

Beginnings

Oproep aan de Geboortezorg

Klinische trajecten
voor proactieve
lactatieondersteuning

Ontdek de nieuwe generatie

Magic InBra™ met
innovatieve technologieën

Zorg met aandacht

Wetenschappelijk onderbouwde
oplossingen voor borstvoeding

Toegewijd aan

Borstvoeding

Al meer dan 60 jaar zet Medela zich in voor het bevorderen van borstvoeding en lactatie via wetenschap, onderzoek, educatie en innovatieve oplossingen. Om deze focus te versterken en in lijn te blijven met de Internationale Gedragscode, voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk van de Wereldgezondheidsorganisatie, heeft Medela een significante verandering in haar portfolio doorgevoerd.



Per 1 juli 2025 heeft Medela wereldwijd de productie en verkoop van zuigflessen, spenen en fopspenen stopgezet, nadat in juni 2023 alle marketingactiviteiten al waren beëindigd. Deze stappen onderstrepen onze blijvende en diepgewortelde toewijding aan de principes van de WHO-code en aan de bescherming en bevordering van borstvoeding wereldwijd.

Deze beslissing, genomen onder leiding van voorzitter Michael Larsson en CEO Thomas Golücke, en volledig gesteund door de Raad van Bestuur en het Group Management, bevestigt opnieuw de doelstelling van Medela om borstvoeding wereldwijd te bevorderen. Door producten uit het assortiment te verwijderen die mogelijk onder de WHO-code vallen, versterkt Medela de samenwerking met de onderzoeks-, borstvoedings- en lactatiegemeenschap.

Moeders, gezinnen en professionele zorgverleners ondersteunen en versterken

We blijven ons inzetten voor de ondersteuning van borstvoedende gezinnen wereldwijd, zodat elke baby toegang heeft tot moedermelk – de best mogelijke voeding voor een gezonde start in het leven. Dit doel blijven we nastreven met duidelijkheid, zorg en toewijding. Als onderdeel van deze toewijding helpen we zorgverleners, moeders en gezinnen met de nieuwste inzichten in lactatie en borstvoeding, voorlichting en innovatieve oplossingen voor kolven en borstverzorging. Met deze inspanningen willen we borstvoeding ondersteunen, beschermen en stimuleren, en tegelijk helpen bij uitdagingen zoals het op peil houden van de melkproductie en het creëren van succesvolle borstvoedingservaringen.



Lees meer over ons vaste voornemen de WHO-code na te leven, de strategische overwegingen achter deze beslissing en de belangrijkste mijlpalen in ons overgangsproces.



Inhoud

02 Toegewijd aan borstvoeding

Toegewijd aan volledige naleving van de WHO-code

04 Oproep aan de Geboortezorg

Focus op klinische trajecten voor proactieve lactatieondersteuning

14 Ontdek Magic InBra

Maak kennis met de volgende generatie persoonlijke borstkolven

18 Zorg met aandacht

Een korte handleiding voor wetenschappelijk onderbouwde oplossingen voor borstvoeding

Medela Benelux BV

Hambakenwetering 1K, 5231 DD 's Hertogenbosch Nederland

Tel.: +31 73 690 40 40, E-mail: info@medela.nl
www.medela.nl

Redactie en tekst:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG

Ontwerp: www.ruheundsturm.de, München

Beeldmateriaal:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 306877583, 430354398, 441151372,
550895316, 168123422, 21748861, 251572501

Ooproep aan de Geboortezorg

Klinische trajecten voor proactieve ondersteuning bij lactatie

Het percentage borstvoeding blijft laag: minder dan 50% van de zuigelingen krijgt de eerste 6 maanden uitsluitend moedermelk.¹ Hoewel er meerdere factoren meespelen, werd tijdens een recent internationaal rondetafelgesprek met verloskundigen, geleid door een lactatiekundige met een PhD, benadrukt dat vroege identificatie en behandeling van specifieke risicofactoren bij moeder en kind cruciaal zijn om exclusieve borstvoeding op korte termijn en langdurige borstvoeding te bevorderen. De belangrijkste risicofactoren die de fysiologische lactatie kunnen belemmeren² werden in kaart gebracht, waarna klinische trajecten zijn ontwikkeld om zorgverleners te helpen bij het verlenen van effectieve lactatieondersteuning aan gezinnen.³

1 Een tekort in de begeleiding

Het realiseren van persoonlijke borstvoedingsdoelen voor moeders en baby's vormt een essentieel onderdeel van de postnatale zorg. Passende protocollen ter ondersteuning van zorgverleners blijken echter niet vanzelfsprekend beschikbaar. Op dit moment zijn er klinische richtlijnen beschikbaar ter ondersteuning van gezonde, lacterende moeders bij het opbouwen van een optimale moedermelkproductie.⁴⁻⁶ De Wereldgezondheidsorganisatie heeft bovendien richtlijnen opgesteld voor de zorg van kleine, zieke en premature pasgeborenen.⁷ Het Spatz 10-stappenmodel⁸, ontworpen ter bevordering en veiligstellen van moedermelk voor kwetsbare pasgeborenen, is wereldwijd geïmplementeerd en wordt ondersteund door sterke klinische uitkomsten. Moeders met bekende risicofactoren voor borstvoeding die een ogenschijnlijk gezonde baby krijgen, lopen nog steeds een hoog risico op onvoldoende melkproductie, omdat zij binnen de huidige ziekenhuisprotocollen vaak over het hoofd worden gezien. Uit een recent transversaal onderzoek⁹ bleek dat laat-prematuur geboren baby's 12 weken na de geboorte aanzienlijk

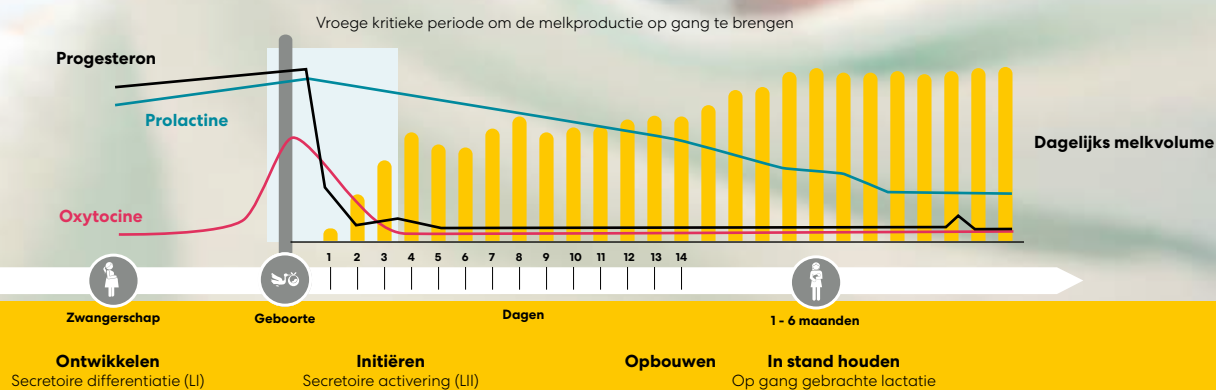
minder vaak borstvoeding van hun moeder kregen dan baby's met een andere zwangerschapsduur. Tot op heden zijn er geen klinische richtlijnen gepubliceerd die specifiek ingaan op de zorg voor moeders met erkende risicofactoren die het fysiologische lactatieproces beïnvloeden, of voor moeders die in het ziekenhuis problemen ervaren bij het opstarten van de lactatie. Hierdoor lopen deze moeders het risico onvoldoende ondersteuning te krijgen om in de cruciale fase van secretoire activatie een adequate melkproductie op te bouwen. Om deze moeders tijdig te herkennen en te begeleiden, zijn gepersonaliseerde borstvoedingsplannen noodzakelijk. Een reactieve benadering, waarbij interventie pas plaatsvindt na het optreden van problemen, blijkt ineffectief. Een vertraagde secretoire activatie heeft immers consequenties voor het gehele borstvoedingsproces. Een vertraagde secretoire activatie (>72 uur postpartum) gaat samen met excessief neonataal gewichtsverlies, suboptimaal borstvoedingsgedrag op dag 7, een toename in het gebruik van kunstvoeding en een kortere borstvoedingsduur.¹⁰⁻¹⁴

**‘Afwachten’
is geen optie!**

Vrouwen met een
vertraagde secretoire activatie
hebben 60% meer kans
om na 4 weken met
borstvoeding
te stoppen.¹⁵

Inspelen op **dat beslissende moment**

De postpartum hormonale veranderingen, in combinatie met vroege en adequate borststimulatie, zijn cruciaal voor een succesvolle start van de secretoire activatie.



Literatuur: Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1-22; 5-39; 226; Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396; Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(1):138-143; Neville MC. J Mammary Gland Biol Neoplasia (2009) 14:269-270; Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141.

2 Een kwestie van **timing**

De basis voor een duurzame melkproductie wordt gelegd in de eerste twee weken, met de eerste 72 uur als kritieke fase voor een succesvolle start van de lactatie. De verklaring voor dit kritieke venster is de overgang in de ontwikkeling van de melkklieren, gestuurd door hormonale (endocriene) regulatie, die in de eerste dagen postpartum ingrijpend verandert. Tijdens de zwangerschap start de melkproductie rond de 20e week, maar hoge progesteronspiegels remmen de volledige productie tot na de bevalling. Pas na de geboorte activeren hormonale veranderingen de secretoire activatie.^{16,17}

Na de bevalling dalen de progesteronwaarden snel door de geboorte van de placenta. Zodra het progesterongehalte daalt, komt er prolactine vrij om de secretoire activatie te bevorderen. Dit proces ondersteunt de sluiting van de lactocyttaire tight junctions, waardoor de alveoli worden afgesloten en melk niet naar het omliggende weefsel kan lekken. Elke zuigbeweging van de baby, evenals regelmatige stimulatie van tepel en tepelhof door borstvoeding of kolven, geven de hersenen van de moeder het signaal om prolactine aan te maken.¹⁷

Ook oxytocine speelt hier een rol. Na het opwekken van weeën tijdens de bevalling blijft het hormoon in de eerste dagen postpartum verhoogd om de borstvoedingsinteractie voor te bereiden. Oxytocinepulsen treden op tijdens het zuigen en zijn noodzakelijk voor het vrijkomen van beschikbare melk gedurende de lactatie (melktoeschietreflex).

Daarom zijn in deze periode regelmatige stimulatie en effectieve melkverwijdering essentieel om de melkproductie van de moeder te activeren. Of ze nu hormonaal, glandulair of het gevolg van inefficiënte melkverwijdering door suboptimaal zuiggedrag van de baby zijn, risicofactoren kunnen dit proces verstoren en vereisen daarom proactieve identificatie en interventie. Het ondersteunen en voorbereiden van aanstaande moeders tijdens de zwangerschap – door risicofactoren voor lactatie tijdig te identificeren en borstvoedingsplannen op te stellen – is daarom cruciaal voor een tijdige secretoire activatie en daarmee voor succesvolle borstvoeding op de lange termijn.



Ondersteuning bij borstvoeding begint tijdens **de zwangerschap**

Prof. Viktoria Vivilaki, voorzitter van de European Midwives Association, pleit nadrukkelijk voor rondetafelgesprekken die opnieuw het belang van proactieve borstvoedingsondersteuning benadrukken. Haar verwachtingen voor de toekomst zijn duidelijk.

Waarom is proactieve ondersteuning bij lactatie zo belangrijk?

Proactief lactatiebeheer speelt een essentiële rol bij het succesvol laten verlopen van de borstvoeding. Een vroege initiatie met de juiste ondersteuning in geboortecentra en kraamklinieken geeft moeders vertrouwen en bevordert een gezonde melkproductie op de lange termijn. Met de dalende borstvoedingscijfers in delen van Europa is een wetenschappelijk onderbouwd kader onmisbaar voor het verbeteren van perinatale zorgpraktijken.

Wanneer moet de ondersteuning beginnen?

Een sterke start met borstvoeding begint voor de geboorte en gaat direct daarna verder. Het behoort een vast onderdeel van de perinatale zorg te zijn, geen keuzeoptie. Het is essentieel om realistische verwachtingen te creëren en mogelijke zorgen tijdig weg te nemen. Onze aanbevelingen benadrukken het belang van gestructureerde, proactieve begeleiding om vroege borstvoedingsproblemen te voorkomen, met speciale aandacht voor moeders met risico op vertraagde lactogenese. Deze aanpak beperkt onnodige bijvoeding en vergroot de kans op succesvolle borstvoeding.

Hoe moeten verloskundigen de aanbevelingen in de dagelijkse praktijk toepassen?

Verloskundigen spelen een belangrijke rol bij de ondersteuning van borstvoeding. De implementatie omvat routinematige lactatie-educatie voor gestandaardiseerde, wetenschappelijk onderbouwde praktijken, aangevuld met praktische ondersteuning in de vroege postpartumperiode om een correcte aanleg en positionering te verzekeren. Daarnaast is het noodzakelijk een systematische en nauwgezette follow-up te organiseren door eerstelijns verloskundigen na ontslag uit het ziekenhuis. Interprofessionele samenwerking is hierbij essentieel. Door samen te werken kunnen we moeders met risicofactoren vroegtijdig herkennen en hen de steun geven die ze direct en blijvend nodig hebben.

Prof. Viktoria Vivilaki
Voorzitter van de
European Midwives
Association



**Wacht niet af,
maar wijs de weg!**

Ongeacht de geïdentificeerde
risicofactor is de overgang van
een reactieve naar een proactieve
aanpak van lactatieondersteuning
altijd voordelig.

”

3

Beoordeling op de juiste manier

In de evaluatie van risicofactoren differentiëren experts tussen pre-existente maternale factoren en intrapartum of neonataal gerelateerde factoren. Een vertraagde start van de lactatie bij moeders kan gerelateerd zijn aan frequent voorkomende, vaak niet te beïnvloeden risicofactoren, waaronder diabetes¹⁸⁻²⁰, verhoogde BMI²¹⁻²⁴, polycysteus ovariumsyndroom (PCOS)^{25,26}, langdurige bevalling²⁷⁻²⁸, keizersnede^{29,30}, of postpartum hemorragie^{31,32}. Deze factoren kunnen leiden tot vertraagde secretoire activatie, hetgeen de kans vermindert om binnen 14 dagen postpartum het drempelvolumen van 500 ml/dag te realiseren^{33,34}. Of de risicofactoren nu voortkomen uit een langdurige bevalling of een onverwachte keizersnede, het risico blijft even groot. Baby's met een laag geboortegewicht³⁵⁻³⁷ of craniofaciale afwijkingen, waaronder een gespleten palatum³⁸, ondervinden vaak beperkingen in effectieve stimulatie en voeding, hetgeen de borstvoeding significant bemoeilijkt.

Ook vrouwen met glandulaire hypoplasie verdienen bijzondere aandacht.³⁹⁻⁴¹ Kortom: hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe groter de uitdaging, – hetgeen de noodzaak van vroege identificatie en evaluatie tijdens de prenatale zorg onderstreept. Met deze beoordelingen kan een persoonlijk borstvoedingsplan worden gemaakt dat gezinnen vertrouwen geeft en zorgverleners richting biedt. Een goed doordacht plan maakt het verschil. Als voedingsvoorkeuren goed zijn vastgelegd en gedeeld, kan het verloskundig team zorgen voor echte continuïteit van zorg. Na de geboorte vormen vroeg huid-op-huidcontact, direct aanleggen en handmatig afkolven van colostrum essentiële eerste stappen. Wanneer borstvoeding wordt uitgesteld of niet effectief verloopt, moet er meteen worden gestart met kolven met een borstkolf van ziekenhuiskwaliteit om de borst te stimuleren en de melkproductie te behouden.^{2,3}

Maternale risicofactoren

→ Ziekten/aandoeningen

Diabetes¹⁸⁻²⁰
Obesitas²¹⁻²⁴
Polycysteus ovariumsyndroom²⁵⁻²⁶
Schildklier-aandoeningen⁴²

→ Medicatie/behandeling

Post-chemotherapie⁴³
Post-radiotherapie⁴⁴
Geneesmiddelen die lactatie onderdrukken⁴⁵⁻⁴⁷

→ Borstklachten

Glandulaire hypoplasie³⁹⁻⁴¹
Borstchirurgie⁴⁸⁻⁴⁹
Tepelpiercing⁵⁰
Tepelafwijkingen^{14,51}

→ Andere factoren

Begeleide conceptie⁵²
Ingeleide bevalling^{53,54}
Eerste zwangerschap^{14,23,55}

Risicofactoren rond de geboorte en bij de baby

→ Geboorte

Langdurige/stressvolle bevalling^{27,28}
Keizersnede^{29,30}
Bloeding na de geboorte^{31,32}

→ Na de geboorte

Scheiding van moeder en kind^{58,59}
Uitgesteld of onderbroken huid-op-huidcontact^{60,61}
Uitgestelde eerste borstvoeding^{62,63}

→ Baby

Zwangerschapsduur^{56,57}
Laag geboortegewicht³⁵⁻³⁷
Gezichtsafwijkingen, bijvoorbeeld een gespleten lip of gehemelte³⁸

→ Richtlijnen voor voeden en kolven

Onregelmatige borstvoeding <8 keer per 24 uur⁶⁴
Onregelmatig kolven <5 keer per 24 uur⁶⁵
Aanvullen met iets anders dan moedermelk⁶⁶





4

De juiste **aanpak**

Blijvende, praktische steun maakt het verschil; de juiste aanpak sluit altijd aan op de specifieke risicofactoren die bij moeder en kind zijn vastgesteld. De internationale rondetafel definieerde twee klinische zorgtrajecten (zie p. 12) ter sturing van de lactatiezorg, waaronder een traject gericht op vrouwen met onvoldoende klierweefsel,² bij wie een volledige melkproductie doorgaans niet haalbaar is. Borstchirurgie – zowel vergroting als verkleining – behoort wereldwijd tot de meest uitgevoerde cosmetische ingrepen. Door een beter begrip

van de borstfunctie tijdens borstvoeding en door vooruitgang in chirurgische technieken kunnen veel vrouwen na een borstoperatie alsnog succesvol borstvoeding geven. Borstoperaties kunnen echter de melkproductie beïnvloeden en hoe meer klierweefsel er tijdens de ingreep wordt verwijderd, hoe groter^{48,49} het risico op onvoldoende melkproductie. De behandeling van borstkanker omvat vaak chirurgie – een volledige of gedeeltelijke borstamputatie – in combinatie met chemotherapie en radiotherapie.^{43,44}

Deze therapieën kunnen leiden tot resectie, beschadiging of functionele beperking van het borstweefsel, waardoor het vermogen om melk te produceren wordt aangetast. Hoewel lactatie na radiotherapie of chemotherapie in sommige gevallen haalbaar blijft, is de melkproductie doorgaans gereduceerd als gevolg van aantasting van het lactogeen weefsel.

Casussen uit de klinische praktijk tonen aan dat, middels een gestructureerde en proactieve benadering, zelfs moeders met een hoog risicoprofiel adequaat kunnen worden voorbereid op een succesvolle borstvoeding. Een recent systematisch onderzoek toonde aan dat 40 van de 42 vrouwen (95,2%) met onvoldoende klierweefsel minder dan één maand moedermelk konden geven³⁹. Toch liet één casusrapport zien dat een moeder, met behulp van intensieve maatregelen (zoals een kolf van ziekenhuiskwaliteit en domperidon), gedurende de eerste zes maanden dagelijks circa 400 ml melk kon produceren voor haar baby.⁴¹

Het opleiden van zorgverleners is een topprioriteit

Salomé Álvarez Rodríguez, voormalig voorzitter van de Spaanse Federatie van Verloskundigenverenigingen en medeauteur van het wetenschappelijk comité, licht toe hoe zij de aanbevelingen in Spanje wil implementeren.

Een van onze voornaamste initiatieven is het organiseren van workshops en seminars voor verloskundigen en andere zorgprofessionals. Tijdens deze evenementen staan praktische tips, bewezen strategieën en oplossingen voor veelvoorkomende uitdagingen in de borstvoedingsondersteuning centraal. Daarnaast bieden ze waardevolle kansen om ervaringen te delen, casussen te bespreken en samen een sterke, goed geïnformeerde gemeenschap van professionals te bouwen.

Het opleiden van zorgverleners is een topprioriteit. Met onze opleidingsprogramma's geven we verloskundigen, verpleegkundigen en artsen de kennis en tools om borstvoeding te bevorderen, moeders optimaal te ondersteunen en vertrouwen te bieden in uitdagende situaties. Ons doel is dat alle medewerkers goed voorbereid zijn en handelen in lijn met de nieuwste inzichten. Wat ik het liefste wil zien, is een duidelijke stijging in het aantal vrouwen dat borstvoeding geeft. Door de nieuwe aanbevelingen toe te passen, helpen we moeders obstakels te overwinnen, zoals onvoldoende informatie, steun en praktische uitdagingen. Een gestructureerde, proactieve aanpak die al tijdens de zwangerschap start, kan echt een verschil maken.

Belangenbehartiging vormt eveneens een centraal onderdeel van ons plan. We zetten ons in voor beleid dat moeders ondersteunt: met voldoende zwangerschapsverlof, werkplekken waar borstvoeding welkom is en een vaste plek voor borstvoeding in de volksgezondheid. Met deze maatregelen bouwen we aan een omgeving waar moeders zich echt gesteund en sterker voelen. Met deze initiatieven bouwen we in Spanje aan een stevig, blijvend vangnet dat moeders bij borstvoeding ondersteunt. Mijn visie is dat elke moeder, waar ze ook woont en welke achtergrond ze ook heeft, de steun krijgt om met vertrouwen en voldoening borstvoeding te geven.

Salomé Álvarez Rodríguez
Oud-voorzitter van de Spaanse Federatie van Verloskundigen

Klinische trajecten voor proactieve ondersteuning bij lactatie



Voor moeders met risicofactoren voor vertraagde secretoire activatie of verminderde melkproductie, en voor pasgeborenen met risicofactoren voor voedingsproblemen



Voor moeders die vermoedelijk een beperkte melkproductie hebben



*De evaluatie van effectieve voeding omvat parameters zoals voedingsfrequentie en -duur, fecale en urine-output, het gewicht en gedrag van de baby, en de toestand van tepels en borstweefsel van de moeder voor en na het voeden. Ouders verdienen duidelijke uitleg over de fysiologie van de melkproductie, het belang van tijdige secretore activatie voor het opbouwen van een duurzame melkproductie en hoe risicofactoren bij moeder of baby dit proces kunnen beïnvloeden.

Voorbeelden van trajecten, geadapteerd uit: Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 and Slater CN,et al. Am J Matern Child Nurs. 2025 Jul-Aug 01;50(4):192-203.

**Lees de volledige
aanbevelingen** van
de internationale
rondetafelconferentie
in de volgende twee
documenten:



Lees meer over
de toepassing
van proactieve
lactatieondersteuning in
onze gratis e-learning:



**Voor de meest recente
onderzoeksinzichten over
borstvoeding** verwijzen
we naar de speciale
uitgave van Breastfeeding
Medicine (juli 2025),
die nu vrij toegankelijk
beschikbaar is.



Literatuur: 1 WHO, UNICEF: Global Breastfeeding Scorecard 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-23.17> 2 Spatz DL et al. Nurs Womens Health. 2024 Aug;28(4):256-263. 3 Spatz DL et al. J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 4 Moore ER et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519. 5 Holmes AV et al. Breastfeed Med. 2013;8(6):469-473. 6 UNICEF, WHO. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services – the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization; 2018. 7 UNICEF, WHO. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Baby-Friendly Hospital Initiative for Small, Sick and Preterm Newborns. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. WHO & UNICEF; 2020. 8 Spatz DL et al. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396 9 Parker L. JAMA Netw Open. 2025 Mar 3;8(3):e250024. 10 Huang L et al. J Nutr. 2020;150(4):894-900. 11 Chapman DJ et al. J Hum Lactation. 1999;15(2):107-11. 12 Hruschka DJ et al. J Nutr. 2003;133(8):2592-9. 13 Michel MP et al. Archives de Pédiatrie. 2007;14(5):454-60. 14 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003;112(3 Pt 1):607-19 15 Brownell E et al. J Pediatr. 2012 Oct;161(4):608-14. 16 Hartmann BT et al. Early Hum Dev. 2007; 83(10):667-673. 17 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211-221. 18 Wu Jing-Ling et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 19 Suwaydi MA et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2022; 22(1):350. 20 Longmore DK et al. Diabetologia. 2020; 63(12):2571-2581. 21 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017;33(4):684-691. 22 Bui LM et al. Breastfeed Med. 2025. 23 Nommensen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 24 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 25 Vanky E et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(5):531-535. 26 Joham AE et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95(4):458-466. 27 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J. Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 28 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S- 5S. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy/Childbirth. 2016; 16:90. 30 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013;69(4):828-839. 31 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 32 Farah E et al. J Midwifery Womens Health. 2021; 66(5):631-640. 33 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 34 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 35 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. J Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 36 Parker MG et al. Pediatrics. 2021; 148(5). 37 Parker LA et al. J Hum Lact. 2021;37(3):581-592. 38 Madhoun LL et al. Cleft Palate Craniofac J. 2020; 57(4):477-486. 39 Kam RL et al. Breastfeed Med. 2021; 16(8):594-602. 40 Spatz DL, Miller J. J Perinat Educ. 2021; 30(1):13-18. 41 Duran MS, Spatz DL. J Hum Lact. 2011; 27(4):394-397. 42 Amino N, Arata N. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020; 34(4):101438. 43 Stopenski S et al. Breastfeed Med. 2017; 12(2):91-97. 44 Leal SC et al. Expert Rev Anticancer Ther. 2013; 13(2):159-164. 45 Anderson PO. Breastfeed Med. 2017;12(3):128-130. 46 Hale TW. 19th edition. New York, NY: Springer publishing company; copyright 2021. 715 p. 47 Aljazaf K et al. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56(1):18-24. 48 Kraut RY et al. PLoS One. 2017;12(10):e0186591. 49 Schiff M et al. Int Breastfeed J. 2014;9:17. 50 Garbin CP et al. JAMA. 2009; 301(24):2550-2551. 51 Shilpa Umesh Bagal, et al. International Journal of Health Sciences & Research. 2017; 7(4):280-288. 52 Barrera CM et al. Am J Obstet Gynecol. 2019; 220(3):261.e1-261.e7. 53 Reed R. London: Pinter & Martin; 2018. (Why it matters; vol 14). 54 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 55 Hurst NM. J Midwifery WomensHealth. 2007; 52(6):588-594. 56 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11(10):494-500. 57 Dong D et al. Int Breastfeed J. 2022;17(1):6. 58 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 59 Eden C. J Hum Lact. 2024; 40(4):535-538. 60 Widström AM et al. Acta Paediatr. 2019; 108(7):1192-1204. 61 UNICEF, WHO. Geneva: World Health Organization; 2018. 56 p. 62 Salariya EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 63 NEOVITA Study Group. Lancet Glob Health. 2016; 4(4):e266-275. 64 Huang S-K, Chih M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 65 Hoban R et al. J Perinatol. 2024;44(11):1597-1606. 66 Feldman-Winter L et al. Pediatrics. 2020; 145(4):e20183696.



Achter de

magie



Moeders die borstvoeding geven, waarderen het gemak en de vrijheid van volledig draagbare borstkolven.¹ Comfort mag echter niet ten koste gaan van efficiëntie, zuigkracht en melkproductie. Met de nieuwe borstkolf Magic InBra™ brengt Medela het beste van twee werelden samen: de kracht van ziekenhuis kwaliteit en innovatieve technologie voor comfort en discretie.

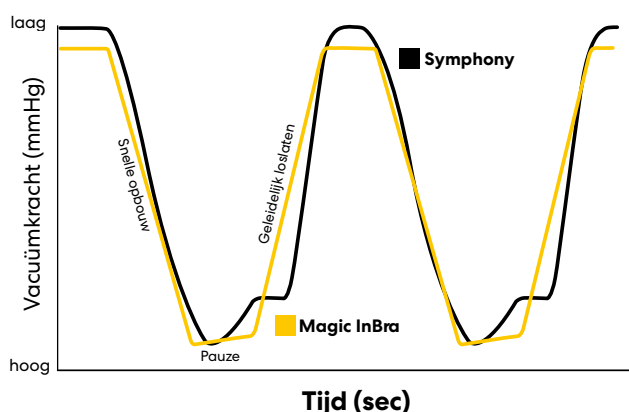
Ziekenhuis kwaliteit betekent meer dan alleen vacuümkracht. Een van de geheimen zit hem in het kolfpatroon: Wanneer baby's aan de borst drinken, bouwen ze intuïtief snel vacuüm op en laten dit vervolgens geleidelijk weer los om zoveel mogelijk melk eruit te krijgen. Symphony®, de meest gebruikte borstkolf in ziekenhuizen wereldwijd², bootst dit natuurlijke gedrag na met het bewezen Symphony®-kolfpatroon³ en geeft moeders zo de perfecte balans tussen comfort en efficiëntie.

Ziekenhuis-DNA voor thuis en onderweg

Magic InBra™ is de eerste kolf voor persoonlijk gebruik die nu het ziekenhuis-DNA volledig omarmt voor zeer efficiënt en comfortabel kolven: een snelle opbouw, comfortabele druk en geleidelijk loslaten van het vacuüm stimuleren de melkstroom en optimaliseren het kolfcomfort. In combinatie met bewezen ziekenhuispraktijken – zoals het borstschild met 105° openingshoek dat tot 11% meer melk oplevert⁴,

de juiste maat borstschild en kolven met maximum comfortabel vacuüm (MCV)⁵, en tot 18% meer melk door dubbelkolven⁶ – brengt de Magic InBra™ dezelfde bewezen technologie nu ook naar huis, voor een naadloze zorgcontinuïteit.

Medela afkolfpatronen



Magic InBra™ in een oogopslag

Betrouwbare prestaties zoals in het ziekenhuis

Gebaseerd op Symphony®, de nr. 1-borstkolf die wereldwijd door ziekenhuizen wordt gebruikt²

Innovatieve FluidFeel Technology™

Geïnspireerd door baby's. Aangenaam kolven, zelfs bij een sterk vacuümniveau.

Ultraslank anatomisch ontwerp

Vormt zich naar de lacterende borst. Het schild van 105° helpt tot 11% meer melk af te kolven⁴.

Stil en ultralichtgewicht

Een van de stilste én lichtste borstkolven voor in de beha: 38 dB en slechts 200 gram.

Transparante bovenzijde voor beter zicht, met nachtmodus

Voor eenvoudige uitlijning van de tepel en zichtbaarheid van de melkstroom.

Slimme prestaties, aangepast door sensoren

Automatisch overschakelen van stimulatie naar afkolven.

App met afstandsbediening

Voor het bijhouden, registreren en aanpassen van sessietijd, instellingen en het geschatte afgekolfde melkvolume.

Gemakkelijk schoon te maken en in elkaar te zetten

Meer melk in de helft van de tijd

18% meer melk in de helft van de tijd, met extra energie⁶ bij dubbel afkolven.



Achter de *magic*

Wij presenteren: FluidFeel Technology™

Op onderzoek gebaseerde innovatie: aangenaam kolven gecombineerd met krachtig resultaat.

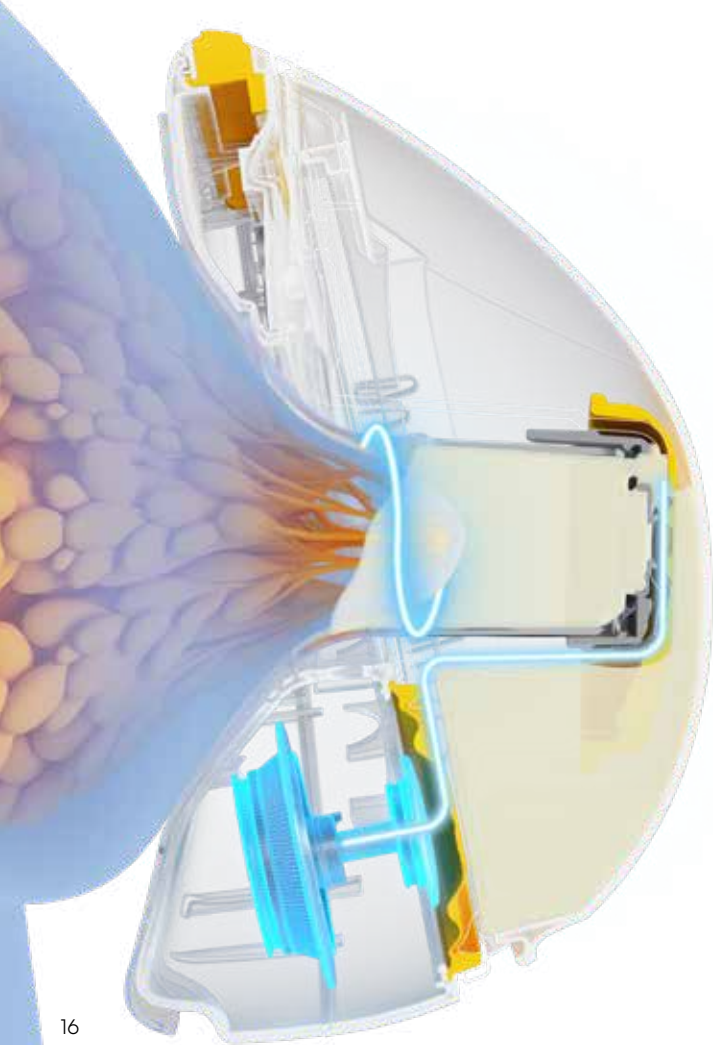
Een micro-omgeving die sterk overeenkomt met natuurlijke borstvoeding

Warme temperatuur rond de tepel heeft een aantoonbaar positief effect op de melkverwijdering.^{8,9} De baby weet dit intuïtief het beste te doen: Baby's stimuleren effectief de melkstroom en drinken vervolgens efficiënt met zachte maar krachtige bewegingen, terwijl de tepel van de moeder zacht en warm wordt omsloten door melk. Het verwarmende gevoel en de toepassing van vacuüm op de borst zijn cruciale factoren voor een succesvolle melkstroom⁶ en dat maakt direct verschil in hoeveel melk er kan worden afgekolfd⁷.

Een prachtig natuurlijk proces, nu nagebootst door de wetenschappers van Medela. Medela's innovatieve FluidFeel™-technologie biedt een kolfervaring die zowel qua gevoel als werking de natuurlijke borstvoeding nabootst. Het sluit de borst zacht af en omringt de tepel voortdurend met melk, waardoor een warme, behaaglijke omgeving ontstaat die de melk vanzelf beter laat stromen.

Automatisch overschakelen van stimulatie naar afkolven

De FluidFeel™-technologie maakt gebruik van een tweekamersysteem en geïntegreerde multisensoren, speciaal ontwikkeld om moeders te helpen het maximale uit elke afkolfsessie te halen: In de stimulatiefase verzamelen melkdruppels zich in de schacht (kamer één). Wanneer de melkproductie op gang komt, stroomt de melk door naar de opvangbak (kamer twee). De geïntegreerde sensoren detecteren deze fysiologische verandering in realtime en initiëren de automatische overgang van stimulatiefase naar afkolfphase, vergelijkbaar met de natuurlijke overgang van een baby van niet-voedend naar voedend zuigen. Het juiste omschakelmoment is cruciaal, omdat de eerste toeschietreflex het krachtigst is en circa 36% van de totale melkproductie oplevert.¹⁰



Onderzoek toont aan dat moeders die een InBra kolf gebruiken, de borstvoedingsperiode vaker verlengen dan moeders die een traditionele kolf gebruiken.



Bij andere kolven moesten moeders de eerste toeschietreflex zelf herkennen en handmatig van modus wisselen, terwijl 21% van deze reflexen onopgemerkt blijft.¹¹ Magic InBra™ schakelt vanzelf, zodat geen druppel van die kostbare eerste melk verloren gaat.

Zachte en stille kolfervaring

De nieuwe FluidFeel™-technologie verhoogt het comfort van moeders tijdens het kolven: de continue, zachte afsluiting op de borst minimaliseert de trekkracht op de tepel, zodat ook bij hoge vacuüm niveaus op een zachte manier kan worden gekolfd. Het vloeistofge vulde systeem dempt de motor en zorgt voor een stille, efficiënte kolfervaring.

Literatuur: **1** Colbenson GA et al. Breastfeed Med. 2022; 17(6):537–543. **2** NICU & Maternity Ward. Data available upon request. **3** Mitoulas L et al. J Hum Lact. 2002; 18(4):353–360. **4** Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(11):1561–1567. **5** Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008; 3(1):11–19. **6** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447. In comparison to sequential single pumping. **7** Cannon AM et al. Early Hum Dev. 2016; 96:1–6. **8** Gardner H et al. Sci Rep. 2019; 9(1):11854. **9** Kent JC et al. J Hum Lact. 2011; 27(4):331–338. **10** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2011; 6(4):183–190. **11** Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179–186

Voor meer informatie

over deze technologieën, rechtstreeks van lactatiekundigen en productontwerpers, verwijzen wij u naar deze webinarvideo.



Verzorgingspakket

EEN KORTE HANDLEIDING VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERBOUWDE OPLOSSINGEN VOOR BORSTVERZORGING

Borstvoeding geven is een zeer persoonlijke ervaring voor moeders. Zelfs als er problemen ontstaan, helpt een goede borstverzorgingsroutine om de kostbare band tussen moeder en kind te beschermen.

Dit is onze kijk op de vier grootste uitdagingen bij borstvoeding, om u elke dag in de praktijk te ondersteunen.



Bekijk hier alle
oplossingen en
meer info:



4 Uitdagingen

1



GEVOELIGE TEPELS

Tot 97% van de moeders ervaart een droge huid en gevoelige tepels in de eerste weken na de geboorte, wanneer zij en hun baby beginnen met borstvoeding.¹ Het is daarom belangrijk om de tepelhuid tijdens de zwangerschap en borstvoedingsperiode te beschermen en goed te hydrateren.

Purelan™ helpt de natuurlijke vochtbalans van de huid te herstellen en biedt verzachtende verzorging en bescherming voor pijnlijke en droge tepels na de borstvoeding. Met 100% pure lanoline van medische kwaliteit is Purelan™ lanolinezalf gecertificeerd als natuurlijk door EcoCert en Natrue. Het voedt en beschermt de huid effectief met een rijke textuur die de hydratatie op peil houdt en de huidbarrière versterkt. Veilig voor de baby en hoeft niet verwijderd te worden voor de borstvoeding.

➤ **Meer mogelijke oplossingen: Biologische tepelbalsem, tepelbeschermers**

TEPELKLOVEN

Bij veel vrouwen die borstvoeding geven, kunnen tepelkloven het gevolg zijn door problemen met het aanleggen van de baby.¹

Hydrogel-pads zijn een effectieve behandelingsoptie voor moeders met tepelkloven. Ze bieden directe pijnverlichting^{2,3} en ondersteunen het herstel door een vochtige genezingsomgeving te creëren die het herstel van beschadigd weefsel bevordert.⁴ Daarnaast verzachten en koelen ze de pijnlijke huid en vormen ze een beschermende barrière tegen wrijving en verdere schade.

➤ **Meer mogelijke oplossingen: Biologische tepelbalsem, tepelbeschermers**



UITDAGINGEN BIJ HET AANLEGGEN

Aanlegproblemen kunnen optreden wanneer de baby moeite heeft met aanhappen, wanneer de moeder pijnlijke tepels of tepelkloven heeft, wanneer borstvoeding pijnlijk is, of wanneer de tepels plat of ingetrokken zijn.^{5,6}

Contact™ tepelhoedjes bieden tijdelijke ondersteuning aan moeder en baby bij het aanleggen en beschermen van pijnlijke tepels en tepelkloven tijdens de borstvoeding en ondersteunen het genezingsproces. De unieke uitsnijdingsvorm maximaliseert het huid-op-huidcontact, terwijl het ultradunne, flexibele siliconenmateriaal de tepelstimulatie optimaliseert.

➤ **Meer mogelijke oplossingen: Tepelvormers**



LEKKENDE MOEDERMELK

Lekkende moedermelk is normaal voor veel nieuwe moeders wanneer de melkstroom 'op gang komt' en de melkproductie zich stabiliseert.⁷ In sommige gevallen kan het echter een gênant en ongemakkelijk probleem zijn.

Zachte zoogkassen zoals de ultra-ademende zoogkassen van Medela absorberen moedermelk en sluiten deze discreet in, waardoor kleding onopvallend beschermd blijft. Dankzij een drielaagse kern die tot 50 keer het eigen gewicht absorbeert, beschermen ze tevens tegen vetvlekken bij het gebruik van tepelzalfjes zoals Purelan™.

➤ **Meer mogelijke oplossingen: Lekschalen, Safe & Dry™ wasbare zoogkassen**



Literatuur: 1 Jiménez Gómez MI et al. Breastfeed Med. 2021; 16(4):325–331. 2 Eaglstein WH. Dermatol Surg. 2001; 27(2):175–181. 3 Broussard KC, Powers JG. Am J Clin Dermatol. 2013; 14(6):449–459. 4 Nuutila K, Eriksson E. Adv Wound Care (New Rochelle,). 2021; 10(12):685–698. 5 Kronborg H et al. Matern Child Nutr. 2017; 13(1). 6 Coentro VS et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2022; 51(1):73–82. 7 Lauwers J. Second edition. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 262 pages.

Symphony®

Betrouwbare ziekenhuisprestaties.
Nieuw Hands-free
comfort voor thuis

Symphony® is de meest populaire huurkolff^{1,2}, ontworpen voor zowel ziekenhuis- als thuisgebruik en is gebaseerd op tientallen jaren klinisch onderzoek. Klinisch bewijs toont aan dat de Symphony® met succes een adequate melkproductie activeert, opbouwt en in stand houdt, vergelijkbaar met de volumes die een borstvoedende baby bereikt.^{3,4}



Nu
verkrijgbaar met
**Hands-free
Collection
cups**



Twee op onderzoek gebaseerde afkolfprogramma's, geïnspireerd op het natuurlijke zuiggedrag van de zuigeling aan de borst.³



Levert tot 18% meer melk op met een hoger energiegehalte bij dubbel afkolven.⁵



Anatomisch ontworpen hands-free cups voor extra discretie, bewegingsvrijheid en thuiscomfort.

Verkrijgbaar in drie maten.
Traditionele afkolfsets blijven beschikbaar als optie.

Adviseer het gebruik van Symphony® om moeders te ondersteunen bij het overwinnen van borstvoedingsuitdagingen.

Literatuur: 1 Breast pumps – based on distribution in maternity wards and NICUs 2 Based on MiBaby survey with 596 mums in Germany, March 2023 3 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110. 4 Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386. 5 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447.

Medela AG
Lättichstrasse 4b, 6340 Baar, Switzerland, www.medela.com

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Georg-Kollmannsberger-Str. 2, 85386 Eching, Germany

MD Symphony® and Magic InBra™
are a medical device.

CE 0123



Scan voor meer
informatie