug te vallen. Dit betekent niet voor alle deelnemers hetzelfde: sommige geven aan dat ze meer **tips** kennen rond kleine praktische problemen, anderen verklaren dat ze **meer theoretische kennis** hebben opgedaan door iets op te zoeken dankzij hun eigen ervaring. Ze geven echter ook meteen aan dat dit beperkt is, je leert immers enkel bij over wat je zelf hebt meegemaakt en het geeft ook enkel een "voordeel" in de consultatie met moeders die borstvoeding geven, niet wanneer ze flesvoeding geven. Een aantal artsen geven aan dat ze zich toch ook **meer zelfzeker** en **bekwamer** voelen door hun eigen ervaring.*

*Velen halen aan dat je meer voeling en **begrip voor de moeders** krijgt door zelf borstvoeding te geven. Ze vinden dat je je bijvoorbeeld beter kan inleven wanneer de borstvoeding moeilijk loopt, bij specifieke borstvoedingsproblemen of wanneer moeders een schuldgevoel hebben omdat de borstvoeding niet is gelukt. Dit maakt het eenvoudiger en oprechter om hen te ondersteunen.*

*Een aantal artsen haalt ook aan dat dit ook een valkuil kan zijn. Door hun eigen ervaring zijn ze misschien "te" actief in het **promoten** van borstvoeding tijdens het uitoefenen van hun beroep. Ze geven aan dat ze proberen de mensen ook niet te beïnvloeden, en de keuzes van de moeder te willen respecteren.*

Toch zijn er ook heel artsen die aangeven dat ze hun eigen ervaring niet zo belangrijk vinden. Ze vinden hun adviezen bijvoorbeeld onveranderd, of ze geven duidelijk aan dat een onderbouwd advies moet primeren op eigen ervaring.

*De artsen die **zelf geen eigen ervaring** met borstvoeding hebben zijn verdeeld van mening. De ene geeft duidelijk aan dat ze hier geen negatief gevolg van gewaar worden en professioneel goed kunnen ondersteunen ook zonder ervaring. Anderen twijfelen vaak aan zichzelf, en voelt zich minder bekwaam door het gebrek aan persoonlijke ervaring. Ze geven aan dat ze zich proberen goed bij te scholen, en misschien vaker door verwijzen naar de verpleegkundige.*

Relaties tussen scholing, verwijsgedrag, attitudes en eigen ervaring

We stelden een significant verband vast tussen verwijsgedrag en het gevoel van bekwaamheid ($p<0,001$). Van de 97 personen die zich bekwaam voelen, zijn er 25 die vaak of meestal verwijzen. En van de 33 artsen die zich niet bekwaam voelen, zijn er 22 die verwijzen vaak of meestal verwijzen. Ook zien we dat artsen die het hun taak vinden om borstvoedingsbegeleiding te geven minder vaak verwijzen ($p = 0,011$), en andersom. Zo zijn vindt 97,5% van de artsen die soms of nooit verwijzen het hun taak om de borstvoeding te begeleidnen.

Er was geen verband tussen artsen die vonden dat ze voldoende bijscholing hebben gevolgd en hun verwijsgedrag (Tabel 10). We konden geen verband aantonen tussen verwijsgedrag en het gevoel dat men reeds voldoende opleiding heeft gehad, maar wel tussen verwijsgedrag en de nood aan meer bijscholing (p=0.0307). We zien dat 72% van de artsen die meestal of vaak verwijzen nood hebben aan meer bijscholing, maar ook dat nog meer dan de helft (53.01%) van de artsen die soms of nooit verwijst nood heeft aan meer bijscholing.

Tabel 10: Relatie tussen verwijsgedrag en bekwaam voelen en (nood aan meer) bijscholing

	Score volgens verwijsgedrag						
Uitspraken	**Ik verwijs vaak of meestal**		**Ik verwijs soms of nooit**		**Chi-square**		**Fisher**
	N	***%***	***N***	***%***	***Value***	***p***	***p*****
Ik vind dit mijn taak als arts om borstvoedende moeders te begeleiden							
"Ja" en "meer ja dan nee"	40	85.11	81	97.59	*	*	**0.0110**
"Nee" en "meer nee dan ja"	7	14.89	2	4.41			
Ik voel mij bekwaam om borstvoedings-begeleiding te geven als arts							
"Ja" en "meer ja dan nee"	25	53.19	72	86.75	17.8386	**<0,001**	**<0,001**
"Nee" en "meer nee dan ja"	22	46.81	11	13.25			
Ik kreeg reeds voldoende opleiding om borstvoeding te begeleiden							
"Ja" en "meer ja dan nee"	22	46.81	50	60.24	2.1911	0.1388	0.1473
"Nee" en "meer nee dan ja"	25	53.19	33	39.76			
Ik heb nood aan meer bijscholing rond borstvoeding							
"Ja" en "meer ja dan nee"	34	72.34	44	53.01	4.6710	**0.0307**	**0.0403**
"Nee" en "meer nee dan ja"	13	27.66	39	46.99			

***25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test**
****Fishers exact test two-sided**

Als we kijken naar de invloed van eigen ervaring (Tabel 11), dan zien we dat het klopt dat deze artsen zich bekwamer voelen (p=0.0173). Er was geen verband aantoonbaar tussen persoonlijke ervaring en (nood aan meer) bijscholing. We zien dat er ook een verband is tussen eigen ervaring en de houding die men aanneemt ten opzichte van borstvoeding in een consultatie (p=0,0192). Een verband tussen de stelling dat men het zijn taak vindt als arts om borstvoedingsbegeleiding te geven en persoonlijke ervaring konden we niet vinden.

Tabel 11 : Relatie tussen persoonlijke ervaring en bekwaam voelen, (nood aan meer) scholing en attitude

Uitspraken	Score volgens persoonlijke ervaring: Ik (of mijn partner) heb zelf borstvoeding gegeven		Ik (of mijn partner) heb zelf geen borstvoeding gegeven		Chi square		Fisher exact
	N	*%*	*N*	*%*	*Value*	*p*	*p***
Ik vind dit mijn taak als arts om borstvoedende moeders te begeleiden							
"Ja" en "meer ja dan nee"	86	93.48	35	92.11	*	*	0.7203
"Nee" en "meer nee dan ja"	6	6.52	3	7.89			
Ik voel mij bekwaam om borstvoedingsbegeleiding te geven als arts							
"Ja" en "meer ja dan nee"	74	80.43	23	60.53	5.6274	**0.0177**	**0.0260**
"Nee" en "meer nee dan ja"	18	19.57	15	39.47			
Ik kreeg reeds voldoende opleiding om borstvoeding te begeleiden							
"Ja" en "meer ja dan nee"	54	58.70	18	47.37	1.3964	0.2373	0.2512
"Nee" en "meer nee dan ja"	38	41.30	20	52.63			
Ik heb nood aan meer bijscholing rond borstvoeding							
"Ja" en "meer ja dan nee"	51	55.43	27	71.05	2.7331	0.0983	0.1173
"Nee" en "meer nee dan ja"	41	44.57	11	28.95			
Professionele houding in consult							
Ik ben voorstander van borstvoeding en geef dit ook kort aan	46	50	26	68.42			
Ik geef geen voorkeur aan en bespreek voor- en nadelen van zowel borstvoeding als flesvoeding	14	15.22	8	21.05	7,9025	**0,0192**	
Ik moedig ouders actief aan om borstvoeding te (gaan) geven en geef uitgebreide informatie	32	34.78	4	10.53			

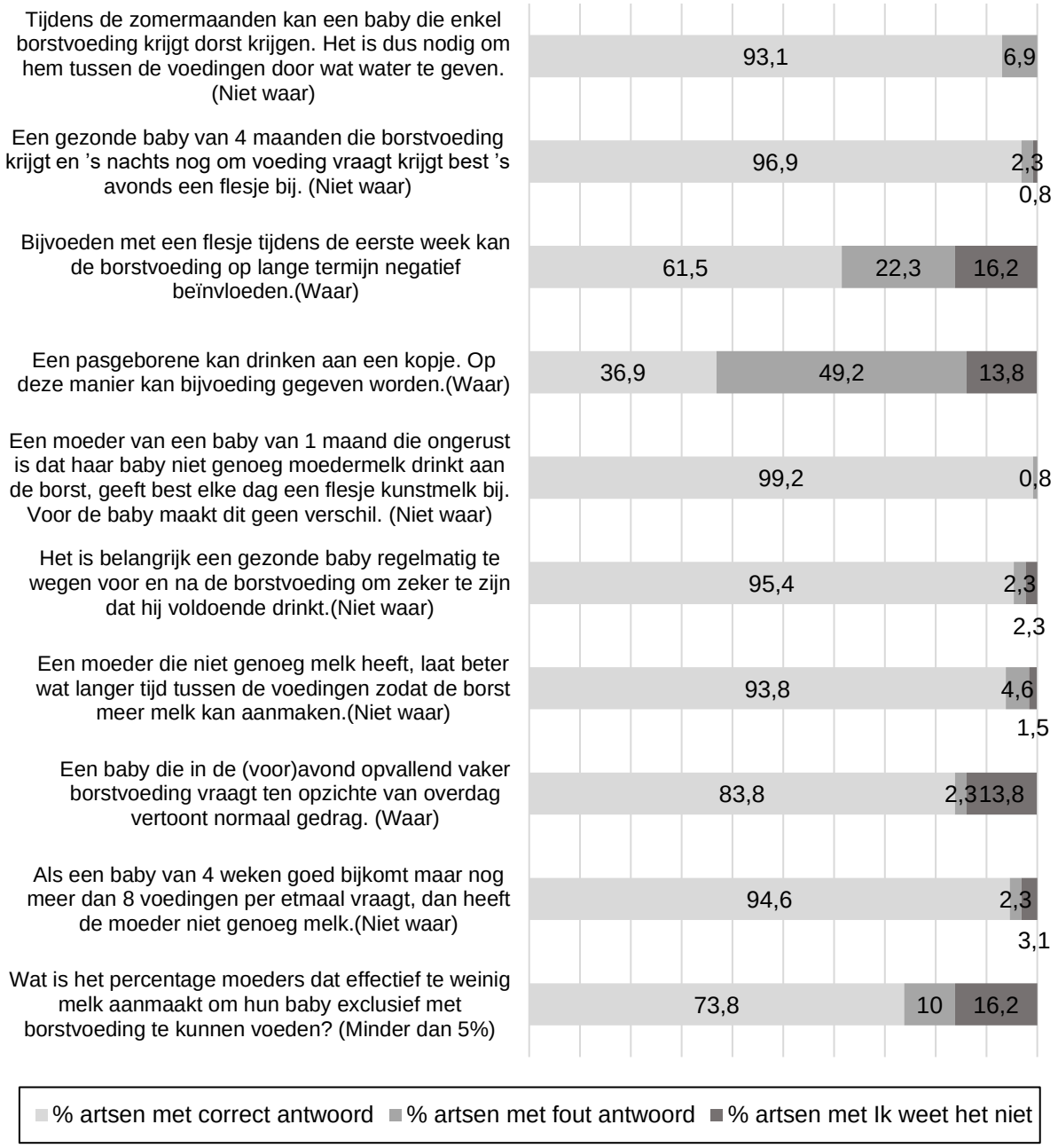
***25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test**
****Fishers exact test two-sided**

Kennis rond borstvoeding

Basisregels voor een goede borstvoeding: voeden op vraag en exclusieve borstvoeding

Voor de stellingen rond "**Voeden op vraag**" was de score van de groep voor elke vraag meer dan 70%. Wel zagen we dat 16,2% van de artsen aangaven dat ze niet op de hoogte zijn *"wat het percentage moeders is dat effectief te weinig melk aanmaakt om hun baby exclusief met borstvoeding te kunnen voeden*".

Figuur 4: Resultaten voor basiskennis (% artsen)

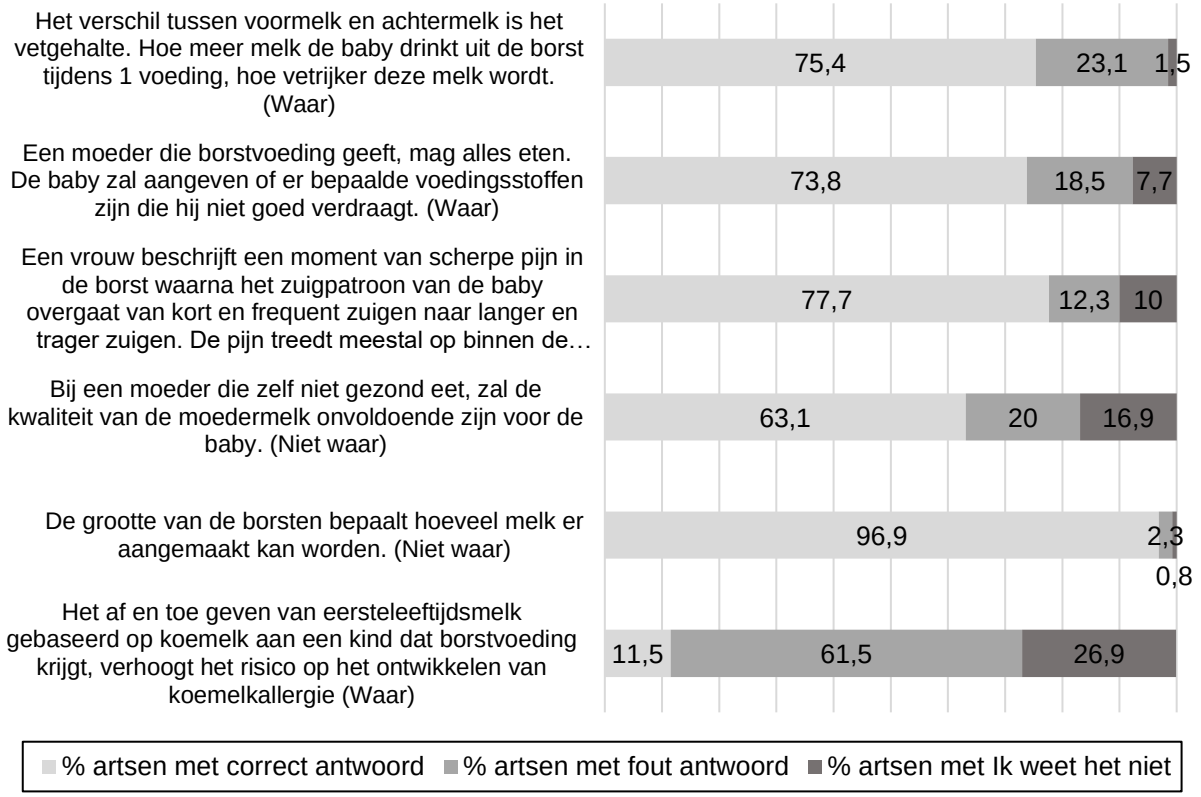


Bij de vragen over "**Exclusieve borstvoeding**" was de score van de groep voor 2 stellingen minder dan 70%. Het ging over de stelling "*of een pasgeborene kan drinken aan een kopje voor bijvoeding*" (36,9% antwoordde correct) en de stelling "*of bijvoeden met een flesje tijdens de eerste week de borstvoeding op lange termijn negatief kan beïnvloeden*" (61,5% beantwoordde dit correct). De andere 3 stellingen scoorden zeer hoog, meer dan 90% van de artsen beantwoordde deze correct. De **totaalscore** voor de basiskennis was zeer goed in deze groep, met 89% van de artsen die meer dan 7/10 scoorden.

Anatomie en fysiologie

Voor de vragen met betrekking tot Anatomie en Fysiologie wordt er door 57.7% van de artsen minder dan 70% van de vragen juist beantwoord. De deelnemers hadden vooral moeite met de vraag of het "*af en toe geven van eersteleeftijdsmelk gebaseerd op koemelk aan een kind dat borstvoeding krijgt, het risico op het ontwikkelen van koemelkallergie verhoogt*" (11,5% beantwoordt deze vraag correct). Ook de score onder alle deelnemers voor de vraag "*of de kwaliteit van de moedermelk onvoldoende zal zijn voor de baby bij een moeder die zelf niet gezond eet*" is minder dan 70% (63,1% beantwoordt deze vraag correct). 1 arts op 4 beantwoordt de vraag over het "*verschil tussen voormelk en achtermelk*" niet correct.

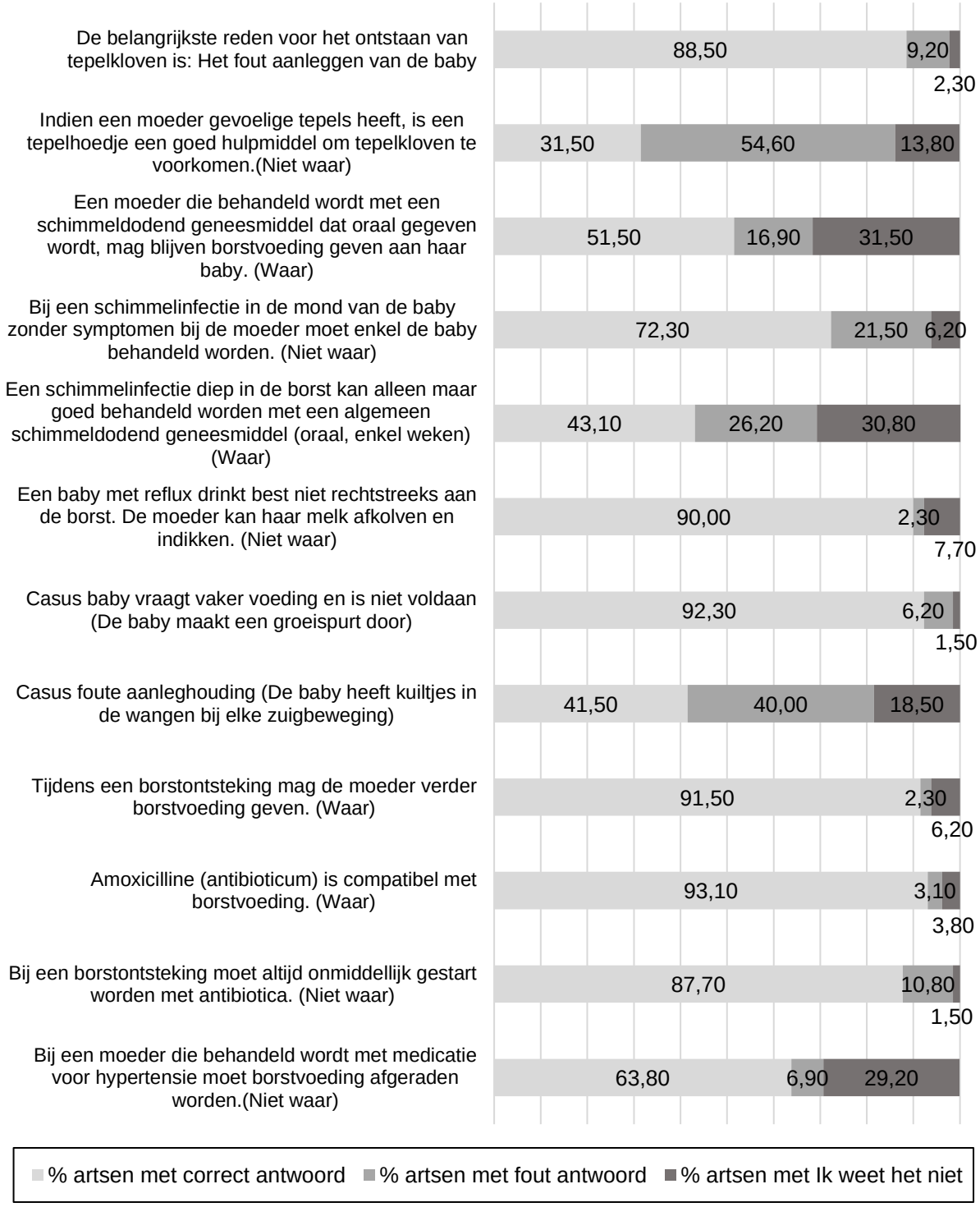
Figuur 5 : Resultaten voor anatomie en fysiologie (% artsen)



Problemen bij borstvoeding

We stelden vast 41,5% van de artsen de vraag rond een juiste aanleghouding correct kan beantwoorden. Toch weet 88% van de artsen dat een foute aanleghouding de voornaamste reden is voor het ontstaan van tepelkloven. De correcte indicatie van een tepelhoedje is bij ongeveer één arts op drie duidelijk (31,5%).

Figuur 6 : Resultaten voor problemen bij de borstvoeding (% artsen)

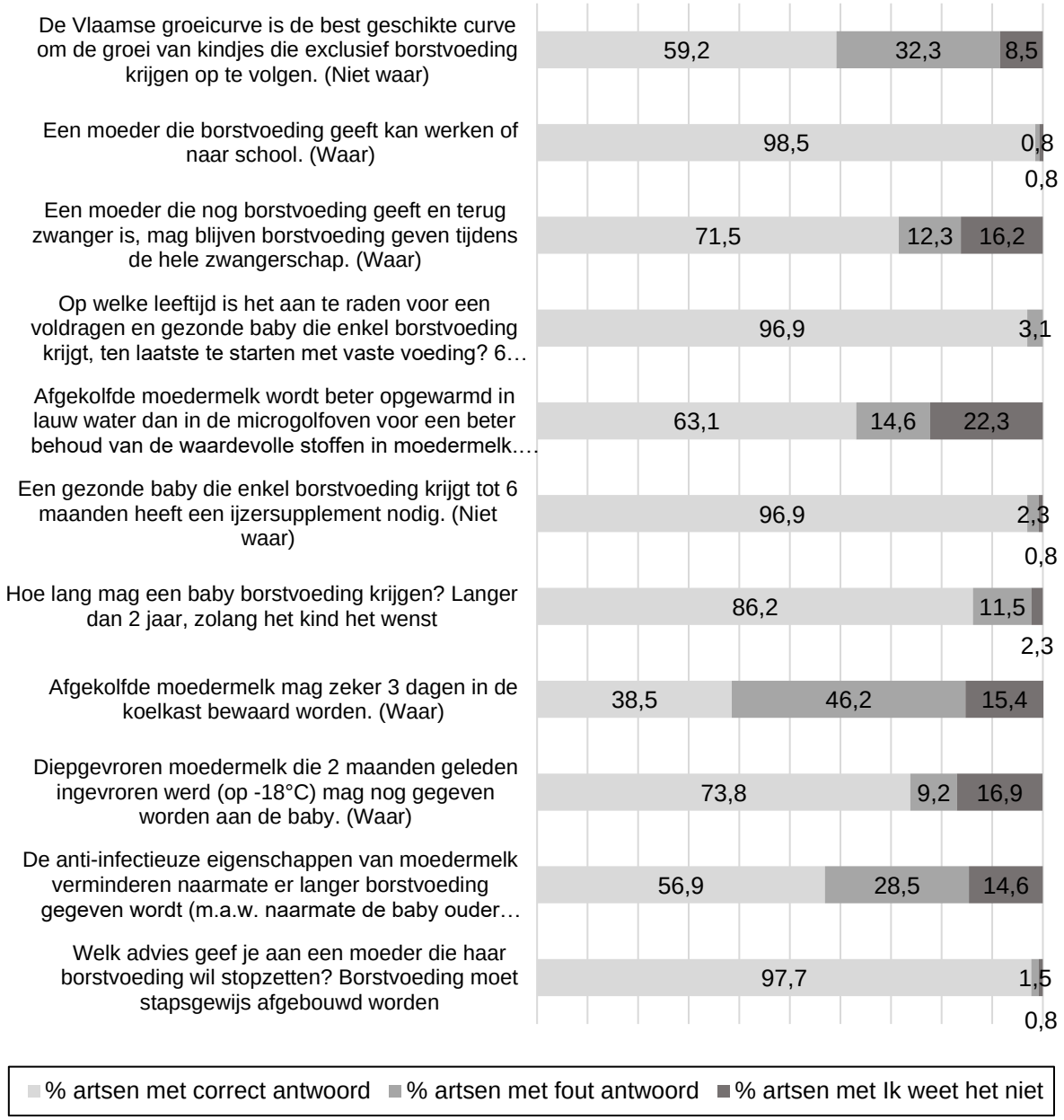


Ongeveer 30% van de artsen weet niet of de moeder borstvoeding kan combineren met de behandeling met antihypertensiva (29.20%) of een oraal schimmeldodend preparaat (31.5%). De therapeutische indicatie voor een diepe schimmelinfectie is ook onduidelijk (31% weet dit niet). Men is wel goed op de hoogte dat bij een schimmelinfectie in de mond van de baby ook de moeder behandeld moet worden (72,3% correct). De drie vragen over borstontsteking, reflux en groeispurt worden door ongeveer 9 van de 10 artsen correct beantwoord.

In totaal zien we dat voor dit item ongeveer de helft van de artsen voldoende scoort (>8 vragen op 12 correct)

Begeleiding van borstvoeding op lange termijn

Figuur 7 : Resultaten voor begeleiden op lange termijn (% artsen)



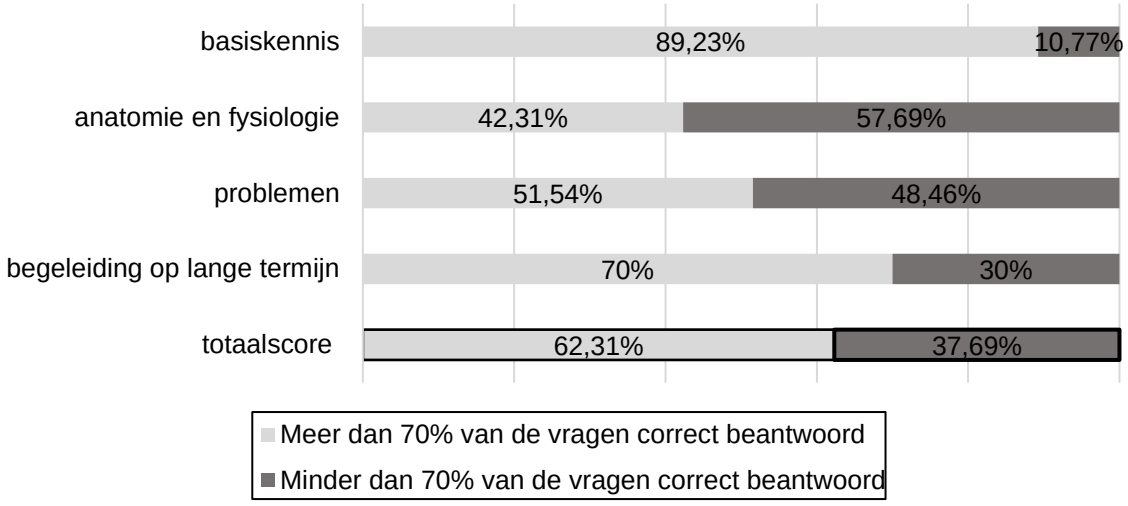
We zien dat er nog aandachtspunten zijn bij de kennis van het bewaren en opwarmen van afgekolfde melk. Ook de veranderingen van de anti-infectieuze eigenschappen van moedermelk zijn onvoldoende gekend. Verder zien we dat minder dan 6 artsen op 10 weten dat de Vlaamse groeicurve niet de best geschikte is om kindjes op te volgen die exclusief borstvoeding krijgen.

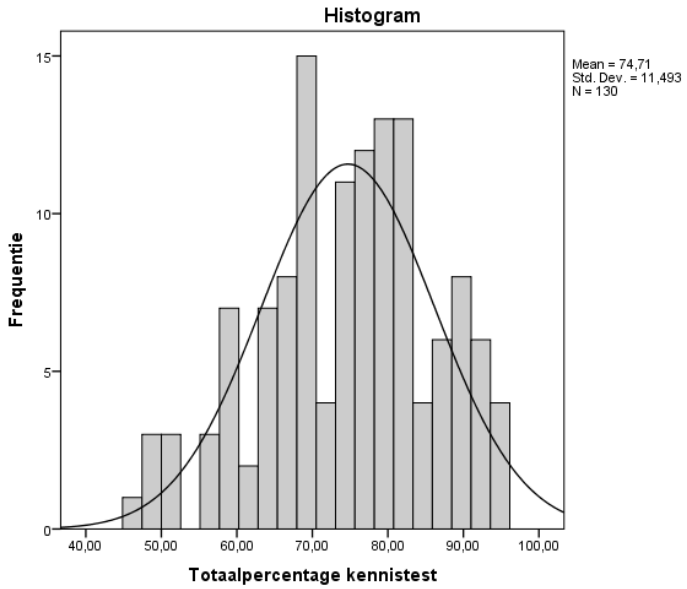
In totaal scoorde dit onderdeel wel goed, met 70% van de artsen die minstens 7/10 behaalden hier.

Totaalscores kennistest

De gemiddelde totale score op de test was 74,12% (SD 11.5) voor de 39 vragen. We zagen dat 81 van de 130 deelnemers meer dan 7 op de 10 vragen correct beantwoordden (62,31%).

Figuur 8: Totalen per thema en totale testscore





Invloed op de kennisscore

Uit onze data-analyse kunnen we besluiten dat eigen ervaring een invloed heeft op de kennisscore. Artsen die zelf borstvoeding hebben gegeven hebben een totale kennisscore die 1,86 punten hoger ligt dan bij artsen die geen eigen borstvoedingservaring hebben. Dit verschil is significant (p=0,026).

We zien ook dat de kennisscore positief beïnvloedt wordt wanneer artsen zich bekwamer voelen (p=0,005 voor Ja en 0,019 voor Meer ja dan nee).

We zien dat de kennisscore lager is bij artsen die de Master in Jeugdgezondheidszorg of het CB-certificaat afgelegd hebben. De totale kennisscore is 1,75 punten lager.

Tabel 11 : Resultaat van de lineaire regressie-analyse

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.
Intercept	21,569	2,885	7,477	,000
Ik (of mijn partner) heb zelf borstvoeding gegeven	1,863	,827	2,252	,026
Ik voel mij bekwaam [Ja]	8,392	2,938	2,856	,005
Ik voel mij bekwaam [Meer ja dan nee]	6,917	2,921	2,368	,019
Ik voel mij bekwaam [Meer nee dan ja]	4,515	2,951	1,530	,129
Ik voel mij bekwaam [Nee]	0[a]	.	.	.
Master Jeugdgezondheidszorg, minst. module zuigeling	-1,753	,814	-2,153	,033

R Squared = ,220 (Adjusted R Squared = ,188

DISCUSSIE

Aanbevelingen

Zoals verwacht vanuit de literatuur, zagen we ook in ons onderzoek dat de **kennis** van CB-artsen met betrekking tot de begeleiding van borstvoeding behoorlijk is maar niet voldoende, in het bijzonder voor de items over “anatomie & fysiologie” en “problemen tijdens de borstvoeding”. Op deze items scoort respectievelijk slechts 42,31% en 51,54% van de artsen meer dan 7 op 10 correct.

Vanuit onze resultaten is het voor Kind & Gezin mogelijk om de gepaste **navorming** uit te werken voor deze doelgroep. Het zal een uitdaging zijn om alle artsen te kunnen bereiken en te motiveren om deel te nemen. De meeste deelnemers zijn huisartsen, zij gaven praktische organisatie en tijdsgebrek vaak aan als drempels. Wel geven ze aan dat het leereffect van persoonlijke interactie (intervisie) het grootst is. We zagen een positieve respons op de online module en de intervisies die K&G aanbiedt, hier kan dus zeker verder op ingezet worden. Behalve extra navorming, lijkt het aanbevolen om basiskennis rond borstvoeding te implementeren in de **opleiding tot basisarts en huisarts**. We moeten wel realistisch zijn in onze verwachtingen naar de eerstelijnsartsen toe. *Het is onze aanbeveling om deze opleiding vooral uit te werken met het oog op **de rol die de arts zal spelen** binnen deze borstvoedingsbegeleiding.*

Zoals aangehaald in de inleiding blijven artsen een vertrouwd aanspreekpunt voor moeders, en wenden zij zich tot hen voor advies. Ook al vinden niet alle artsen het hun taak om de begeleiding van borstvoeding mee op te nemen, ze worden vaak geconsulteerd voor **problemen** in de borstvoeding, en schrijven ook de nodige **medicatie** voor. Net op deze items scoren ze niet voldoende. Om aan de verwachtingen van moeders te kunnen voldoen, hebben ze nood aan meer vertrouwen in hun eigen kennis en vaardigheden. De artsen die zich niet bekwaam voelen, scoren immers ook significant minder op de kennistest. We zagen eerder al dat meer kennis en vertrouwen kan bekomen worden door vorming. (5). *Aangezien de arts dus niet is weg te denken uit de begeleiding van borstvoeding, moet er maximaal ingezet worden op het wegwerken van deze **specifieke kennistekorten**.*

Vroedvrouwen, verpleegkundigen en lactatiekundigen vormen op dit moment vaak de spil in de borstvoedingsbegeleiding. Zij komen het meest frequent met de moeders in contact, kennen de pijnpunten en kunnen meer inzetten op goede opvolging. Uit het onderzoek van VZW De Bakermat was het duidelijk dat regioverpleegkundigen en vroedvrouwen in de thuiszorg beter op de hoogte zijn van de kennis bij borstvoeding (23). *Het loont de moeite om*

te bekijken hoe deze groep in hun functie versterkt kan worden, zoals met de recente wijziging van ***voorschrijfrechten***[i].

Niet alleen de rol van iedere professional, maar ook de **onderlinge samenwerking**, moet duidelijker worden in dit veranderende kraamlandschap. De verkorte ligduur na een ongecompliceerde bevalling zorgt voor een verschuiving binnen de postnatale zorg. Dit stelt in de eerste plaats de zorgverleners van de eerstelijn voor nieuwe uitdagingen (16). *Voor deze artsen betekent dit naast inhoudelijke kennis ook inzetten op de kennis van de* ***doorverwijsmogelijkheden*** *(zoals borstvoedingsorganisaties) en overleg met andere eerstelijnsprofessionals (vroedvrouwen, lactatiekundigen, kraamzorg, peers).* In onze studie werd er soms niet doorverwezen omwille van onwetendheid hoe de begeleiding door andere partners eruit ziet, dit zouden we kunnen verbeteren door nauwer samen te werken. Vanuit verschillende hoeken werden al projecten en samenwerkingsverbanden naar voor geschoven om vorm te geven aan deze veranderingen. De uitwerking hiervan buiten de ziekenhuissetting in de vorm van bijvoorbeeld een gemeenschappelijk gedragen postnataal zorgpad kan hieraan bijdragen (26).

Het is onze aanbeveling om in zo'n traject ook de *ervaringen en de verwachtingen van de* ***moeders*** *zelf mee te nemen*. *Hiervoor is verder onderzoek nodig*. Zo kan beter ingespeeld worden op de noden die zijn ontstaan sinds de recente verschuivingen in het kraamlandschap. Vanuit de persoonlijke ervaringen van onze deelnemende artsen merken we bijvoorbeeld al op dat vooral de start in het ziekenhuis om verbetering vraagt. Het is een NICE aanbeveling om een extern geëvalueerd en gestructureerd programma ter promotie van borstvoeding uit te werken, zowel in ziekenhuis- als thuissetting (27). Hiervoor zijn reeds voldoende uitgewerkte programma's beschikbaar om zich op te baseren, zoals het Baby Friendly Hospital Initiative (20) en het Vlaamse certificaat[ii] voor "Borstvoedingsvriendelijke organisatie".

We zagen in onze studie dat de **opleiding Master in de Jeugdgezondheidszorg** niet leek bij te dragen tot een betere kennis rond borstvoeding. Misschien hoeft dit ons niet meteen verbazen, aangezien er tijdens deze opleiding slechts één dag hiervoor is voorzien en hierin onmogelijk alle aspecten van deze materie belicht kunnen worden. Daarbij neemt de opleiding voor deze artsen die reeds allemaal ergens tewerk gesteld zijn ook de nodige tijd in beslag, die zij dan niet meer kunnen spenderen aan specifieke andere vormingen, bijvoorbeeld rond borstvoeding. De groep die de Master in Jeugdgezondheidszorg heeft gevolgd zijn ook jonger

[i] KB-AR 2018 01 31 - geneesmiddelen voorgeschreven door de vroedvrouwen
[ii] http://borstvoeding.debakermat.be/index.php/borstvoedingsvriendelijke-organisatie/het-certificaat

en hebben minder vaak al zelf borstvoeding gegeven. Er is verder onderzoek nodig om dit uit te klaren.

71% van onze deelnemers (of zijn partner) heeft **zelf borstvoeding** gegeven, en bijna allemaal ervaarden ze dit als een fijne ervaring. De groep met een onplezierige ervaring was te klein om hieruit besluiten te kunnen trekken, maar we toonden wel aan dat het hebben van eigen ervaring zorgde voor een **betere kennisscore** op de test. Daarnaast hebben artsen die zelf borstvoeding hebben gegeven ook het gevoel van bekwamer te zijn, zijn ze actiever in het promoten van borstvoeding en vinden ze zelf dat hun ervaring een invloed heeft tijdens hun consultaties. Ze halen aan dat je meer voeling hebt met de borstvoedende moeders. Langs de ene kant kan je dus meer theoretische kennis opdoen tijdens je eigen borstvoedingsperiode (professionele adviezen, eigen opzoekwerk), maar vanuit de literatuur (7) weten we dat we erop alert moeten zijn dat onze (soms foutieve) ervaringskennis niet de plaats mag innemen van evidence-based kennis. Een andere **valkuil** is een beïnvloedende rol door een te actieve promotie van borstvoeding. Voor artsen is het tijdens hun werk altijd belangrijk om hun eigen ervaringen te blijven nuanceren, vast te houden aan evidence-based medicine en zo op neutrale wijze de keuze van moeders te benaderen. *Het is in de eerste plaats aan de artsen om zich bewust te zijn van het verschil tussen hun evidence en experience-based kennis.*

Eigen **kennis** en **steun van familie en vrienden** stonden onderaan de lijst van mogelijke verbeterpunten in onze studie, en doen het dus relatief goed. Door eigen ervaring zou het kunnen dat familie en vrienden een redelijke borstvoedingskennis bezitten, en bovendien staan zij dichtbij de moeder. Dit creëert een vertrouwensband. *Rekening houdend met de eerder genoemde valkuilen van ervaringskennis, kan dit een extra argument zijn voor uitbouwen van kwaliteitsvolle peer-support. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan kwetsbare gezinnen*. Wat betreft eigen kennis, is het volgens onze deelnemers wel belangrijk om te wijzen op een goede voorbereiding om foute verwachtingen te vermijden. Dit strekt zich echter uit voorbij de focus van dit onderzoek, meer bepaald in de prenatale begeleiding.

Kritische reflectie over de methodologie

In onze studie hebben we te maken met een zeer jonge groep van deelnemers, voornamelijk jonger dan 40 jaar. Meer dan de helft van deze artsen hebben minder dan 5 jaar ervaring met borstvoedingsbegeleiding, en in vergelijking met de studie van Bakermat wordt er veel doorverwezen[i]. De artsen die deze enquête invulden zijn wellicht wel het meest geïnteresseerd in borstvoeding, wat deze resultaten dan weer meer gewicht geeft.

[i] Percentage artsen dat nooit verwijst: in onze studie 2.3%, in Bakermat studie 17%.

De vragenlijst werd overgenomen vanuit de oorspronkelijke studie (23). Bakermat haalt reeds aan dat er mogelijks tegenstrijdigheden zijn tussen de bepalingen van verschillende instanties en/of binnen de vakliteratuur. Ook in onze studie werden door de deelnemers enkele onduidelijkheden in de stellingen aangehaald. De onderzoeksresultaten zijn met andere woorden voor nuancering vatbaar. Een state-of-the art herwerking had mogelijks aangewezen geweest aangezien de originele studie al dateert van 2006. We kozen er echter voor de vragen te behouden voor een goede vergelijking achteraf. Het lag eveneens niet in onze mogelijkheid om een deskundig panel van professionals hiervoor bijeen te krijgen.

De vragenlijst ging niet in op de vaardigheden van de deelnemers, en is weinig specifiek in zijn bevraging naar attitudes in vergelijking met de literatuur. Dit is interessant voor verder onderzoek. Het lijkt het ons ook interessant om door middel van verder kwalitatief onderzoek de sommige ervaringen van de deelnemers uit te diepen (bijvoorbeeld het gevoel van bekwaamheid, de gevoelige balans tussen promoten en respect voor moeders keuze). Hoewel ons onderzoek zich beperkte tot de gezonde à-terme baby, was er voor de deelnemers geen mogelijkheid voorzien om hun ervaring met een meerling, prematuur, … aan te geven. Achteraf hadden we de persoonlijke borstvoedingsduur ook graag uitgesplitst in exclusieve borstvoeding en gemengde voeding.

Bij de verwerking werd duidelijk dat enkele bevragen te weinig concreet (kwantitatief) waren om goed te kunnen analyseren, en dat een meer concrete vraagstelling zoals met behulp van een Likert[i] schaal duidelijkere antwoorden had kunnen brengen (bv. bij frequentie van doorverwijzingen). Dit is eveneens een hulpmiddel bij zelfrapportage, omdat de waarde hiervan altijd beperkt blijft.

[i] De Likertschaal is een doorgaans schriftelijke methode om voor moeilijk te kwantificeren gegevens, zoals bij een attitude onderzoek, personen te ondervragen en de meting te kunnen voorzien van een ordinaal meetniveau. De schaal is vernoemd naar Rensis Likert (1903-1981), die de schaal voor het eerst in 1932 gebruikte. Er wordt gebruik gemaakt van een meerkeuze antwoord (meestal 4 tot 7-puntsschaal), meestal doordat aan een proefpersoon de-mate-van instemming te vragen over een bepaalde en schriftelijk opgestelde uitspraak.

BESLUIT

Uit dit onderzoek besluiten we dat de kennis van CB-artsen met betrekking tot de begeleiding van borstvoeding behoorlijk is maar niet voldoende, in het bijzonder voor de items over “anatomie & fysiologie” en “problemen tijdens de borstvoeding”. Artsen voelen zichzelf niet altijd bekwaam om borstvoeding te begeleiden, en er is een uitgesproken nood aan meer scholing. Bijna alle bevraagde artsen maken gebruik van doorverwijsmogelijkheden, 1 arts op 3 doet dit wel eens omwille van onvoldoende kennis in de casus.

Veel artsen hadden zelf een positieve borstvoedingservaring, en dit beïnvloedt hun kennis en houding bij de begeleidingen. We zien dat artsen met eigen borstvoedingservaring en een goed gevoel van bekwaamheid hoger scoren op de kennisvragen.

Vanuit ons onderzoek was het mogelijk om de kennishiaten bij CB-artsen te identificeren, en een aanbeveling te doen naar verdere vorming. Volgende lacunes werden genoteerd: bijvoeding (met flesje of kopje), voeding van de moeder, risicofactoren voor KME-allergie, gebruik van tepelhoedje, behandeling bij schimmelinfectie en compatibiliteit van medicatie met borstvoeding, evenals praktische kennis over de correcte aanleghouding. We zien dat artsen hun kennis redelijk goed zelf kunnen inschatten, want ze wensten zelf meer bijscholing rond tepelproblemen, voeding van de moeder, bijvoeding en supplementen en aanleggen aan de borst. Er werd ook aangehaald dat men graag een algemene opleiding zouden wensen rond borstvoeding. Men kiest voor een intervisie met lactatiekundige of een onlinecursus als aangenaamste vorm voor navorming. Het zal een uitdaging zijn om navormingen zodanig te organiseren dat deze haalbaar (tijd, verplaatsing) en toch praktisch (praktijkgericht) zijn.

Het is tevens onze aanbeveling om niet enkel in te zetten op navormingen, maar de scholing rond borstvoeding ook systematisch te includeren in de opleidingen tot basisarts en huisarts. Binnen de opleiding Master in de Jeugdgezondheidszorg wordt één les rond borstvoeding gegeven, maar slechts 1 arts op 4 heeft dit diploma behaald. Artsen met een Master in de Jeugdgezondheidszorg scoorden echter minder goed op de kennisvragen. Er is meer onderzoek nodig om dit verder te verklaren, maar we vermoeden dat deze artsen tijdens hun Masteropleiding onvoldoende tijd kunnen spenderen aan borstvoedingsspecifieke navorming.

In het huidige veranderende landschap rond kraamzorg, moet de eerstelijn versterkt worden om kwalitatieve borstvoedingsbegeleiding te kunnen verzorgen. Het is duidelijk dat men in Vlaanderen nog zoekende is. We stellen ons verder de vraag wat de rol van de eerstelijnsarts moet zijn in de begeleiding van borstvoeding, en op welke manier dit kwaliteitsvol ingevuld kan worden. Hierbij is het onontbeerlijk om in verder onderzoek de verwachtingen van ouders zelf

in kaart te brengen. In ieder geval is een goede rolverdeling en communicatie tussen alle professionals onontbeerlijk, bijvoorbeeld georganiseerd in een overkoepelend zorgpad.

Het is daarna aan de universiteiten om een opleiding rond borstvoeding uit te schrijven voor deze artsen die aansluiten bij de verwachtingen in het werkveld. Het is onze verwachting dat er vooral moet ingezet worden op de expliciet medische problemen tijdens de borstvoeding, en goede kennis en gebruik van het eerstelijnsnetwerk (medisch en niet-medisch). We denken dan niet enkel aan een inhaalbeweging onder de vorm van extra navorming, maar ook aan implementatie in de basisopleiding en huisartsenopleiding.

SAMENVATTING

Uit de literatuur blijkt dat artsen vaak onvoldoende kennis, attitudes of vaardigheden bezitten om de begeleiding van borstvoeding mee op te nemen. Hierdoor voelen ze zich niet voldoende bekwaam of goed geplaatst. Er is duidelijk nood aan meer vorming van artsen rond borstvoedingsbegeleiding. Persoonlijke ervaring kan in sommige gevallen zorgen voor betere kennis en attitudes, maar kan ook een valkuil zijn. Dit onderzoek wilt de professionele en persoonlijke ervaring, doorverwijsgedrag, attitudes, scholing en kennis van de Vlaamse CB-artsen in kaart brengen, en hun onderlinge relaties bekijken. We identificeren de aandachtspunten voor verdere navorming voor Kind & Gezin. ***Methodiek*** 130 van de 970 CB-artsen namen deel (RR 13,6%). De online vragenlijst peilde naar professionele ervaring (3 vragen), vorming (4), doorverwijsgedrag (5), eigen ervaring (5) en kennis (39). De antwoorden werden anoniem verwerkt in SPSS en SAS. ***Resultaten*** 50% van de deelnemers werkt als huisarts. De helft van de deelnemers heeft minder dan 5 jaar professionele ervaring met borstvoeding. 1 arts op 4 voelt zich niet bekwaam om borstvoedingsbegeleiding te geven (25,3%) en 60% wenst meer bijscholing. 71% van de artsen gaf zelf borstvoeding, 95,4% vond dit fijn. Er is een verband tussen verwijsgedrag enerzijds en opvatting dat het hun taak is, gevoel van bekwaamheid en nood aan meer bijscholing anderzijds. Persoonlijke ervaring met borstvoeding verhoudt zich positief tot het gevoel van bekwaamheid (p=0,017) en heeft een verband met de professionele houding van de artsen tijdens hun consultvoering (p=0,0192). De gemiddelde kennisscore was 74,12%. Van alle 130 deelnemers zijn er 81 die meer dan 70% behalen (62,31%). De subitems anatomie fysiologie en problemen tijdens de borstvoeding scoren het slechtst, met resp. 42.31% en 51.54% van de artsen die meer dan 7/10 juist beantwoorden. De kennisscore wordt positief beïnvloedt door het gevoel van bekwaamheid en door eigen ervaring. Artsen met het diploma Master in de Jeugdgezondheidszorg of het CB-certificaat scoorden slechter. ***Discussie*** Vanuit de resultaten kan Kind & Gezin inspelen op de kennishiaten en gepaste navorming aanbieden. Het zal een uitdaging zijn om dit haalbaar en toch praktisch te organiseren. Toch is er meer nodig dan deze inhaalbeweging. Basiskennis rond borstvoeding zou best geïncludeerd worden in de basisopleiding. Het is echter belangrijk om dit af te stemmen met de verwachtingen naar de rol van deze artsen binnen borstvoedingsbegeleiding. Vorming moet in de eerste plaats gefocust zijn op de medische problemen bij borstvoeding en een goede samenwerking met de andere eerstelijnsprofessionals. ***Conclusie*** De kennis van CB-artsen rond borstvoedingsbegeleiding is behoorlijk maar niet voldoende. Eigen ervaring heeft een positieve invloed op de kennis, attitudes en verwijsgedrag. Bijkomende vorming is noodzakelijk, in het bijzonder voor medische problemen bij de borstvoeding, maar moet afgestemd worden op de rol van de arts binnen het veranderde kraamlandschap.

REFERENTIES

1. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva2009.
2. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2012(8):CD003517.
3. Kind in Vlaanderen. Kind & Gezin; 2016.
4. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2:CD001141.
5. de Almeida JM, Luz Sde A, Ued Fda V. [Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature]. Rev Paul Pediatr. 2015;33(3):356-63.
6. Pound CM, Williams K, Grenon R, Aglipay M, Plint AC. Breastfeeding Knowledge, Confidence, Beliefs, and Attitudes of Canadian Physicians. J Hum Lact. 2014;30(3):298-309.
7. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. Breastfeed Med. 2009;4(1):31-42.
8. Radzyminski S, Callister LC. Health Professionals' Attitudes and Beliefs About Breastfeeding. J Perinat Educ. 2015;24(2):102-9.
9. Whelan B, Kearney JM. Breast-feeding support in Ireland: a qualitative study of health-care professionals' and women's views. Public Health Nutr. 2015;18(12):2274-82.
10. Holtzman O, Usherwood T. Australian general practitioners' knowledge, attitudes and practices towards breastfeeding. PLoS One. 2018;13(2):e0191854.
11. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. Breastfeeding and Australian GP registrars--their knowledge and attitudes. J Hum Lact. 2008;24(4):422-30.
12. Svendby HR, Loland BF, Omtvedt M, Holmsen ST, Lagerlov P. Norwegian general practitioners' knowledge and beliefs about breastfeeding, and their self-rated ability as breastfeeding counsellor. Scand J Prim Health Care. 2016;34(2):122-9.
13. Sigman-Grant M, Kim Y. Breastfeeding Knowledge and Attitudes of Nevada Health Care Professionals Remain Virtually Unchanged over 10 Years. J Hum Lact. 2016;32(2):350-4.
14. Baydar Artantas A, Kayhan Tetis B, Kilic M, Karatas Eray I, Cetin N, Guney S, et al. Knowledge level, attitude and own experience of health professionals about breastfeeding and breast milk in a city of Turkey: Cross-sectional study. Arch Argent Pediatr. 2016;114(6):514-20.
15. Brodribb W, Fallon AB, Jackson C, Hegney D. Breastfeeding knowledge - the experiences of Australian general practice registrars. Aust Fam Physician. 2009;38(1-2):26-9.
16. Aerts E. Verkorting van de ligduur op de kraamafdeling: gevolgen voor de huisarts: Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van Master in de huisartsgeneeskunde. Leuven: KUL; 2017.
17. Medel Marambio L, Benadof D, Toro Huerta C. Breastfeeding knowledge of health professionals working in municipal healthcare centers in Maipu, Chile. Medwave. 2017;17(3):e6891.
18. de Jesus PC, de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. J Pediatr (Rio J). 2016;92(5):436-50.
19. Seighali F, Farahani Z, Shariat M. The effects of two different breastfeeding workshops on improving knowledge, attitude, and practice of participants:a comparative study. Acta Med Iran. 2015;53(7):412-8.
20. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva2009.
21. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. Matern Child Nutr. 2008;4(4):264-74.
22. Brewer TL. Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding the Provision of Breastfeeding Support in a Pediatric Medical Center. Clinical Lactation. 2012;3(2):64-8(5).
23. Bakermat D. Kennis van gezondheidswerkers rond borstvoeding. 2006.
24. Pluye P, Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. . Retrieved on

[date] from http://mixedmethodsappraisaltoolpublicpbworkscom Archived by WebCite® at http://wwwwebcitationorg/5tTRTc9yJ. 2011.
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. Open Med. 2009;3(3):e123-30.
26. Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV). Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg: Aanbevelingen voor vroedvrouwen. VBOV vzw, Antwerpen2016.
27. NICE. Clinical guideline (CG37): Postnatal care up to 8 weeks after birth. 2006 (Last updated: February 2015).

BIJLAGES

Bijlage 1: Goedkeuring ethische commissie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Kennis en ervaring van CB-artsen bij de begeleiding van borstvoeding (Manama Katrien Jacobs)

Belgisch Registratienummer: B300201628770

datum	ons kenmerk	contact
30/05/2016	16/19/213	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 30/05/2016 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Jacobs Katrien
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 24/03/2016
  Versie 1
- Protocol dd. 24/03/2016
  Versie 4
- Vragenlijst(en) dd. 24/03/2016
  Vragenlijst voor CB-artsen, versie 1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) De duur van het invullen van de vragenlijst wordt best op voorhand meegedeeld.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/19/213

datum	ons kenmerk	contact
30/05/2016	16/19/213	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/19/213

datum	ons kenmerk	contact
30/05/2016	16/19/213	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 30/05/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 2 : Vragenlijst

(Afdrukversie online bevraging)

De evoluties in de takenverdeling op het consultatiebureau zorgen ervoor dat er voor de arts een vernieuwde rol is weggelegd in de begeleiding van borstvoeding. De CB-arts is, in het bijzonder op het consult van 4 weken en 8 weken, een belangrijke spilfiguur om ouders die borstvoeding geven te ondersteunen hierbij. Duiken moeilijkheden op of hebben ouders praktische vragen, dan haalt de CB-arts deze naar boven en zoekt samen met de ouders welke bijkomende ondersteuning wenselijk is en wie deze kan bieden.

In deze vragenlijst wordt uw professionele ervaring en scholing bevraagd in het begeleiden van borstvoedende moeders, alsook uw persoonlijke ervaring met borstvoeding. Er wordt getoetst naar de doorverwijzingen. In een volgend deel wordt dan uw kennis bevraagd rond 4 clusters: a) basiskennis, b) anatomie en fysiologie, c) problemen bij de borstvoeding en d) begeleiding op lange termijn.

Door deze gegevens in kaart te brengen is het mogelijk om beter in te spelen op de noden van de artsen zelf. Met deze bevraging kan u uw individuele ervaring en scholing beschrijven, en uw eigen noden en behoeften weergeven.

De verwerking van de gegevens gebeurt volledig anoniem. Er wordt enkel de volgende persoonsgebonden kenmerken bevraagd: leeftijdscategorie, geslacht, diploma's, hoofdberoep.

Het doorlopen van deze vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag.

Voor vragen kan u steeds bij ons terecht:

Dr. Katrien JACOBS
Student Jeugdgezondheidszorg, CLB arts
katrienjacobs@live.be

Prof. Dr. Hilde BASTIAENS
Promotor, Universiteit Antwerpen

<u>Geïnformeerde toestemming</u>
Ik begrijp uit bovenstaande informatie dat deze studie anoniem verwerkt wordt, en ga akkoord met een vrijwillige deelname. Ik heb de informatie begrepen en had de gelegenheid om vragen te stellen.

- ☐ Ik ga akkoord *(ga verder)*
- ☐ Ik ga niet akkoord *(formulier verzenden)*

<u>DEEL 1: Ervaring</u>
Er wordt bevraagd wat uw professionele ervaring en scholing is in het begeleiden van borstvoedende moeders, alsook uw persoonlijke ervaring(en) met borstvoeding. Er wordt ook getoetst naar de doorverwijzingen.

<u>Persoonsgebonden kenmerken</u>

1. Wat is uw geslacht?
   - ☐ Man
   - ☐ Vrouw
2. Wat is uw leeftijd? Kies uw leeftijdscategorie
   - ☐ 20 – 29 jaar

- ☐ 30 – 39 jaar
- ☐ 40 – 49 jaar
- ☐ 50 – 59 jaar
- ☐ 60 jaar of ouder

3. Welk(e) diploma(‘s) heeft u? U kan meerdere antwoorden aanvinken
   - ☐ Master in de geneeskunde
   - ☐ Master in de jeugdgezondheidszorg
   - ☐ Master in de huisartsgeneeskunde
   - ☐ Master in de pediatrie
   - ☐ Master in de gynaecologie
   - ☐ Getuigschrift van consultatiebureauarts binnen de opleiding Jeugdgezondheidszorg
   - ☐ Anders :
4. Wat is uw huidige hoofdberoep? U kan slechts één antwoord aanvinken
   - ☐ Huisarts
   - ☐ Pediater
   - ☐ Gynaecoloog
   - ☐ CB-arts
   - ☐ CLB - arts
   - ☐ Anders:
5. In welke provincie bent u tewerkgesteld als CB-arts?
   - ☐ West-Vlaanderen
   - ☐ Oost-Vlaanderen
   - ☐ Antwerpen
   - ☐ Limburg
   - ☐ Vlaams-Brabant
   - ☐ Anders:

Professionele ervaring met begeleiding van borstvoeding

6. Hoeveel jaren ervaring heeft u met het professioneel begeleiden van borstvoeding ? U kijkt hiervoor naar uw ervaring bij Kind & Gezin en uw overige activiteiten tezamen.
   - ☐ Geen
   - ☐ Minder dan 1 jaar tot 5 jaar
   - ☐ 6 tot 10 jaar
   - ☐ 11 tot 15 jaar
   - ☐ 16 tot 20 jaar
   - ☐ Meer dan 20 jaar
7. Hoe frequent gaf u dan borstvoedingsadvies? U kijkt hiervoor naar uw ervaring bij Kind & Gezin en uw overige activiteiten tezamen..
   - ☐ Elke dag
   - ☐ Elke week
   - ☐ Elke twee weken
   - ☐ Elke maand
   - ☐ Elke drie maanden
   - ☐ Minder dan 4 keer per jaar
8. Waarover gingen de meeste adviezen die u gaf? Duidt maximaal drie items aan.
   - ☐ Borstontsteking
   - ☐ Frequentie van de voeding
   - ☐ Tepelproblemen
   - ☐ Bijvoeding en supplementen
   - ☐ Voeding van de moeder
   - ☐ Terugvloeien van melk
   - ☐ Vaste voeding

- ☐ Aanleggen aan de borst
- ☐ Afkolven
- ☐ Moedermelk bewaren
- ☐ Anders:

Scholing en begeleiding

9. Geef bij elke uitspraak aan wat voor u het beste past

	Ja	*Meer ja dan nee*	*Meer nee dan ja*	*Nee*
"Ik vind dit mijn taak als arts om borstvoedende moeders te begeleiden"				
"Ik voel mij bekwaam om borstvoedingsbegeleiding te geven als arts"				
"Ik kreeg reeds voldoende opleiding om borstvoeding te begeleiden"				
"Ik heb nood aan meer bijscholing rond borstvoeding"				

10. Welke bijkomende opleiding of navorming (naast bovenstaande diploma's) volgde u rond borstvoeding? U kan meerdere antwoorden aanduiden
    - ☐ Geen
    - ☐ Online module Borstvoeding op het Kind&Gezin leerplatform
    - ☐ Meerdaagse cursus georganiseerd door erkende organisatie (gelieve onderaan te specifiëren)
    - ☐ Intervisie met lactatiekundige van Kind en Gezin
    - ☐ Intercollegiale toetsing
    - ☐ Handboek voor Zorgverlener rond Borstvoeding (gelieve onderaan te specifiëren)
    - ☐ Les over borstvoeding ikv opleiding jeugdgezondheidszorg
    - ☐ Anders: …….

    Specifieer eventueel uw bovenstaande antwoorden
11. Rond welk thema zou u nog een navorming rond borstvoeding wensen? U kan meerdere antwoorden aanduiden
    - ☐ Geen
    - ☐ Borstontsteking
    - ☐ Frequentie van de voeding
    - ☐ Tepelproblemen
    - ☐ Bijvoeding en supplementen
    - ☐ Voeding van de moeder
    - ☐ Terugvloeien van melk
    - ☐ Vaste voeding
    - ☐ Aanleggen aan de borst
    - ☐ Afkolven
    - ☐ Moedermelk bewaren
    - ☐ Anders : …….
12. Welke vorm van scholing vind u hiervoor het meest geschikt? U kan meerdere antwoorden aanduiden
    - ☐ Seminarie
    - ☐ Intervisie met lactatiekundige van K&G
    - ☐ Intercollegiale toetsing
    - ☐ Praktische oefening (bv. aanleggen, goed drinkgedrag, beoordelen van groeicurven, ...)
    - ☐ Experten panel
    - ☐ Online cursus met lees- en beeldmateriaal
    - ☐ Casusbespreking ad hoc

 Anders:

Doorverwijzing

13. Verwijst u door naar andere hulpverleners voor begeleiding van borstvoeding?
    - Nooit
    - Soms
    - Vaak
    - Meestal
    - Altijd
14. Wat is de reden dat u doorverwijst naar andere hulpverleners? U kan meerdere antwoorden aanduiden
    - Onvoldoende kennis in deze casus
    - *Nauwere opvolging (bijvoorbeeld thuis) is vereist*
    - *Samenwerking met een andere hulpverlener zorgt voor bredere omkadering van het gezin*
    - verwijzing vanuit preventieve naar therapeutische lijn
    - Anders:
15. Naar wie verwijst u door ? U kan meerdere antwoorden aanduiden
    - Regioverpleegkundige K&G
    - Kinderarts
    - Vroedvrouw
    - Vroedvrouw-Lactatiekundige
    - Borstvoedingsorganisatie (gelieve onderaan te specifiëren)
    - Huisarts
    - Andere
16. Naar welke borstvoedingsorganisaties verwijst u wel eens, of werkt u mee samen
    - Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding
    - La Leche League Vlaanderen
    - VZW Borstvoeding
    - VZW De bakermat
    - Andere :
17. Als arts bij Kind& Gezin weet ik wanneer ik best mijn regioverpleegkundige inschakel bij de begeleiding van borstvoeding? *
    - Ja
    - Nee
    - In de meeste gevallen wel, behalve (vul onderaan aan)

In welke gevallen is het u onduidelijk of u best de regioverpleegkundige inschakelt bij de begeleiding van borstvoeding? ……;

Persoonlijke ervaring

18. Ik (of mijn partner) heb zelf borstvoeding gegeven :
    - Ja *GA NAAR VRAAG 19*.
    - Ik ben gestart met borstvoeding maar dit verliep niet succesvol. *GA NAAR VRAAG 20*
    - Nee *GA NAAR VRAAG 21*
    - Niet van toepassing *GA NAAR VRAAG 22*

19. U of uw partner gaf zelf borstvoeding

a) Hoe lang heeft u borstvoeding gegeven (niet enkel exclusief)?
    - ik geef op dit moment borstvoeding
    - Minder dan 3 maand

 3 tot6 maand
 7 tot 12 maand
 Meer dan 1 jaar tot 2 jaar
 meer dan 2 jaar

b) Ervaarde u borstvoeding geven als een fijne ervaring?

 Ja
 Meer wel dan niet
 Meer niet dan wel
 Nee

c) Wat had u (nog) beter willen zien verlopen in de persoonlijke ervaring met borstvoeding?

 Mijn eigen (en mijn partners) kennis rond borstvoeding
 De steun van mijn partner / vrienden / (schoon)familie
 De professionele ondersteuning bij de opstart in ziekenhuis, zoals frequentie van de voedingen, hulp bij aanleggen, houdingen
 De professionele ondersteuning bij de opstart thuis, zoals frequentie van de voedingen, hulp bij aanleggen, houdingen
 De opvolging thuis gedurende de eerste weken
 Begeleiding bij typische borstvoedingsproblemen, zoals mastitis
 Steun bij omstandigheden zoals vermoeidheid, zware bevalling / keizersnede, postnatale depressie
 Anders:

d) U mag uw antwoord verduidelijken indien gewenst

GA VERDER NAAR VRAAG 22

20. U startte met borstvoeding maar dit verliep zonder succes.

a) Wat had u zelf anders willen zien verlopen opdat de borstvoeding toch een succes zou zijn?

 Mijn eigen (en mijn partners) kennis rond borstvoeding
 De steun van mijn partner / vrienden / (schoon)familie
 De professionele ondersteuning bij de opstart in ziekenhuis, zoals frequentie van de voedingen, hulp bij aanleggen, houdingen
 De professionele ondersteuning bij de opstart thuis, zoals frequentie van de voedingen, hulp bij aanleggen, houdingen
 De opvolging thuis gedurende de eerste weken
 Begeleiding bij typische borstvoedingsproblemen, zoals mastitis
 Steun bij omstandigheden zoals vermoeidheid, zware bevalling / keizersnede, postnatale depressie
 Anders:

b) Zou u er opnieuw voor kiezen om borstvoeding te geven?

 Ja, sowieso
 Ja, want ik denk dat ik bovenstaande factoren positief kan veranderen
 Nee, want ik denk dat ik bovenstaande factoren niet kan veranderen
 Nee, absoluut niet

c) U mag uw antwoord verduidelijken indien gewenst

GA VERDER NAAR VRAAG 22

21. U (en/of uw partner) koos ervoor geen borstvoeding te geven

a) Indien u of uw partner ervoor kozen om geen borstvoeding te geven, kan u specifiëren om welke reden?

b) Wat zou u liefst anders zien verlopen opdat u toch de persoonlijke keuze voor borstvoeding zou maken??

- □ Mijn eigen (en mijn partners) kennis rond borstvoeding
- □ De steun van mijn partner / vrienden / (schoon)familie
- □ De professionele ondersteuning bij de opstart in ziekenhuis, zoals frequentie van de voedingen, hulp bij aanleggen, houdingen
- □ De professionele ondersteuning bij de opstart thuis, zoals frequentie van de voedingen, hulp bij aanleggen, houdingen
- □ De opvolging thuis gedurende de eerste weken
- □ Begeleiding bij typische borstvoedingsproblemen, zoals mastitis
- □ Steun bij omstandigheden zoals vermoeidheid, zware bevalling / keizersnede, postnatale depressie
- □ Anders:

c) U mag uw antwoorden verduidelijken indien gewenst

GA VERDER NAAR VRAAG 22

22. Beïnvloedt uw (gebrek aan) eigen ervaring de ondersteunende rol die u als arts hebt in het begeleiden van borstvoeding?
    - □ Altijd
    - □ In de meeste consultaties wel
    - □ In ongeveer de helft van de consultaties
    - □ In de meeste consultaties niet
    - □ Nooit

Verduidelijk uw bovenstaande antwoord:

23. Hoe zou u uw professionele houding in de begeleiding van borstvoeding omschrijven?
    - □ Ik moedig ouders actief aan om borstvoeding te geven en geef uitgebreide informatie
    - □ Ik ben voorstander van borstvoeding en geef dit ook kort zo aan
    - □ Ik geef geen voorkeur aan en bespreek zowel voor- en nadelen van borstvoeding en flesvoeding
    - □ Ik ben geen voorstander van borstvoeding en geef dit ook zo aan
    - □ Ik raad borstvoeding actief af

<u>DEEL 2: Kennis rond borstvoeding</u>
De vragen zijn opgebouwd rond volgende thema's en worden in willekeurige volgorde bevraagd:

1. Basisregels voor een goede borstvoeding: voeden op vraag en exclusieve borstvoeding
2. Anatomie en fysiologie
3. Problemen bij borstvoeding
4. Begeleiding van borstvoeding op lange termijn

Kruis telkens 1 antwoord aan.

*(*De correcte antwoorden worden hier weergegeven met een X)*

1. Het verschil tussen voormelk en achtermelk is het vetgehalte. Hoe meer melk de baby drinkt uit de borst tijdens 1 voeding, hoe vetrijker deze melk wordt.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
2. Een gezonde baby van 4 maanden die borstvoeding krijgt en 's nachts nog om voeding vraagt krijgt best 's avonds een flesje bij.	□ Waar X Niet waar

	□ Ik weet het niet
3. Een moeder van een baby van 1 maand die ongerust is dat haar baby niet genoeg moedermelk drinkt aan de borst, geeft best elke dag een flesje kunstmelk bij. Voor de baby maakt dit geen verschil.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
4. Een moeder die borstvoeding geeft, mag alles eten. De baby zal aangeven of er bepaalde voedingsstoffen zijn die hij niet goed verdraagt.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
5. Een moeder die niet genoeg melk heeft, laat beter wat langer tijd tussen de voedingen zodat de borst meer melk kan aanmaken.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
6. Tijdens de zomermaanden kan een baby die enkel borstvoeding krijgt dorst krijgen. Het is dus nodig om hem tussen de voedingen door wat water te geven.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
7. Een baby met reflux drinkt best niet rechtstreeks aan de borst. De moeder kan haar melk afkolven en indikken.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
8. Het is belangrijk een gezonde baby regelmatig te wegen voor en na de borstvoeding om zeker te zijn dat hij voldoende drinkt.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
9. De grootte van de borsten bepaalt hoeveel melk er aangemaakt kan worden.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
10. Bijvoeden met een flesje tijdens de eerste week kan de borstvoeding op lange termijn negatief beïnvloeden.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
11. Afgekolfde moedermelk wordt beter opgewarmd in lauw water dan in de microgolfoven voor een beter behoud van de waardevolle stoffen in moedermelk.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
12. Afgekolfde moedermelk mag zeker 3 dagen in de koelkast bewaard worden.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
13. Diepgevroren moedermelk die 2 maanden geleden ingevroren werd (op -18°C) mag nog gegeven worden aan de baby.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
14. Een moeder die borstvoeding geeft kan werken of naar school.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
15. Een gezonde baby die enkel borstvoeding krijgt tot 6 maanden heeft een ijzersupplement nodig.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet

16. Een moeder die nog borstvoeding geeft en terug zwanger is, mag blijven borstvoeding geven tijdens de hele zwangerschap.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
17. Als een baby van 4 weken goed bijkomt maar nog meer dan 8 voedingen per etmaal vraagt, dan heeft de moeder niet genoeg melk.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
18. Bij een moeder die zelf niet gezond eet, zal de kwaliteit van de moedermelk onvoldoende zijn voor de baby.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
19. Het af en toe geven van voeding gebaseerd op koemelk aan een kind dat borstvoeding krijgt, verhoogt het risico op het ontwikkelen van koemelkallergie.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
20. De anti-infectieuze eigenschappen van moedermelk verminderen naarmate er langer borstvoeding gegeven wordt (m.a.w. naarmate de baby ouder wordt).	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
21. Een pasgeborene kan drinken aan een kopje. Op deze manier kan bijvoeding gegeven worden.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
22. Tijdens een borstontsteking mag de moeder verder borstvoeding geven.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
23. Bij een borstontsteking moet altijd onmiddellijk gestart worden met antibiotica.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
24. Bij een schimmelinfectie in de mond van de baby zonder symptomen bij de moeder moet enkel de baby behandeld worden.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
25. Een schimmelinfectie diep in de borst kan alleen maar goed behandeld worden met een algemeen schimmeldodend geneesmiddel dat oraal ingenomen wordt gedurende enkele weken.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
26. Een moeder die behandeld wordt met een schimmeldodend geneesmiddel dat oraal gegeven wordt, mag blijven borstvoeding geven aan haar baby.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
27. De Vlaamse groeicurve is de best geschikte curve om de groei van kindjes die exclusief borstvoeding krijgen op te volgen.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
28. Een baby die in de (voor)avond opvallend vaker borstvoeding vraagt ten opzichte van overdag vertoont normaal gedrag.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
29. Bij een moeder die behandeld wordt met medicatie voor hypertensie moet borstvoeding afgeraden worden.	□ Waar X Niet waar

	□ Ik weet het niet
30. Amoxicilline (antibioticum) is compatibel met borstvoeding.	X Waar □ Niet waar □ Ik weet het niet
31. Indien een moeder gevoelige tepels heeft, is een tepelhoedje een goed hulpmiddel om tepelkloven te voorkomen.	□ Waar X Niet waar □ Ik weet het niet
32. Welk van volgende uitspraken geeft aan dat een baby fout aan de borst ligt?	□ Het lijkt of hij een hap neemt van een grote appel □ Tijdens de voeding stopt de baby regelmatig met drinken X De baby heeft kuiltjes in de wangen bij elke zuigbeweging □ Ik weet het niet
33. De belangrijkste reden voor het ontstaan van tepelkloven is:	X Het fout aanleggen van de baby □ Het vaak aanleggen van de baby □ De baby per voeding lang aan de borst laten drinken □ Het huidtype van de moeder □ Een baby die hard zuigt aan de borst □ Ik weet het niet
34. Op welke leeftijd is het aan te raden voor een voldragen en gezonde baby die enkel borstvoeding krijgt, ten laatste te starten met vaste voeding?	□ 3 maanden □ 4 maanden X 6 maanden □ Ik weet het niet
35. Een voldragen, gezonde baby van 3 weken oud drinkt regelmatig aan de borst en is voldaan na elke voeding. Sedert gisteren vraagt de baby, gedurende de hele dag, vaker om voeding. Hij lijkt meer honger te hebben. Waaraan denk je eerst?	□ De melkproductie van de moeder gaat achteruit en de baby krijgt duidelijk niet genoeg X De baby maakt een groeispurt door □ De baby ligt fout aan de borst □ De baby is niet meer verzadigd, hij krijgt vanaf nu best ingedikte melk □ Ik weet het niet
36. Welk advies geef je aan een moeder die haar borstvoeding wil stopzetten?	□ Ze kan best van de ene op de andere dag stoppen

	□ Met behulp van medicatie kan ze van de ene op de andere dag stoppen X Borstvoeding moet stapsgewijs afgebouwd worden □ Ik weet het niet
37. Wat is het percentage moeders dat effectief te weinig melk aanmaakt om hun baby exclusief met borstvoeding te kunnen voeden?	X Minder dan 5% □ 10% □ 12% □ 25% □ Ik weet het niet
38. Een vrouw beschrijft een moment van scherpe pijn in de borst waarna het zuigpatroon van de baby overgaat van kort en frequent zuigen naar langer en trager zuigen. De pijn treedt meestal op binnen de eerste minuut na het aanleggen. Soms ervaart ze het nog eens later tijdens de voeding. Wat is volgens jou de meest voor de hand liggende oorzaak?	□ De baby ligt niet goed aan en daardoor is de tepel beschadigd □ Pijn door het uitrekken van de tepel tijdens het zuigen □ Spruw X De toeschietreflex □ Ik weet het niet
39. Hoe lang mag een baby borstvoeding krijgen?	□ Tot de leeftijd van 6 maanden □ Tot de leeftijd van 9 maanden □ Tot de leeftijd van 1 jaar □ Tot de leeftijd van 2 jaar X Langer dan 2 jaar, zolang het kind het wenst □ Ik weet het niet

Bijlage 3 : Scores kennistest

Basiskennis	Correct	Foutief	Weet niet
Wat is het percentage moeders dat effectief te weinig melk aanmaakt om hun baby exclusief met borstvoeding te kunnen voeden? (Minder dan 5%)	73,80%	10,00%	16,20%
Als een baby van 4 weken goed bijkomt maar nog meer dan 8 voedingen per etmaal vraagt, dan heeft de moeder niet genoeg melk.(Niet waar)	94,60%	2,30%	3,10%
Een baby die in de (voor)avond opvallend vaker borstvoeding vraagt ten opzichte van overdag vertoont normaal gedrag. (Waar)	83,80%	2,30%	13,80%
Een moeder die niet genoeg melk heeft, laat beter wat langer tijd tussen de voedingen zodat de borst meer melk kan aanmaken.(Niet waar)	93,80%	4,60%	1,50%
Het is belangrijk een gezonde baby regelmatig te wegen voor en na de borstvoeding om zeker te zijn dat hij voldoende drinkt.(Niet waar)	95,40%	2,30%	2,30%
Een moeder van een baby van 1 maand die ongerust is dat haar baby niet genoeg moedermelk drinkt aan de borst, geeft best elke dag een flesje kunstmelk bij. Voor de baby maakt dit geen verschil. (Niet waar)	99,20%	0,80%	0,00%
Een pasgeborene kan drinken aan een kopje. Op deze manier kan bijvoeding gegeven worden.(Waar)	36,90%	49,20%	13,80%
Bijvoeden met een flesje tijdens de eerste week kan de borstvoeding op lange termijn negatief beïnvloeden.(Waar)	61,50%	22,30%	16,20%
Een gezonde baby van 4 maanden die borstvoeding krijgt en 's nachts nog om voeding vraagt krijgt best 's avonds een flesje bij. (Niet waar)	96,90%	2,30%	0,80%
Tijdens de zomermaanden kan een baby die enkel borstvoeding krijgt dorst krijgen. Het is dus nodig om hem tussen de voedingen door wat water te geven. (Niet waar)	93,10%	6,90%	0,00%
Fysiologie en anatomie	**Correct**	**Foutief**	**Weet niet**
Het af en toe geven van eersteleeftijdsmelk gebaseerd op koemelk aan een kind dat borstvoeding krijgt, verhoogt het risico op het ontwikkelen van koemelkallergie (Waar)	11,50%	61,50%	26,90%
De grootte van de borsten bepaalt hoeveel melk er aangemaakt kan worden. (Niet waar)	96,90%	2,30%	0,80%
Bij een moeder die zelf niet gezond eet, zal de kwaliteit van de moedermelk onvoldoende zijn voor de baby. (Niet waar)	63,10%	20,00%	16,90%
Een vrouw beschrijft een moment van scherpe pijn in de borst waarna het zuigpatroon van de baby overgaat van kort en frequent zuigen naar langer en trager zuigen. De pijn treedt meestal op binnen de eerste minuut na het aanleggen. Soms ervaart ze het nog eens later tijdens de voeding. Wat is volgens jou de meest voor de hand liggende oorzaak? (Toeschietreflex)	77,70%	12,30%	10,00%
Een moeder die borstvoeding geeft, mag alles eten. De baby zal aangeven of er bepaalde voedingsstoffen zijn die hij niet goed verdraagt. (Waar)	73,80%	18,50%	7,70%
Het verschil tussen voormelk en achtermelk is het vetgehalte. Hoe meer melk de baby drinkt uit de borst tijdens 1 voeding, hoe vetrijker deze melk wordt. (Waar)	75,40%	23,10%	1,50%
Problemen bij de borstvoeding	**Correct**	**Foutief**	**Weet niet**
Bij een moeder die behandeld wordt met medicatie voor hypertensie moet borstvoeding afgeraden worden.(Niet waar)	63,80%	6,90%	29,20%
Bij een borstontsteking moet altijd onmiddellijk gestart worden met antibiotica. (Niet waar)	87,70%	10,80%	1,50%
Amoxicilline (antibioticum) is compatibel met borstvoeding. (Waar)	93,10%	3,10%	3,80%
Tijdens een borstontsteking mag de moeder verder borstvoeding geven. (Waar)	91,50%	2,30%	6,20%
Casus foute aanleghouding (De baby heeft kuiltjes in de wangen bij elke zuigbeweging)	41,50%	40,00%	18,50%
Casus baby vraagt vaker voeding en is niet voldaan (De baby maakt een groeispurt door)	92,30%	6,20%	1,50%
Een baby met reflux drinkt best niet rechtstreeks aan de borst. De moeder kan haar melk afkolven en indikken. (Niet waar)	90,00%	2,30%	7,70%
Een schimmelinfectie diep in de borst kan alleen maar goed behandeld worden met een algemeen schimmeldodend geneesmiddel (oraal, enkel weken) (Waar)	43,10%	26,20%	30,80%
Bij een schimmelinfectie in de mond van de baby zonder symptomen bij de moeder moet enkel de baby behandeld worden. (Niet waar)	72,30%	21,50%	6,20%
Een moeder die behandeld wordt met een schimmeldodend geneesmiddel dat oraal gegeven wordt, mag blijven borstvoeding geven aan haar baby. (Waar)	51,50%	16,90%	31,50%
Indien een moeder gevoelige tepels heeft, is een tepelhoedje een goed hulpmiddel om tepelkloven te voorkomen.(Niet waar)	31,50%	54,60%	13,80%
De belangrijkste reden voor het ontstaan van tepelkloven is: Het fout aanleggen van de baby	88,50%	9,20%	2,30%
Borstvoeden op lange termijn	**Correct**	**Foutief**	**Weet niet**
Welk advies geef je aan een moeder die haar borstvoeding wil stopzetten? *Borstvoeding moet stapsgewijs afgebouwd worden*	97,70%	1,50%	0,80%
De anti-infectieuze eigenschappen van moedermelk verminderen naarmate er langer borstvoeding gegeven wordt (m.a.w. naarmate de baby ouder wordt). *(Niet waar)*	56,90%	28,50%	14,60%
Diepgevroren moedermelk die 2 maanden geleden ingevroren werd (op -18°C) mag nog gegeven worden aan de baby. *(Waar)*	73,80%	9,20%	16,90%
Afgekolfde moedermelk mag zeker 3 dagen in de koelkast bewaard worden. *(Waar)*	38,50%	46,20%	15,40%
Hoe lang mag een baby borstvoeding krijgen? *Langer dan 2 jaar, zolang het kind het wenst*	86,20%	11,50%	2,30%
Een gezonde baby die enkel borstvoeding krijgt tot 6 maanden heeft een ijzersupplement nodig. *(Niet waar)*	96,90%	2,30%	0,80%
Afgekolfde moedermelk wordt beter opgewarmd in lauw water dan in de microgolfoven voor een beter behoud van de waardevolle stoffen in moedermelk. *(Waar)*	63,10%	14,60%	22,30%
Op welke leeftijd is het aan te raden voor een voldragen en gezonde baby die enkel borstvoeding krijgt, ten laatste te starten met vaste voeding? *6 maanden*	96,90%	3,10%	0,00%
Een moeder die nog borstvoeding geeft en terug zwanger is, mag blijven borstvoeding geven tijdens de hele zwangerschap. *(Waar)*	71,50%	12,30%	16,20%
Een moeder die borstvoeding geeft kan werken of naar school. *(Waar)*	98,50%	0,80%	0,80%
De Vlaamse groeicurve is de best geschikte curve om de groei van kindjes die exclusief borstvoeding krijgen op te volgen. (*Niet waar*)	59,20%	32,30%	8,50%