

Workshop begeleiding bij borstvoeding maart 2006:

Borstvoeding begint met de geboorte!

Karin de Graaf lactatiekundige IBCLC

Looneind 7 5131 RK Alphen Nederland
k.degraaf@hetnet.nl tel. 00-31-13-5436914

De geboorte is een mijlpaal in het leven van moeder en kind (en ook de vader), en kan gevolgen hebben voor de start die beiden maken. In onze moderne westerse maatschappij is de geboorte geworden tot een medische aangelegenheid, die in het ziekenhuis plaatsvindt onder medische leiding. De fysiologische, natuurlijke processen die in duizenden jaren evolutie zijn ontstaan, zijn daarbij veelal vervangen door medische gestuurde zorg. Sinds de 70-er jaren is er een begin ontstaan van aandacht voor het natuurlijke verloop en de menselijke aspecten van de geboorte. Zo heeft Frédéric Leboyer de aandacht gericht op de beleving van de geboorte door de baby, en heeft Michel Odent veel werk verricht op het gebied van de natuurlijke bevalling. In de loop der jaren is duidelijker geworden dat het streven naar een meer natuurlijke wijze van baren niet alleen van belang is voor de beleving door moeder en kind, maar dat dit ook leidt tot minder pathologie en minder nood aan medische interventie. Kennelijk zijn we met onze moderne technische zorg rond de geboorte te ver gegaan: waar het eigenlijk de bedoeling is dat de medische zorg te hulp komt daar waar de natuur te kort schiet, blijkt onze medische begeleiding het natuurlijke proces te verstoren en verdere medische zorg noodzakelijk te maken. Een van de tekortkomingen van onze medische zorg is dat we over het hoofd zien hoe belangrijk de invloed is van allerlei schijnbaar triviale maatregelen en omstandigheden. Veel van dit soort factoren hebben rechtstreeks effect op de voortgang van het baringsproces, en op de nood aan interventies.

effecten van interventies bij de bevalling op borstvoeding

De zorg rond de bevalling en de onmiddellijke periode postpartum blijkt ook gevolgen te hebben voor de start die moeder en baby maken met borstvoeding. Het belang van borstvoeding voor de baby is groot, en ook voor de moeder zijn er belangrijke voordelen.

Interventies tijdens de arbeid kunnen het gedrag van de baby na de geboorte beïnvloeden. In vele onderzoeken zijn nadelen aangetoond voor borstvoeding. Zo kan een epiduraal leiden tot vertraging en vermindering van het zuiggedrag.¹ Sepkoski bijvoorbeeld vond dat baby's van moeders die een epiduraal kregen minder alert waren, zich minder goed konden oriënteren, en minder gecoördineerd konden bewegen dan baby's van moeders zonder medicatie. Daarbij bleek ook dat deze verschillen gedurende een hele maand bleven bestaan. Ook het gebruik van pethidine (meperidine, demerol) gedurende de arbeid leidt tot problemen met het zuiggedrag van de baby.² De zoekreflex en zuigreflex kan er door worden vertraagd en onderdrukt.

¹ Crowell, Hill, Humenick 1994; Riordan et al. 2000; Ransjo-Arvidson et al. 2001; Sepkoski et al. 1992; Kroeger, 2004

² Righard, Alade 1990; Nissen 1995

Ingrepen die kunnen leiden tot verminderd contact tussen moeder en baby hebben invloed op de borstvoedingsuitkomsten. Bijvoorbeeld is gebleken dat moeders eerder stoppen met borstvoeding na een vacuümextractie.³ Ook een sectio heeft veel negatieve gevolgen voor de borstvoeding. Er zijn daarbij geen hormonale veranderingen of andere rechtstreekse effecten op de fysiologie van borst of de melkaanmaak: de negatieve gevolgen worden veroorzaakt door het uitstel van het eerste huidcontact en aanleggen, het verminderde contact tussen moeder en baby in de eerste dagen, de pijn van de wond, enzovoort.

Niet alleen medische ingrepen tijdens bevalling beïnvloeden de borstvoeding, maar ook de beleving van de moeder heeft invloed. Zo blijkt dat moeders die tijdens de arbeid en bevalling emotionele ondersteuning krijgen (bij voorkeur door een vrouw; een zogeheten doula) langer borstvoeding geven; bij 6 weken 51% versus 29%.⁴

voordelen van huidcontact en vroeg aanleggen

Steeds meer onderzoeken tonen aan wat iedereen met logisch redeneren zelf ook wel kan bedenken, en meer ouders en zorgverleners spreken voorkeur uit voor een meer natuurlijke verloop van de geboorte. Daarnaast wordt het belang van borstvoeding ook steeds breder erkend en ondersteund. Alle redenen dus om de omstandigheden en routinematige handelingen rondom de bevalling kritisch te bekijken. Een belangrijk onderwerp voor borstvoeding is het eerste contact tussen moeder en kind direct na de geboorte. Zowel huid-op-huid contact na de geboorte als vroeg aanleggen aan de borst heeft vele voordelen:

- De reflexen van de baby zijn direct na de geboorte heel intens. Het gebruik maken van deze reflexen in die periode, heeft een inprenting van het zuiggedrag tot gevolg, en vergemakkelijkt het leren drinken aan de borst.⁵
- Bij een vroeg tijdstip van het eerste aanleggen, en frequent voeden daarna in de eerste dagen, is de duur van de borstvoeding uiteindelijk langer.⁶
- Zuigen aan de tepel stimuleert baarmoedercontracties, waardoor het vrijkomen van de placenta wordt bevorderd, en bloedverlies wordt beperkt.⁷
- Vroeg aanleggen geeft de baby meteen de voordelen van de inname van colostrum. Het geeft voedingsstoffen, en immunologische bescherming. Door de calorische inname wordt de kans op hypoglycaemie en geelzucht verminderd.
- Het vroege aanleggen aan de borst bevordert het snel koloniseren van de darm, die bij de geboorte steriel is. Deze kolonisatie van de darmflora is onder andere belangrijk voor de vorming van vitamine K.
- Drinken aan de borst roept reflexmatig een peristaltiek van de darm op. Zo bevordert het vroege aanleggen een snelle afvoer van meconium en daarmee verminderde kans op geelzucht.
- Zuigen aan de borst prikkelt de mondholte van de baby en de tepel van de moeder en leidt tot het vrijkomen van vele verschillende stoffen bij beiden. Zo stimuleert gastrine, cholecystokinine, en oxytocine de groei van de darmvlokken en de toename van het darmoppervlak, waardoor het absorptievermogen voor

³ Hall et al. 2002

⁴ Hofmeyr, Nikodem, Wolman et al. 1991

⁵ Anderson et al. 1982

⁶ Lawson, Tulloch 1995; Lothian 1995; Wright, Rice, Wells 1996; Ekström 2003

⁷ Chua 1994

calorieën al vroeg wordt ontwikkeld. Deze stoffen bevorderen niet alleen de spijsvertering, maar werken ook ontspannend en sederend.⁸

- Het routinematig uitzuigen van de neus en mond van de baby kan het zuiggedrag verstoren. Het leidt tot irritatie en zwelling van de slijmvliezen, en belemmert daarmee de neusademhaling en de zuig- en slikmotoriek. Baby's die worden uitgezogen kokhalzen meer.⁹
- De baby blijft tijdens huidcontact met de moeder goed op temperatuur.¹⁰
- Baby's die huidcontact houden, huilen nauwelijks vergeleken met baby's die in een wiegje worden gelegd.¹¹
- Vroeg huidcontact en vervolgens rooming-in speelt een rol in de bonding tussen moeder en kind. Zeker bij socio-economische groepen waar de risico's voor verwaarlozing en verlating groot zijn, zijn de verschillen heel significant.¹²

Een ongestoord eerste contact en vroeg aanleggen van de baby is niet altijd te realiseren. In dat geval is het belangrijk dat er later aandacht wordt besteed aan het inhalen hiervan. Het bieden van ongestoord huidcontact tussen moeder en baby, in een warme omgeving en ontspannen sfeer, veel kan bijdragen aan het stimuleren van een goede zoek- en zuigreflex.¹³ Vanuit dit gegeven is het idee van "remedial co-bathing" ontstaan in Australië, waarbij moeder en baby samen in bad gaan.¹⁴ Aangezien in enkele Europese landen het baden in de eerste weken afgeraden wordt, kan dit ook gebeuren in een warme kamer in bed.

onderzoek naar huidcontact en vroeg aanleggen

In veel studies is het gevolg van het tijdstip van het eerste aanleggen op de borstvoeding onderzocht. Daarnaast is ook het ononderbroken contact tussen moeder en baby, met name het huidcontact van belang gebleken. Deze drie factoren hangen nauw samen met elkaar. In enkele onderzoeken is huidcontact en vroeg aanleggen als aparte factor onderzocht. Zo is gevonden dat het belangrijk is dat het huidcontact tussen moeder en baby gehandhaafd blijft tot na het beëindigen van het eerste aanleggen.¹⁵ In het onderzoek van Righard en Alade bijvoorbeeld ("Effect of delivery room routines on succes of first breastfeed" 1990) zijn er 32 moeders met een geboorte zonder medicatie. Bij 17 moeders werden de baby's bloot op hun moeders buik geplaatst en bleven minimaal een uur in ongestoord contact. Bij 15 moeders werd de baby eerst 20 minuten op de buik van de moeder gelaten, en vervolgens ongeveer 20 minuten van de moeder gescheiden voor wegen e.d. en daarna bloot terug bij de moeder geplaatst. In de eerste groep dronk 16 van de 17 baby's goed aan de borst. In de tweede groep was dat maar 7 van de 15 baby's. Hieruit blijkt heel duidelijk dat niet alleen het tijdstip van eerste aanleggen, maar ook het ongestoorde huidcontact sterk bepalend is voor het zuiggedrag van de baby. Wanneer er sprake is van medicatie, is ongestoord contact ook van groot belang.

⁸ Uvnäs-Moberg, Winberg, 1989 en 1993

⁹ Widström et al. 1987

¹⁰ Christensson et al. 1992; van den Bosch, Bullough 1990

¹¹ Christensson, Selis, Moreno 1992

¹² Buransin 1991; Mata, Saenz, Araya et al. 1988; Lvoff, Lvoff, Klaus 2000

¹³ Meyer, Anderson 1999

¹⁴ Harris 1994

¹⁵ Wiberg, Humble, de Chateau 1989; Righard, Alade 1990; Mikiel-Kostyra, Mazur, Boltruszko 2002

Van 40 moeders die tijdens de arbeid pethidine kregen, bleven 21 baby's ongestoord bij de moeder en werden 19 baby's kort van hun moeder gescheiden. Van de eerste groep toonde 6 baby's geen zuiggedrag, en van de tweede groep alle 19 baby's. Dit bewijst dat bij een gemedicaliseerde bevalling het bevorderen van huidcontact juist heel zinvol is.

Prospectief onderzoek van Moore en Anderson¹⁶ vergeleek baby's die de eerste drie uur bloot bij de moeder bleven met baby's die in doeken waren gewikkeld. De baby's die bloot waren bleken bij het eerste aanleggen vaardiger te zuigen en ook daarna sneller effectief te kunnen drinken. Hun moeders rapporteerden minder problemen, hadden meer zelfvertrouwen, en beoordeelden hun melkproductie beter. De blote baby's kregen vaker exclusief borstvoeding dan de controlegroep. De uitkomsten van dit onderzoek geven aan dat het omwikkelen van de baby met doeken een relevante onderbreking van het huidcontact vormt.

Andere studies hebben verband gevonden tussen vroege scheiding van moeder en kind en een kortere duur van de borstvoeding.¹⁷ Een Cochrane Review waarbij 17 onderzoeken over huidcontact kort na de bevalling zijn beschouwd, komt tot een aantal duidelijke conclusies. Zo blijkt het vroeg huidcontact effect te hebben de duur van borstvoeding in maanden. Ook is er een gunstig effect op de lichaamstemperatuur en de glucosespiegel van de baby. De baby blijkt minder te huilen, en de moeder maakt meer lichaamscontact met de baby gedurende de eerste dagen. Er waren geen negatieve gevolgen gevonden van vroeg huidcontact.¹⁸

In een Japans onderzoek kregen 30 baby's meteen na de geboorte een uur ongestoord huidcontact en aanleggen aan de borst aangeboden, waarna ze 24 uur op de babykamer verbleven en kunstmatig werden gevoed. Deze baby's werden vergeleken met andere baby's die de normale Japanse zorg kregen, namelijk direct na de geboorte 24 uur naar de babykamer en daar kunstmatig gevoed. De onderzoeksgroep kreeg significant langer borstvoeding: 6,7 maanden ten opzichte van baby's met de gebruikelijke zorg 4,8 maanden ($p=0,016$).¹⁹

In Schotland is onderzoek gedaan met 160 moeders die in 4 groepen werden verdeeld. Groep 2 E legde de baby binnen 10 minuten na de geboorte aan, en voedde daarna iedere 2 uur. Groep 4 E gaf ook binnen 10 minuten de eerste keer de borst, en vervolgens iedere 4 uur. Groep 2 L gaf volgens de daar gangbare routine 4 à 6 uur na de geboorte de eerste voeding en vervolgens iedere 2 uur. Groep 4 L gaf ook 4 à 6 uur na de geboorte de eerste voeding, en vervolgens iedere 4 uur. Gebleken is dat vroeg na de bevalling aanleggen leidt tot langer borstvoeden. Daarbij bleek dat het vroeg aanleggen een sterker effect had dan het vaker aanleggen: groep 4 E bleef langer borstvoeding geven dan groep 2 L.²⁰

natuurlijk gedragsproces van baby en moeder

Met de ontwikkeling van de medische wetenschap zijn we moeder en baby gaan beschouwen als passief en onderworpen aan en afhankelijk van de begeleiding van zorgverleners. Door voorvechters als Odent wordt gepleit voor aandacht voor de

¹⁶ Anderson, G. C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. 2003.

¹⁷ Wimmer-Puchinger, Nagel 1982; de Chateau, Wiberg 1977; Thompson, Westrich 1989

¹⁸ Anderson et al. Cochrane Database Syst. Rev. 2003 CD 003519

¹⁹ Mizuno et al. 2004

²⁰ Salariya et al. 1978

natuurlijke processen van de baring, en de natuurlijke vermogens van moeder en kind. Zo moeten we deze weer gaan herontdekken.

Veel auteurs beschrijven een natuurlijk verloop van het eerste contact tussen moeder en baby bij een ongestoord samenzijn. Zweedse onderzoekers hebben vooral gekeken naar het spontane gedrag van de baby, en laten daarbij de moeder een passieve rol spelen.²¹ Bevallen is in Zweden sterk medisch gestuurd. In een Zweeds onderzoek naar het effect van vroeg zuigen hebben de moeders bijna allemaal veel interventies ondergaan: 50% oxytocine-infuus, 50% episiotomie, 90% blokkade van de pudenda-zenuw, 18% vacuümextractie en 85% pethidinegebruik!²² Binnen een dergelijk beleid van bevallen lijkt het me aannemelijk dat de moeder het hele geboorteproces vrij passief ondergaat. Ook de houding waarbij de moeder min of meer plat op haar rug ligt, maakt een actieve kennismaking met de baby veel moeilijker. Andere auteurs hebben juist de interactie tussen moeder en baby laten plaatsvinden, en het gedrag van beiden geobserveerd.²³ Het is opvallend dat de beschrijvingen van het gedrag van de moeder door diverse auteurs blijken op te gaan voor moeders van verschillende leeftijd, pariteit, en ook van verschillende culturele achtergrond.

Baby's vertonen een herkenbaar patroon van gedragingen na de geboorte. Voor het gedrag van de baby is bloot zijn en huidcontact met de moeder bepalend. Wanneer baby's worden aangekleed, heeft dit vérstrekkende gevolgen op het hele proces.²⁴ Zo bleek bij het eerder genoemde onderzoek van Moore en Anderson dat er een groot verschil was in het huilen van de baby. Wanneer de baby bloot bij de moeder op de buik wordt gelegd en wordt afgedroogd, behoudt de baby een goede lichaamstemperatuur.²⁵ Bij een bevalling waarbij de moeder actief heeft deelgenomen en in een verticale houding is, kan de baby vóór de moeder worden neergelegd zodat zij haar baby zelf oppakt (M. Odent), of kan de baby aan de moeder worden aangereikt (Stichting Lichaamstaal; Nederland). Volgens verschillende onderzoekers is de baby het eerste kwartier tot half uur heel rustig en ontspannen, en vertoont meestal nog geen zuiggedrag. Wanneer de moeder actief betrokken is, is dit de fase waarin de eerste kennismaking plaatsvindt. Moeder en baby bekijken elkaar aandachtig. De baby kijkt naar haar gezicht, met name naar de ogen. Baby's nemen dit beeld heel bewust op: al na vier uur kan de baby zijn moeder herkennen van een foto.²⁶ Het zicht van de baby is precies afgestemd op zijn behoefte. Hij ziet goed op een afstand van ongeveer 20 centimeter; dit is precies de afstand die de moeder onbewust maakt met haar gezicht ten opzichte van de baby tijdens vasthouden en voeden. Het is heel functioneel dat een baby op grote afstanden niet veel kan zien; zo blijft zijn wereld klein, en wordt hij niet overprikkeld door teveel indrukken. De moeder zal praten tegen de baby. De baby luistert en herkent haar stem die hij gedurende de zwangerschap steeds hoorde en heel vertrouwd klinkt. Ook de stem van de vader kan al herkend worden. Baby's herkennen zelfs een verhaal dat door de moeder enkele weken dagelijks hardop is voorgelezen tijdens de zwangerschap²⁷.

²¹ Widström et al. 1987

²² Widström et al. 1990

²³ hierover is o.a. veel gepubliceerd door Klaus en Kennel

²⁴ S. Inch: "Birthrights"

²⁵ Johanson et al. 1992; Christensson et al. 1998;

²⁶ Klaus, Klaus "Your amazing newborn"

²⁷ de Casper, Fifer 1980

Moeders beginnen vaak tijdens deze kennismaking hun baby aan te raken en te strelen; eerst de handen en voeten, en vervolgens het hele lichaam.

Na die eerste ontspannen periode wordt de baby actief. Dat begint met bewegingen van mond en lippen, en vervolgens met het ontstaan van speeksel. De baby gaat zuigen op zijn handje en reageert met een zoekreflex. Wanneer baby's op hun moeders buik blijven liggen, zullen ze beginnen te verplaatsen en uiteindelijk helemaal zelf naar de tepel bewegen.²⁸ Geur speelt hierbij een rol; wanneer één tepel wordt gewassen, kruipt de baby naar de ongewassen tepel. Aangezien ook gebleken is dat de baby wordt aangetrokken tot de geur van vruchtwater, lijkt het dat de lichaamsgeur van een ongewassen tepel daarmee overeenkomt. Diezelfde geur zit ook aan de handjes van de baby, en verklaart mogelijk het veelvuldig zuigen op de handjes. Wanneer de baby wordt gewassen voordat hij op de moeder wordt gelegd, doet hij dat duidelijk veel minder. De geur van de handjes helpt de baby ook bij het vinden van de borst.²⁹

De baby begint met het likken van de tepel. Vervolgens gaat hij op zoek naar de tepel, waarbij hij zijn doel lijkt te missen, en in een zijwaartse beweging over de tepel heen en weer schuurt. Dit gedrag is echter heel doelmatig om de tepel te stimuleren om zich op te richten. Wanneer de tepel voldoende is opgericht, wordt daardoor de baby gestimuleerd om met zijn open mond en tong naar beneden aan te happen aan de borst. Door de baby niet te forceren in de nek, zal de tong niet omhoogkomen in een defensieve reactie, maar laag in de mond blijven.³⁰ Binnen een uur na de geboorte hebben baby's zelf de tepel gevonden en zuigen ze daaraan. Wanneer de moeder de baby bij de borst brengt wanneer die zuiggedrag begint te vertonen, zal de baby al binnen die tijd de borst nemen.

De baby is in het eerste tot het tweede uur na de geboorte heel wakker en alert. Daarna volgt meestal een lange slaaperiode die kan oplopen van een aantal uren tot 18 uur. Vervolgens vertonen veel baby's een periode van 4 uur waarin ze frequent willen drinken, afgewisseld met korte "hazenslaapjes" en wakkere momenten. Dit beeld wordt "clustervoeden" genoemd; dit clustervoeden wordt afgewisseld met perioden van diepe slaap.

sensitieve periode?

Vanuit verschillende perspectieven hebben auteurs gepleit voor het bestaan van een zogenaamde kritieke, sensitieve periode kort na de geboorte voor het optreden van een aantal processen.

De theorie van de prolactine-receptoren beweert dat het zuigen van de baby aan de borst in de eerste dagen na de geboorte leidt tot de aanmaak van prolactine-receptoren in het klierweefsel. Die aanmaak zou specifiek aan het begin van de lactatie plaatsvinden, en daarna constant blijven.³¹ Het argument voor deze theorie is het gegeven dat multipara een grotere melkproductie hebben dan primipara, terwijl de prolactinespiegel van de multipara lager is dan van de primipara. Dit verschil in melkaanmaak zou kunnen worden verklaard door een hoger aantal prolactine-receptoren bij de multipara.

²⁸ Righard, Alade 1990; Righard 1995; Widström et al. 1987; Klaus, Klaus "Your amazing newborn" 1998

²⁹ Varendi, Porter, Winberg 1996 en 1997

³⁰ Widström, Thingström-Paulsson 1993

³¹ de Carvalho et al. 1983; Hinds, Tyndale-Biscoe 1982; Sernia, Tyndale-Biscoe 1979

Een andere invalshoek is de theorie dat de eerste uren en dagen na de geboorte een sensitieve periode zijn voor het vormen van de moeder-kind-binding. Bij veel zoogdieren ontstaat er kort na de geboorte een band met het jong, die op een later tijdstip minder goed te reproduceren is. Sommige auteurs suggereren dat ook voor mensen een dergelijke “gevoelige periode” bestaat.³² Met name bij kwetsbare bevolkingsgroepen bleek huidcontact, vroeg aanleggen en rooming-in te leiden tot een aanzienlijke daling in het percentage verwaarloosde baby’s, zoals blijkt uit publicaties uit Thailand, Rusland en Costa Rica.³³ Maar ook in een rijk westers land als Zweden blijkt de “sensitieve periode” van invloed. Zweeds onderzoek vergeleek moeders waarvan de baby’s in het eerste uur niet alleen huidcontact hadden, maar ook met de mond contact hadden gehad met de tepel, met een controlegroep met enkel huidcontact. De interventiegroep bleek hun baby langer bij zich op hun kamer te houden dan de controlegroep, en meer tegen hun baby’s te praten.³⁴

Een mogelijke verklaring wordt gevonden in het hormoon oxytocine, dat zorgt voor baarmoedercontracties tijdens en na de baring, en dat de toeschietreflex veroorzaakt bij borstvoeding. Het stimuleren van de tepel van de moeder en de mondholte van de baby leidt tot vrijkomen van oxytocine bij zowel moeder als baby. Uit dieronderzoek is bekend dat oxytocine een belangrijke rol speelt bij moederlijk gedrag. Voor mensen wordt oxytocine geassocieerd met ontspanning (zelfs slaperigheid), euforie, hogere pijn drempel, en toegenomen gevoelens van liefde voor de baby. Oxytocine stimuleert het parasympatisch zenuwstelsel, en is dus de tegenpool van adrenaline. Het gegeven dat het eerste uur na de geboorte de oxytocine-afgifte hoog is³⁵, is wellicht niet alleen belangrijk voor het aanspannen van de baarmoeder en het verminderen van nabloeding. Mogelijk heeft deze hormoontoestand waarin de moeder verkeert ook effect op het tot stand komen van de binding tussen moeder en baby.

Het concept van de sensitieve periode voor het starten van de borstvoeding en voor het ontwikkelen van de bonding heeft ertoe geleid dat er meer aandacht is gekomen voor de onnodige scheiding van moeder en kind, en voor ziekenhuisroutines die storend werken op het eerste contact tussen moeder en baby. Een ongewenst gevolg van deze aandacht is een geforceerd dogmatisch omgaan met dit principe. Veel auteurs hebben kritiek getoond op het idee van de sensitieve periode, omdat die door sommigen werd uitgelegd als een noodzakelijke voorwaarde voor een goede moeder-kind-band en voor het geven van borstvoeding. Waar baby’s snel aan de borst worden geforceerd en moeders al op de verlostafel aan het kolven worden gezet “omdat het voeden niet binnen een uur is gelukt”, zijn we het ene verkeerde beleid door het andere aan het vervangen. Het moge duidelijk zijn dat de eerste uren na de geboorte niet de enige periode is waarin bonding en borstvoeding zich kunnen ontwikkelen. Niettemin zijn er overtuigende argumenten en onderzoeksresultaten om het bestaan van een gevoelige periode te ondersteunen. Waarom zouden we geen goed gebruik maken van dit inzicht? Wanneer om medische redenen moeder en baby moeten worden gescheiden, dan zijn er nog vele andere manieren om bonding tot stand te brengen en de borstvoeding te starten.

³² Klaus et al. 1995

³³ Buransin 1991; Lvoff, Lvoff en Klaus 2000; Mata, Saenz, Araya et al. 1988

³⁴ Widström et al. 1990

³⁵ Nissen, Lilja, Widström, Uvnäs-Moberg 1995

Conclusies en aanbevelingen

Concluderend kan gesteld worden dat de gang van zaken rondom de geboorte zeker een belangrijke invloed heeft op de start die gemaakt wordt met de borstvoeding. Er is alle reden om te streven naar een zo natuurlijk mogelijk verloop van de geboorte en de eerste kennismaking tussen moeder en baby. Daarbij moeten we terughoudend zijn met routinematige handelingen die het natuurlijke proces kunnen verstoren.

Een goede start met borstvoeding wordt bevorderd door:

- Zo min mogelijk interventies gedurende de arbeid en geboorte.
- De baby meteen huid-op-huid bij de moeder brengen.
- Niet routinematig de mondholte uitzuigen.
- De baby niet aankleden of omwikkelen met doeken, maar bij de moeder afdrogen en toedekken.
- Het contact tussen moeder en baby zo min mogelijk onderbreken.
- In de gaten houden of de baby zuiggedrag vertoont.
- De moeder aanmoedigen om haar baby aan de borst te laten zuigen.
- De baby niet aan de borst forceren door op het hoofd of in de nek te duwen.
- Moeder en baby tijd en gelegenheid geven voor huidcontact en zuigen aan de borst, en dit contact pas verbreken nádat de baby aan de borst heeft gedronken.

Het uitvoeren van deze aanbevelingen betekent een aanzienlijke verandering van de gangbare praktische begeleiding van de periode postpartum. Veel zorgverleners zullen vinden dat deze aanbevelingen lastig werkbaar zijn. In de gebruikelijke routine is het de gewoonte dat allerlei zaken eerst worden afgehandeld, voordat de baby aan de borst gaat. De moeder baart de placenta en wordt zonodig gehecht, de baby wordt op een onderzoekstafel onderzocht, afgenaveld en gewogen. Pas als alle taken zijn verricht kunnen moeder en baby keurig gewassen, verzorgd en aangekleed samen kennismaken en voeden. Dit lijkt heel logisch, maar blijkt in de praktijk nadelig te zijn. Door deze volgorde van handelingen komen we verder af te staan van het natuurlijke proces.

Het vraagt een hele attitudeverandering om deze routine om te gooien en een borstvoedingvriendelijke benadering toe te passen. Er is creativiteit en flexibiliteit voor nodig om een nieuwe werkwijze te ontwikkelen. Toch wijst alles erop dat deze verandering zeker de moeite waard is, zowel voor moeder en baby als voor de zorgverleners. Voor de begeleiders kan een betere start van de borstvoeding en een betere bonding tussen moeder en kind juist een verlichting van de werklust opleveren. Wanneer de borstvoeding beter verloopt zal er minder hulp nodig zijn bij problemen. Een betere band tussen moeder en baby zal de zelfredzaamheid van de moeder ten goede komen. En boven alles zal het geestelijk en lichamelijk welzijn van moeder en baby bevorderd worden.

Natuurlijk zijn deze aanbevelingen niet altijd uitvoerbaar. Dat betekent niet dat ze alleen gelden voor ongecompliceerde geboorten, en daarbuiten alle bestaansrecht verliezen. Wanneer er sprake is van een medisch geleide geboorte, is het juist belangrijk om daar waar mogelijk gunstige omstandigheden te creëren. Bij iedere bovenstaande aanbeveling zijn toepassingen te bedenken in moeilijke situaties. Zo zijn diverse ziekenhuizen overgegaan op een beleid waarbij baby's na een sectio al

op de verkoever bij de moeder worden gebracht. Een baby die hoofdpijn heeft na een vacuümverlossing heeft juist extra veel behoefte aan lichaamscontact met de moeder in plaats van “wiegenrust”. Wanneer moeder in de o.k. wordt gehecht of een operatieve placentaverwijdering moet ondergaan kan de vader worden aangemoedigd om de baby huidcontact te geven: beiden zullen er wel bij varen. Wanneer we uitgaan van de aanbevelingen, en daar creatieve oplossingen voor zoeken, is er zeker veel te winnen.

Met de komst van het Baby Friendly Hospital Initiative zijn veel instellingen op zoek naar een verbeterde werkwijze. Het is een heel proces om bestaande routines te doorbreken en een nieuwe weg in te slaan. Dit kost veel tijd en energie, maar het resultaat zal die inspanning waard zijn. De moeders en baby's zullen ervan profiteren, en ook de zorgverleners zullen er voldoening van hebben.

Karin de Graaf IBCLC Maart 2006