

Begeleiden bij borstvoeding

Gonneke van Veldhuizen-Staas en Stefan Kleintjes

'Verloskundigen vervullen een spilfunctie in het totale proces van zorgverlening rondom de voortplanting. Zij begeleiden de vrouw en haar partner vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en baring en tijdens de kraamperiode. Ook dragen zij in de eerste tien dagen na de geboorte zorg voor de pasgeborenen en verrichten zij de nacontrole.'^[1]

Lacteren - borstvoeding geven - en drinken aan de borst - borstvoeding nemen -, zijn normale fysiologische activiteiten van moeder en kind. In de eerste weken na de bevalling zullen moeder en kind elkaar leren kennen en zich de vaardigheden van het voeden aan de borst eigen maken. De verloskundige wordt door beide auteurs aangesproken op haar verantwoordelijkheden om de borstvoeding te doen slagen.

Lactatie als vierde trimester van de zwangerschap

De algemene omschrijving van de taken van de verloskundige in het 'Beroepsprofiel verloskundige' ziet de zorg voor moeder en kind in de eerste weken postpartum als deel uitmakend van het verloskundige pakket. De zorg voor de pasgeborene omvat natuurlijk ook zijn voeding en de zorg voor de kraamvrouw omvat alle reproductieve functies, inclusief de lactatie. Lactatie is een onscheidbaar onderdeel van het voortplantingsproces van de vrouw, die begint met de ovulatie en die via conceptie, zwangerschap, partus en lactatie weer terug komt bij de ovulatie. Het begin van de lactatie ligt bij de conceptie, die de stimulus is voor de aanzet van de mammogenese, de differentiatie van het rustende melkklierweefsel. Tijdens de zwangerschap gaat de mammogenese verder en wordt aangevuld door lactogenese I ofwel secretoire differentiatie. Lactogenese I begint tijdens de zwangerschap en duurt tot 48-72 uur post partum en omvat het stadium van colostrumsecretie. Daarop aansluitend begint lactogenese II, de secretoire activatie en het begin van de synthese van mature melk^[2]. Tijdens de laatste fase van de lactatie, de involutie van het klierweefsel als gevolg van verminderde

*Gonneke van Veldhuizen-Staas is lactatiekundige IBCLC,
Stefan Kleintjes is kinderdiëtist*

afname, wordt de weg vrijgemaakt voor de hormonale veranderingen die een ovulatie mogelijk maken. De voeding van de pasgeborene is een van de belangrijkste factoren in de zorg voor zijn gezondheid en welzijn. Zuigelingen die geen, kort of weinig borstvoeding krijgen, hebben aanzienlijk minder goede vooruitzichten voor wat betreft de gezondheid. Het gaat hierbij om zowel de korte als de langere termijn en betreft aandoeningen als bijvoorbeeld acute otitis media, gastro-enteritis, ernstige (hoge) luchtweginfecties, atopische dermatitis, astma (in jonge kinderen), obesitas, type 1 en 2 diabetes, leukemie, wiegendood (SIDS) en necrotiserende enterocolitis^[9]. Daarnaast is borstvoeding, zowel het geven als het krijgen ervan, een belangrijke factor bij het leggen van een basis voor een goede hechting tussen moeder en kind. Dit wordt natuurlijk voor een deel toegeschreven aan het intensieve lichaamscontact, maar fysieke factoren zoals de onder invloed van de bij het borstvoeden vrijkomende hormonen bij moeder en kind en reductie van stress, zijn tevens van evident belang^[4,5,6].

Lacteren en drinken aan de borst zijn normale fysiologische activiteiten van moeder en kind, maar daarnaast ook aan te leren vaardigheden. Vrouwen die opgroeien in een cultuur waar borstvoeding geven de norm is, worden op natuurlijke wijze blootgesteld aan rolmodellen en hebben minder problemen bij het zelf zogen van hun kind. In hun omgeving hebben zij ook op meer vanzelfsprekende wijze vrouwen die hen helpen, ondersteunen en de juiste aanwijzingen geven. In een omgeving waarin borstvoeding geven niet de culturele norm is en vrouwen gemiddeld weinig kinderen krijgen valt deze vanzelfsprekendheid vaak weg. De ondersteuning bij borstvoeding valt dan primair toe aan professionele zorgverleners, zoals de verloskundige.

Begeleiding bij borstvoeding

Bij het verloskundig handelen kan het gebeuren dat twee competenties met elkaar in conflict komen, zoals het respecteren van de keuzevrijheid van de cliënte en het handelen volgens evidence based practice. Werken volgens de regels van evidence based practice zou inhouden dat aan alle zwangeren krachtig zou worden geadviseerd hun kind borstvoeding te geven en de zorg daarop toegespitst in te richten. Tegemoet komen aan de keuzevrijheid van de cliënte kan betekenen dat de verloskundige genoeg moet nemen met de medisch gezien mindere keuze voor kunstvoeding. De daarbij passende zorg is het aanbieden van meer informatie over de consequenties voor moeder en kind van deze keuze. Indien de cliënte bij haar (kunstvoedings)keuze blijft, is tevens gerichte zorg noodzakelijk voor de lichamelijke consequenties ervan voor het lactatieproces bij de moeder en eventuele voedingsproblemen bij het kind. Daarnaast

vraagt de keuze en aanleren van andere manieren om een goede hechting te bevorderen veel aandacht. Het bereiden en toedienen van de kunstvoeding vergt daarbij overigens ook een nauwgezette begeleiding om contaminatie met gevaarlijke bacteriën en overvoeding te voorkomen.

Argumenten in de advisering voor borstvoeding

In de prenatale advisering bij borstvoeding kan gebruik worden gemaakt van argumenten die de gezondheid van het kind betreffen, maar ook die van de moeder. De manier van formuleren van die argumenten kan bijdragen aan de overtuigingskracht. Waar gewoonlijk wordt gesproken over de 'voordelen van borstvoeding' is het overtuigender om te spreken van de 'nadelen van geen borstvoeding' of over de 'consequenties van de voedingskeuze'^[7]. Het noemen van voordelen impliceert dat de andere keuze goed genoeg is, maar dat de keuze voor borstvoeding iets extra's geeft, een soort bonus. Dit is niet in overeenstemming met de feiten. Borstvoeding is de medische en biologische normvoeding voor zuigelingen. Dit aan een kind onthouden, stelt het kind bloot aan verschillende gezondheidsrisico's. Deze risico's zijn in ernst vergelijkbaar met het gebruik van alcohol, tabak en drugs tijdens de zwangerschap. Dit benadrukt de tegenstelling tussen 'het recht van de vrouw om de voeding van haar kind te kiezen' en 'het recht van kind op borstvoeding', dit laatste als invulling van het recht van kind op optimale voeding en zorg voor zijn gezondheid^[8]. Bij de advisering rond zuigelingenvoeding hoort ook een realistisch beeld van de mogelijkheden van de moeder. Borstvoeding geven gaat zeker niet bij iedereen vanzelf, maar met de juiste begeleiding is minimaal 98% van de vrouwen na een zwangerschap tot lactatie in staat*. Kiezen voor kunstvoeding die met de fles gegeven wordt, betekent niet automatisch dat het voeden zonder problemen zal gaan. Kinderen kunnen slecht reageren op bepaalde soorten voeding, de flesjes moeten één voor één worden klaargemaakt en ook kunstvoeding moet volgens de nieuwste inzichten vaker en in kleinere porties worden gegeven. Ver uiteen liggende grote porties kunnen een factor zijn bij het ontstaan van obesitas en diabetes omdat het te grote verschillen in bloedsuikerspiegels oproept en door een verstoring van het rijpen

* Dit is nooit effectief onderzocht, maar dit is een percentage dat algemeen wordt aangenomen wanneer enkel naar aangeboren defecten in de anatomie en fysiologie van de borsten en de bijbehorende endocriene systemen wordt gekeken. De opkomende borst chirurgie kan dit cijfer veranderen. (Persoonlijke communicatie vakspecialisten.)

van het kindspecifieke verzadigingsmechanisme. Met het wijzigen van de soort voeding en/of de wijze waarop de voeding aan de zuigeling wordt gegeven, worden niet de fysiologische behoeften en vermogens van de zuigeling anders. Die blijven gelijk want die zijn daar niet van afhankelijk.

Voorwaarden voor borstvoedingpromotie

Uit onderzoek van TNO blijkt dat veel vrouwen teleurgesteld zijn in de uiteindelijke duur van hun borstvoedingperiode^[9]. Uit onderzoeken naar de redenen waarom men eerder dan gepland stopte met borstvoeden, worden vooral redenen genoemd als te weinig melk, onvoldoende groei van het kind, huilen van het kind en dergelijke^[10,11]. 'Onvrede met de zorg' als oorzaak voor het voortijdig stoppen met borstvoeding, komt ook naar voren, maar is vooral merkbaar in populaties die buiten de onderzoeken verkeren, maar die zich wel uiten op internetfora. Die onvrede uit zich vaak in de vorm van boosheid naar 'de zorgverleners' om de overvloed aan tegenstrijdige adviezen en het uitblijven van ondersteuning bij problemen na het gevoel te zijn 'gepusht' om borstvoeding te gaan geven. Het is daarom belangrijk voor zorgverleners zoals verloskundigen om niet alleen borstvoeding te promoten, maar om ook gewapend te zijn met de juiste kennis en vaardigheden die nodig zijn om vrouwen de kans te geven hun keuze uit te voeren. Een gecombineerde aanpak van prenatale voorlichting en praktische begeleiding in het kraambed en het inschakelen van de sociale achterban van de kraamvrouwen en haar kind resulteren in langere borstvoedingduur^[12].

Kennis en vaardigheden

De kennis over borstvoeding die een verloskundige nodig heeft voor goede begeleiding bij borstvoeding omvat de normale anatomie en fysiologie van de lactatie bij moeder en kind en het begrip van de oorzaken van de 'dagelijkse' pathologie. De vaardigheden omvatten technieken om te informeren, instrueren en enthousiasmeren, alsook technieken om het aanleggen te evalueren en te verbeteren. Onderzoek geeft doorlopend nieuwe inzichten in de anatomie en de fysiologie van de melkklieren. Recent zijn er vooral veel kennisgebieden ontsloten rondom de melkaanmaak en vetverdeling^[13]. Kennis die werd opgedaan in de initiële zorgopleiding is al snel verouderd. Goed inzicht in de werking van borstvoeding geeft betere mogelijkheden om pathologie te voorkomen door het toepassen van een individueel aangepast maximaal effectief borstvoedingbeleid. Nieuwe onderzoeken en inzichten leren ook meer over wat voor de baby een optimale manier van voeden en verzorgen is. Bijvoorbeeld de onderzoeken naar het belang van moeder en kind nabijheid, huidcontact en frequente borstvoedingen.

Anatomie en fysiologie

Direct na de geboorte van de placenta komt de secretie van colostrum op gang onder invloed van de omslag in hormonen. De hoeveelheden zijn in de eerste dagen postpartum per keer zeer klein, maar nemen exponentieel toe. De hoeveelheid per extractie in de eerste 24 uur is ongeveer 5-7ml, op dag twee rond de 15ml en op dag vier rond de 20ml. Dit komt overeen met de groeiende capaciteit en distentionaliteit van de maag van de pasgeborene in de eerste levensdagen^[14]. Dit houdt in dat de voedingen aan de borst zeer frequent zullen moeten zijn om aan voldoende intake over 24 uur te komen.

Bij de start van Lactogenese II begint de aanmaak van grotere hoeveelheden mature melk, eerst nog gemengd met resten colostrum (overgangsmelk). De hoeveelheid die een vrouw op voorraad kan maken en houden is zeer divers en varieert van 80ml tot 600ml. De totale inname van het kind varieert echter nauwelijks meer na de eerste maand en blijft stabiel op 750-1000ml per etmaal. Dit betekent dat een moeder met een kleinere opslagcapaciteit vaker zal moeten voeden dan een moeder met een grotere opslagcapaciteit^[15]. De voedingsfrequentie hangt echter ook samen met de individuele behoefte van de baby aan meer frequente, kleinere voedingen.

Voedingsbehoefte van de pasgeborene

De kleine maaginhoud van de zuigeling, de nog niet perfect functionerende afsluiting tussen maag en slokdarm en zijn grote behoefte aan een voortdurende toevoer van suiker voor onder andere de hersenontwikkeling, zijn aanwijzingen dat een menskind zeer frequente en voornamelijk kleine voedingen nodig heeft. De samenstelling van de moedermelk geeft daarvoor een extra aanwijzing. Deze is zeer ongeconcentreerd met relatief veel lactose en water, maar weinig eiwitten. Voor een ongestoorde spijsvertering en een voldoende constante toevoer van suikers voor de snelle hersenontwikkeling zijn voedingen met een maximale tussentijd van twee uur overdag en drie tot vier uur in de nacht aan te raden. Dit resulteert in een gemiddeld aantal voedingen tussen acht en twaalf per etmaal^[16]. Meer frequente voedingen leiden doorgaans tot een afgifte van moedermelk met een hoger vetgehalte en een betere groei van de zuigeling. Vaker voeden leidt tot legere borsten en het vetgehalte stijgt met de daling van de mate van gevuldheid van de borst^[15]. De hogere vetconcentratie heeft ook een gunstige uitwerking op de ontwikkeling van de ogen en het zenuwstelsel. Kinderen die frequent worden gevoed, verliezen bovendien minder gewicht en hebben een verminderd risico op hypoglycaemie en hyperbilirubinie. Om dit frequente voeden mogelijk te maken is het gunstig dat moeder en kind veel en dicht bij elkaar zijn en dat de

moeder de vroege hongersignalen van haar kind leert herkennen en beantwoorden. Direct lijfelijk contact met zo veel mogelijk huidcontact helpt bovendien bij het op temperatuur houden van de zuigeling en stabiliseert de suikerspiegels op het gewenste niveau en heeft tevens een gunstige invloed op het hartritme en gevoelens van veiligheid en geborgenheid van de zuigeling.

Handgrepen en technieken

Vaak voeden zorgt voor een goede melktransfer, goede groei en verminderde pathologie in de pasgeborene. En met goede technieken verhoogt het niet de risico's op pathologie van borsten en tepels bij de kraamvrouw. De belangrijkste eerste techniek is het direct postpartum bij de moeder op de buik leggen en de baby vervolgens zelf de borst laten vinden en aanhappen (self attachment). De meeste onderzoeken kunnen dan nog steeds worden uitgevoerd en niet-essentiële interventies kunnen tot later worden uitgesteld^[16]. Deze techniek van self-attachment, zorgt voor een sterke inprenting bij de baby en een verhoogde gevoeligheid voor de taal van de baby bij de moeder. Dit zorgt voor minder aanlegproblemen later. Bij het instrueren van de moeder over aanleggen is het belangrijk te benadrukken dat voeden (na een eerste aanzuigpijn in de eerste dagen) geen pijn mag doen. Om dit te bereiken moet de baby de mond wijd openen en de borst zo ver mogelijk achter in de mond nemen^[17]. Kussens, voetensteunen en andere ondersteuningsmiddelen kunnen worden gebruikt om de moeder te steunen, terwijl de moeder zelf haar kind vasthoudt. De houding van moeder en kind is niet zo heel erg belangrijk, zolang het comfortabel is, voor de moeder voldoende lang vol te houden en zodanig is dat het kind niet zijn nek of hoofd hoeft te draaien om bij de borst te kunnen.

Doorverwijzen

Bij een gezonde moeder met een gezonde a terme baby zal de verloskundige samen met de kraamverzorgende voldoende instructie en steun kunnen bieden. Er zijn echter ook omstandigheden die het inroepen van gespecialiseerde zorg nodig maken. De meeste zorg baren kinderen waarbij ogenschijnlijk niets aan de hand is – gezond en op tijd geboren, geen of weinig partus medicatie, geen partus complicaties – en waarbij het aanleggen of drinken toch niet lukt. Maar ook kinderen of moeders met een aangeboren ziekte of handicap kunnen extra zorg nodig hebben, speciale aanpassingen in de techniek of extra hulpmiddelen om het borstvoeden mogelijk te maken. Een lactatiekundige IBCLC is daarvoor de aangewezen specialist. In afwachting daarvan kan de moeder geïnstrueerd worden te kolven en de baby op een andere wijze te voeden. Afkolven in de eerste dagen postpartum kan vaak

het beste met de hand op een lepeltje gedaan worden. Het colostrum wordt dan ook direct vanaf het lepeltje gevoerd. Wanneer de hoeveelheid meer wordt kan gekozen worden tussen verder afkolven met de hand of met een kolf. Bijvoeden kan met een cupje of met vingervoeden; beide technieken vragen enige oefening en goede instructie. Bijvoeden met de fles wordt in het kraambed niet aanbevolen in verband met het ontstaan van zuigverwarring, met name bij kinderen met drinkproblemen.

Ook zonder problemen is doorverwijzen aan te raden. Als eerste kunnen moeders worden gewezen op de vrijwilligersorganisaties. Zij geven de zo nodige moeder-tot-moeder steun. Beide organisaties hebben een website met informatie over de contactpersonen in alle regio's. Een deel van de moeder-tot-moeder taak wordt tegenwoordig uitgeoefend door de diverse internetfora. Het is van belang moeders erop te wijzen dat hier veel kaf onder het koren zit. Betrouwbare informatie krijgen zij zeker op fora die worden gerund door de vrijwilligersorganisaties of lactatiekundigen. Veel algemene sites zijn onbetrouwbaar of hebben een ruzieachtige sfeer die moeders aan het twijfelen brengt in plaats van dat ze gesteund worden. Websites die worden gesponsord of gegenereerd door de fabrikanten van kunstvoeding zijn absoluut verdacht en moeten worden ontraden als bron voor de juiste borstvoedinginformatie. Voor zorgverleners zelf kan het heel leerzaam zijn af en toe op deze fora mee te lezen, om te zien wat er leeft onder moeders, welke vragen zij hebben, maar niet stellen en hoe zij reageren op de advisering die zij krijgen. Voor geschreven informatie geldt min of meer hetzelfde. Boeken, brochures en tijdschriften die zijn uitgegeven en/of geschreven door de vrijwilligersorganisaties of lactatiekundigen zijn over het algemeen betrouwbaar. ■

Aanbevolen literatuur / verder lezen

Internet

www.borstvoeding.com
www.eurolac.net
www.borstvoedingnatuurlijk.nl
www.lalecheleague.nl
www.borstvoedingforum.nl

Boeken

- Borstvoeding, Mary Broekhuisen en Stefan Kleintjes, Spectrum 2008
- Handboek borstvoeding van Borstvoedingorganisatie LLL
- Eten voor de kleintjes - van borst tot boterham, Stefan Kleintjes, 2008

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 45a van de digitale versie van dit tijdschrift.

Verwijzingen pag. 42-45

Begeleiden bij borstvoeding

(2005). Hoofdstuk 4: Domein, taken en rollen van de verloskundige. In S. Liefhebber, C. van Dam, & A. Waelput, Beroepsprofiel verloskundige (p. 25). Bilthoven: KNOV.

Czank, C., Henderson, J., Kent, J., Ching, T., & Hartmann, P. (2007). Hormonal control of the lactation cycle. In T. Hale, & P. Hartmann, Textbook of human lactation (pp. 89-93). Amarillo, TX: Hale Publishing, L.P.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., & al, e. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess* , (153):1-186.

Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P., Fishbacher, U., & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature* , 435:673-676.

Groër, M., & Davis, M. (2006). Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* , 35:599-602.

Groër, M., Davis, M., & Hemphill, J. (2002). Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* , 31:411-417.

Wiessinger, D. (1996). Watch Your Language! *Journal of Human Lactation* , 12:1-4.

Kent, G. (2006). Child feeding and human rights. *International Breastfeeding Journal* , 1:27.

Kerkhof, Z., Martijn, R., Van der Horst, M., Van der Wouwe, J., & Boxem, J. (2008). Een verkennend onderzoek naar de relatie tussen borstvoedingsduur en tevredenheid. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Lanting, C., & Van Wouwe, J. (2007). Redenen en motieven om te starten en te stoppen. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

McCann, M., Baydar, N., & Williams, R. (2007). Breastfeeding Attitudes and Reported Problems in a National Sample of WIC Participants. *Journal of Human Lactation* , 4:314-324.

Couto de Oliveira, M., Camacho, L., & Tedstone, A. (2001). Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions. *Journal of Human Lactation* , 4:326-343.

Hartmann, P. (2007). Mammary gland: past, present and future. In T. Hale, & P. Hartmann, Textbook of human lactation (pp. 3-16). Amarillo, TX: Hale Publishing, L.P.

Spangler, A., Randenberg, A., Brenner, M., & Howett, M. (2008). Belly Models as Teaching Tools: What Is Their Utility? *Journal of Human Lactation* , 24:199-205.

Cregan, M., & Hartmann, P. (1999). Computerized Breast Measurement from Conception to Weaning: Clinical Implications. *Journal of Human Lactation* , 2:91-96.

ABM Protocol Committee. (2007). ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term. Mary Ann Liefert, Inc.

Glover, R. (2005). Rebecca Glover, breastfeeding Education Aids.

Opgeroepen op 10 14, 2008, van Rebecca Glover:
<http://www.rebeccaglover.com.au/index.html>