

University of Groningen

## Borstvoeding in Nederland

Kools, E.J.; Reijneveld, S.A.; Thijs, C.

*Published in:*  
TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*  
Kools, E. J., Reijneveld, S. A., & Thijs, C. (2006). Borstvoeding in Nederland. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84, 269-277.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# Borstvoeding in Nederland

## *Mogelijkheden ter bevordering en ondersteuning*

E.J. Kools, S.A. Reijneveld, C. Thijs\*

In dit artikel wordt een overzicht gegeven over borstvoeding in Nederland, de determinanten van het starten en continueren van borstvoeding, en de mogelijkheden ter bevordering en ondersteuning van borstvoeding. In Nederland krijgt slechts een minderheid van de zuigelingen zes maanden borstvoeding volgens de aanbeveling van de WHO. Aanzienlijke gezondheidswinst is nog te boeken door een toename van de duur. Kennis van determinanten is belangrijk voor het ontwikkelen van effectieve interventies om borstvoeding te bevorderen. Nederlandse interventieonderzoeken laten geen grote effecten op de duur van borstvoeding zien. Verbetering van de kwaliteit van zorg vergt een goede ketenzorg. Het is wenselijk nieuwe programma's te ontwikkelen gebaseerd op bekende determinanten van borstvoeding en andere benaderingen te ontwikkelen en onderzoeken. Monitoring en een goede evaluatie van de resultaten van deze programma's zijn een vereiste.

**Trefwoorden:** borstvoeding, preventie, gezondheidsvoorlichting, gezondheidsbevordering, zuigelingenvoeding, zuigelingen

### **INLEIDING**

Er is overtuigend bewijs dat borstvoeding vergeleken met kunstvoeding beschermt tegen een aantal aandoeningen bij het kind (luchtwegaandoeningen, oorontstekingen en astma, overgewicht en vetzucht), en gepaard gaat met een betere neurologische ontwikkeling met een hogere score op cognitieve testen. Het geven van borstvoeding bezorgt de moeder een lagere kans op premenopausale borstkanker en reumatoïde artritis. De risicoreducties voor de verschillende aandoeningen bedragen steeds enkele tientallen procenten (tot wel 50% bij herhaalde middenoorontsteking).<sup>1</sup> Er zijn dus belangrijke gezondheidsvoordelen van borstvoeding voor moeder en kind. Deze gezondheidsvoordelen nemen toe met de duur van borstvoeding. Op grond hiervan adviseert de World Health Organisation (WHO) uitsluitend borstvoeding gedurende de eerste zes levensmaanden. De meerderheid van de Nederlandse moeders start met borstvoeding, maar stopt al binnen drie maanden. Gezien de toenemende gezondheidsvoordelen bij lan-

gere borstvoedingsduur, is nog veel gezondheidswinst te behalen door te bevorderen langer borstvoeding te geven naast het bevorderen van het starten.

In dit artikel bespreken wij de beschikbare kennis over: de borstvoedingscijfers in Nederland, de risicogroepen en gedragsdeterminanten, de motieven om met borstvoeding te beginnen en om te stoppen met borst-

### **Definities**

*Uitsluitend borstvoeding:* borstvoeding, eventueel afgekolfd, eventueel aangevuld met een vitaminesupplement en/of geneesmiddel, zonder enige kunst- of bijvoeding

*Kunstvoeding:* voeding ter vervanging van borstvoeding, zoals 'gehumaniseerde' voeding op basis van koemelk of zuigelingenvoeding op basis van soja

*Gecombineerde voeding:* borstvoeding in combinatie met kunstvoeding (in dezelfde periode, bijvoorbeeld dagelijks drie kunstvoedingen en eenmaal borstvoeding)

*Bijvoeding:* voeding (meestal na enkele maanden) naast borst- of kunstvoeding, bijv. fruithapje

*Peercounseling:*<sup>2</sup> steun die vrijwel altijd individueel aan moeders wordt gegeven door een vrouw (niet altijd een moeder) die daarvoor een specifieke opleiding heeft gevolgd. Peercounselors kunnen als vrijwilligers werken of kunnen betaald worden en werken onder leiding van de zorginstelling of organisatie die het peerprogramma heeft opgesteld

*Leken:* ervaren borstvoedende moeders die steun geven aan andere moeders, individueel of in groepen, op vrijwillige basis. In Nederland vormen deze groepen een onderdeel van de Leche League en Borstvoeding Natuurlijk. Deze organisaties zorgen voor een opleiding van hoog niveau, voortdurende bijscholing, accreditatie, informatie over borstvoeding, documentatie van alle activiteiten en regelmatige rapportage

\*E.J. Kools,<sup>1</sup> S.A. Reijneveld,<sup>2</sup> C. Thijs<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Jeugdgezondheidszorg Oostelijk Zuid-Limburg, ZorggroepThuis, Heerlen

<sup>2</sup>Universitair Medisch Centrum Groningen, Disciplinarygroep Gezondheidswetenschappen, Groningen / TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

<sup>3</sup>Nutrition and Toxicology Research Institute (Nutrim) en Care and Public Health Research Institute (Caphri), Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht, Maastricht

voeding of kunstvoeding te introduceren, en de effectiviteit van interventies voor de bevordering van borstvoeding. In de discussie gaan we in op de mogelijkheden voor de bevordering van borstvoeding, de implicaties voor de zorg en voor beleid en onderzoek.

#### METHODEN

We deden een literatuursearch van 1) systematische reviews van interventiestudies van bevordering en ondersteuning van borstvoeding (reviews in de Database of Abstracts of Reviews of Effects en in de Cochrane Library, en meta-analyses en systematische reviews in Medline); 2) cohortonderzoeken en interventiestudies die in deze reviews waren beschreven; met toevoeging van later verschenen cohortstudies en interventiestudies (in Medline); 3) studies over gedragsdeterminanten van borstvoeding (in Medline); 4) onderzoek gepubliceerd in Nederland (catalogi en websites van Nederlandse universiteiten, instituten zoals TNO, thuiszorginstellingen en netwerken van de auteurs). De resultaten van deze search vormden de basis voor de secties over borstvoeding in het Nationaal Kompas voor de Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) en in het deelrapport 'Ons eten gemeten' van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.<sup>3</sup>

### Kernpunten

- In 2005 krijgt een minderheid van de Nederlandse zuigelingen borstvoeding tot zes maanden zoals de WHO aanbeveelt.
- Starten met borstvoeding wordt vooral beïnvloed door de attitude en sociale norm ten opzichte van borstvoeding. Continueren hangt vooral samen met hoge eigen effectiviteit en lage sociale steun voor kunstvoeding.
- Specifieke aandacht verdienen risicogroepen zoals laag opgeleide moeders, rokende moeders, moeders met problemen rond de bevalling en ziekenhuisopname, moeders met een eerste kind, werkende moeders en moeders van Surinaamse afkomst.
- De enkele Nederlandse interventiestudies laten een zeer beperkt effect zien op de duur van borstvoeding. Effectief gebleken buitenlandse interventies zijn lang niet altijd toepasbaar in Nederland door verschillen in de context.
- Het is wenselijk nieuwe programma's te ontwikkelen gebaseerd op bekende determinanten van borstvoeding en andere benaderingen te onderzoeken, zoals voorlichting aan jonge kinderen en adolescenten en de inzet van peercounseling.

Voor dit artikel is de literatuur geactualiseerd tot en met eind 2005.

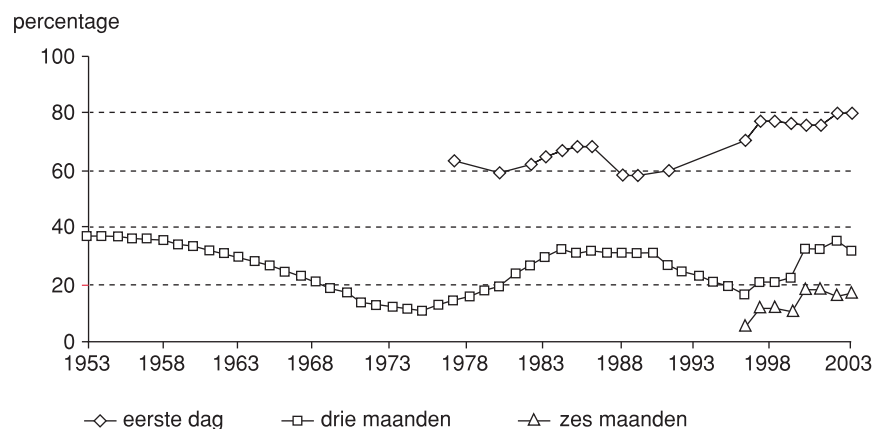
#### RESULTATEN

##### Borstvoeding in Nederland

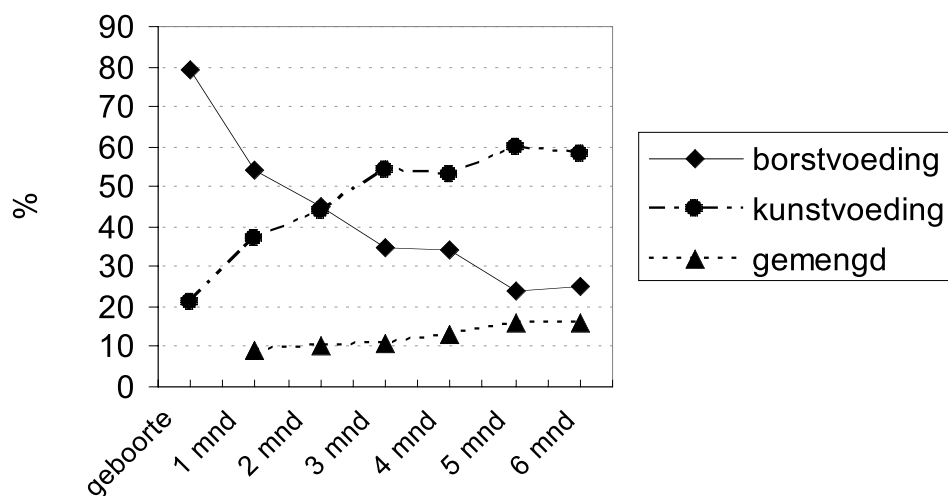
In Nederland zijn de afgelopen jaren, na dieptepunten rond 1975 en 1995, de percentages borstgevoede zuigelingen langzaam gestegen (Figuur 1). Het merendeel van de moeders geeft direct na de geboorte borstvoeding. Sinds 1996 betreft dit 70% of meer van alle moeders.<sup>4,5</sup> In 2005 was dit percentage gestegen tot 79%.<sup>6</sup> Tijdens de eerste levensmaand vindt er een sterke daling plaats, aan het einde van deze maand krijgt 54% van de kinderen nog uitsluitend borstvoeding. Nog steeds krijgt een minderheid van de zuigelingen in Nederland uitsluitend borstvoeding bij drie en zes maanden (35% respectievelijk 25%). Wel was in 2005 een stijging te

zien van het percentage op de leeftijd van zes maanden ten opzichte van de jaren daarvoor<sup>6</sup> (Figuur 2).

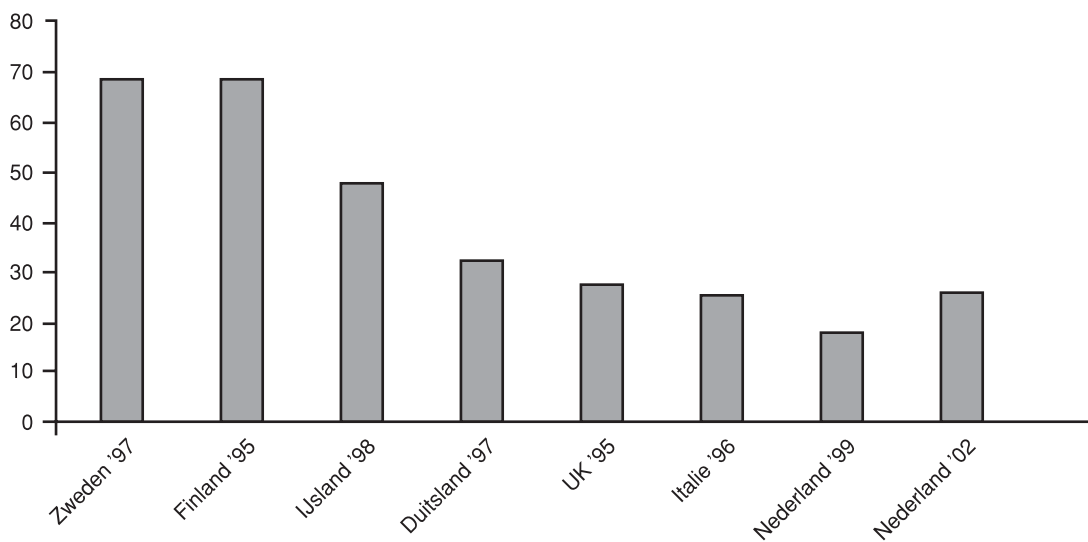
Deze percentages borstgevoede zuigelingen zijn laag in vergelijking met de Scandinavische landen, Duitsland en Italië, landen waarmee ons land wat betreft gezondheids-toestand en zorg vergelijkbaar is. In 1999 kreeg in Noorwegen 99% van de zuigelingen bij de geboorte uitsluitend borstvoeding,<sup>7</sup> in West Duitsland 89%, in Oost



**Figuur 1** Percentages vrouwen die uitsluitend borstvoeding gaven op de eerste levensdag, op 3 en 6 maanden in de periode 1953-2003 (In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM).



**Figuur 2** Percentages vrouwen die borstvoeding, kunstvoeding en gemengde voeding geven naar leeftijd van het kind (2005)<sup>6</sup>



**Figuur 3** Percentages vrouwen in Europa die uitsluitend borstvoeding gaven op de leeftijd van 4 maanden (Stichting Zorg voor Borstvoeding)

Duitsland 97%<sup>8</sup> en in Italië 83%<sup>9</sup> (Figuur 3).

De laatste jaren is in Nederland de belangstelling voor borstvoeding sterk gestegen. In 2000 heeft VWS het Voedingscentrum gevraagd borstvoeding te stimuleren. In reactie daarop heeft het Voedingscentrum het Masterplan ontwikkeld met een looptijd van 2002- 2007. Dit Masterplan wordt uitgevoerd in samenwerking met de landelijke samenwerkende borstvoedingsorganisaties en beroepsorganisaties die bevordering van borstvoeding in hun takenpakket hebben. Deze zijn verenigd in het zogenaamde landelijke Platform Borstvoeding.

#### Risicogroepen en gedragsdeterminanten

Sommige groepen zuigelingen hebben een relatief hoge kans om geen of slechts gedurende korte tijd borstvoeding te krijgen.<sup>4,6,10,11</sup> Dit zijn zuigelingen geboren na een korte zwangerschapsduur; via een stuit- of kunstbevalling; met een laag geboortegewicht; na geboorte verblijvend in couveuse of ziekenhuis; met een laag opgeleide, of jonge, of

werkende moeder; wonend in Zuid- of Noord-Nederland; zuigelingen die eerste kind zijn; worden opgevangen buiten het gezin (bijvoorbeeld kinderdagverblijf of gastouder); een rokende moeder hebben; en een fopspeen krijgen (vooral bij zuigelingen van één maand).

Autochtone kinderen krijgen op de leeftijd van één maand vaker borstvoeding, allochtone kinderen juist op de leeftijd van drie maanden; en op de leeftijd van zes maanden is er nauwelijks verschil. De verschillen tussen groepen allochtone kinderen zijn echter groot. Amsterdamse gegevens laten bijvoorbeeld zien dat vooral zuigelingen van Surinaamse ouders minder vaak borstvoeding krijgen op de leeftijd van 15 weken. Andere allochtone groepen, zoals Marokkanen en Turken, wijken minder af van autochtone kinderen.<sup>12,13</sup>

Multipara's met eerdere ervaring met borstvoeding en primipara's gaan langer door met borstvoeding dan multipara's zonder ervaring.<sup>11</sup> De relatie met betaald werk is vrij complex. Werkende moeders geven vaker uitsluitend

borstvoeding op een maand, maar minder vaak op drie en zes maanden na de geboorte.<sup>4</sup> Echter moeders die een maand na de geboorte van plan zijn weer te gaan werken, gaan langer door met borstvoeden. Het was echter onduidelijk of deze moeders daadwerkelijk gingen werken.<sup>11</sup> Vooral bij hoogopgeleide moeders was werk buitenshuis de belangrijkste factor om kunstvoeding te gaan geven.<sup>14</sup> In buitenlands onderzoek bleken de relaties tussen borstvoeding en werken inconsistent en afhankelijk van het aantal uren werk per week. De meeste studies laten een negatief verband zien tussen weer gaan werken en de duur van borstvoeding, vooral bij fulltime werken,<sup>15-17</sup> terwijl in andere studies werkende moeders langer borstvoeding gaven<sup>18,19</sup> of even lang als niet werkende moeders.<sup>20,21</sup> Een probleem bij de interpretatie van deze resultaten is dat er vaak geen duidelijk onderscheid is gemaakt tussen plannen om weer te gaan werken en daadwerkelijk gaan werken.

In verschillende Nederlandse onderzoeken werden gedragsdeterminanten van het starten of continueren van borstvoeding bestudeerd aan de hand van theorieën rond beredeneerd gedrag.<sup>10,11,22-26</sup> Het blijkt dat attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit de intentie tot het geven van borstvoeding bepalen, en dat deze intentie sterk voorspellend is voor het daadwerkelijk starten met borstvoeding. Het starten met borstvoeding wordt vooral beïnvloed door de attitude (ervaren voor- en nadelen van borstvoeding) en de sociale norm ten opzichte van borstvoeding, terwijl het continueren vooral samenhangt met een hoge eigen effectiviteit en lage sociale steun voor kunstvoeding.<sup>10,11</sup>

### Motieven voor de keuze van zuigelingenvoeding

Motieven voor de keuze van zuigelingenvoeding verschillen tussen moeders die starten met borstvoeding en moeders die starten met kunstvoeding. In een recent Nederlands onderzoek noemden zwangere moeders met de intentie om borstvoeding te geven als drie belangrijkste redenen: “borstvoeding is de meest natuurlijke voeding” (89%), “de gezondheid van moeder en kind” (87%) en “het contact tussen moeder en kind” (84%). Daarentegen noemden zwangere moeders met de intentie om kunstvoeding te geven als drie belangrijkste redenen hiervoor: “mijn partner kan de fles geven” (74%), “beter te combineren met werk” (52%), “te druk, geen tijd voor borstvoeding” (27%).<sup>10</sup> Deze motieven komen grotendeels overeen met de motieven uit de landelijke Peiling Borstvoeding 2000-2003.<sup>14</sup> Daarin noemden moeders de belangrijkste motieven om te starten met borstvoeding: “borstvoeding is gezonder dan kunstvoeding” (41%), “moeder-kind contact (23%) en “het voorkomen van allergie” (16%). Een veel kleinere rol speelden praktische motieven (makkelijker, 2%) en economische motieven (goedkoper, 1%).

### Motieven om te stoppen met borstvoeding of kunstvoeding te introduceren

Voor de meeste moeders waren de belangrijkste redenen om in de eerste maand te stoppen: onvoldoende borst-

voedingstechniek (26%) en te weinig melk (25%).<sup>27</sup> Moeders die waren gestart met uitsluitend borstvoeding en kunstvoeding introduceerden vóór drie maanden, noemden als belangrijkste motieven: “de borstvoeding verminderde”, “de borstvoeding was pijnlijk”, “de baby hilde teveel” en “kunstvoeding is beter te combineren met werk”.<sup>11</sup> In de eerste levensweek noemden moeders vaak problemen met de drinktechniek en prematuriteit van het kind.<sup>4</sup>

### Rol van de zorgverleners

Het starten of continueren van uitsluitend borstvoeding kan worden beïnvloed door zorgverleners. Daarbij gaat het enerzijds om de rol van individuele zorgverleners, en anderzijds om randvoorwaarden, zoals de organisatie, beschikbaarheid van specifieke deskundigen en beschikbare financiering daarvoor. Vrouwen die van plan waren om borstvoeding te gaan geven, noemden als de belangrijkste invloeden “eigen initiatief” (95%), gevolgd door “de partner” (65%) en “familie en vrienden” (47%). Een minderheid noemde tijdschrift, radio en/of televisie (28%) en verloskundige (24%) als belangrijkste invloed. Professionele zorgverleners zoals verpleegkundigen Jeugdgezondheidszorg of verpleegkundigen in het ziekenhuis hadden heel weinig invloed op de keuze. Dat deze adviezen zo'n geringe invloed hebben, kan komen doordat de meeste moeders (70%) hun keuze al vóór de zwangerschap hebben bepaald.<sup>11</sup> Borstvoedende moeders die kunstvoeding introduceerden noemden als belangrijkste invloed op de beslissing “eigen initiatief”, “de partner”, “familie en vrienden”.<sup>11</sup>

### Interventies ter bevordering en ondersteuning van borstvoeding

Health counseling gericht op gedragsdeterminanten bleek in een gerandomiseerd experiment bij drie Limburgse Thuiszorgorganisaties niet effectief om de duur van borstvoeding te verhogen. De interventie omvatte naast health counseling maatregelen ter verbetering van de coördinatie tussen zorgverleners, en kosteloze lactatiekundige hulp bij borstvoedingsproblemen.<sup>28</sup> Een beperking van dit programma was echter dat alleen consultatiebureauteams konden worden getraind in de health counseling methode en in het gebruik van de materialen en niet de verloskundigen en kraamverzorgenden.

De Stichting Zorg voor Borstvoeding implementeert in Nederland de toepassing van de vuistregels van de WHO en UNICEF of de zeven stappen voor de Jeugdgezondheidszorg<sup>29</sup> in Kraamzorg- en Jeugdgezondheidszorginstellingen. Instellingen die hieraan voldoen kunnen een WHO/ UNICEF certificaat behalen. In 2005 waren in Nederland 52 kraamzorginstellingen gecertificeerd. De toepassing van de vuistregels die leidt tot certificering had geen effect op de borstvoedingsduur.<sup>14</sup> In een buitenlandse review van Sikorsky et al.<sup>30</sup> werden 15 (quasi) gerandomiseerde trials over borstvoeding besproken. Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van interventies op een langere duur van



**Tabel 1** Gecontroleerde trials naar het effect van programma's met extra ondersteuning door professionals op de duur van borstvoeding (aangepast naar Sikorski 2001;<sup>30</sup> selectie van studies met minimaal 3 maanden follow-up van de borstvoeding)

Auteur Jaar Land Allocatie #	Interventie vs. normale zorg##	Samen met	Uitkomst	
			Gecombineerde voeding	Uitsluitend borstvoeding
	<i>Extra ondersteuning door professionals</i>		RR (95% BI)	
Sjolin 1979 <sup>35</sup> Sweden/Quasi	Interview met kinderarts in ZH + thuis; tel. contacten+ HB bij probleem vs. normale zorg		<b>0.61 (0.38-0.99)</b>	0.76 (0.54-1.07)
Jones 1985 <sup>36</sup> UK/Quasi	Individuele steun + probleem oplossing door lactatie verpleegkundige in ZH+ thuis vs. normale zorg		<b>0.78 (0.64-0.94)</b>	
Moore 1985 <sup>37</sup> UK/Random	Pakket van HB + tel. lijn door gezondheidsbezoeker of medische functionaris vs. standaard voedingsadvies ZH			1.01 (0.91-1.11)
Lynch 1986 <sup>38</sup> Canada/Niet vermeld	HB + tel. gesprekken door borstvoedingconsultant vs. postpartum HB door public health verpleegkundige		1.06 (0.78-1.45)	
Frank 1987 <sup>39</sup> USA/Random	Counselor in ZH postpartum tel. contacten + onderzoeksontslag pakket vs. normale zorg			0.97 (0.90-1.05)
Grossman 1990 <sup>40</sup> USA/Quasi	Postpartum pakket (face to face bijeenkomst met lactatiecounselor, boekje, tel. contacten+ hulplijn) vs. routine postpartum onderwijs door verloskundig verpleegkundige		1.16 (0.84-1.60)	
Barros 1994 <sup>41</sup> Brazilië/Niet vermeld	3 routine postpartum HB's door sociale assistent van voedingskundige vs. geen routine HB's vs. geen routine HB's		0.92 (0.81-1.05)	
Froozani 1999 <sup>42</sup> Iran/Quasi	5 contacten postpartum thuis of in lactatiekliniek door voedingskundige getraind in WHO borstvoedingscounseling vs. normale zorg	WHO/UNICEF cursus		<b>0.64 (0.49-0.82)</b>
Kramer 2001 <sup>43</sup> Wit-Rusland/ Cluster random	Maandelijkse consultaties in ZH + gemeentelijke poliklinieken door BHFH getrainde staf vs. normale zorg	WHO/UNICEF cursus	<b>0.74 (0.61-0.89)</b>	<b>0.59 (0.48-0.72)</b>
	Gepoolde RR (95% BI)		<b>0.86 (0.75-1.00)</b>	<b>0.79 (0.65-0.97)</b>
	Test voor totaal effect		P=0.05	P=0.02
	Test voor heterogeniteit		P=0.0364	P<0.00001

# Methode van allocatie: cluster= clustergerandomiseerd; random= individueel gerandomiseerd; quasi= quasi-experimenteel (bijvoorbeeld voor-na-meting of vergelijking met controlegregio).

## HB= huisbezoek; ZH= ziekenhuis; RR= relatief risico van volhouden borstvoeding tot 3 maanden Bijvoorbeeld als RR is 0.6, betekent dit dat percentage moeders dat niet volhoudt een factor 0.6 lager is in interventie groepen dan in controle groepen, of 40% lager; 95% BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BHFH= Baby Friendly Hospital Initiative.

Resultaten die statistisch significant zijn op niveau alpha= 0.025 (eenzijdig) zijn vet gedrukt.

borstvoeding selecteerden wij trials met een follow-up van tenminste drie maanden. Wij rangschikten deze naar soort interventie: extra ondersteuning door professionals (Tabel 1), en ondersteuning door leken en trainingsprogramma's (Tabel 2). We beschouwden een programma als effectief als dit de kans op stoppen met uitsluitend borstvoeding of gecombineerde voeding verminderde. Hieruit bleek dat interventies bestaande uit een combinatie van een WHO/UNICEF cursus of een training van La Leche door peercounselors en ondersteuning door leken het meest effectief zijn voor het verlengen van de duur van borstvoeding.<sup>30</sup> Echter het is moeilijk te bepalen welke combinatie of intensiteit van interventies het meest effectief is. Twee buitenlandse trials naar effectiviteit van lactatiekundige ondersteuning lieten veelbelovende resultaten zien,<sup>31,32</sup> maar de omstandigheden waarin dit werd onderzocht weken sterk af van de Nederlandse situatie.

## DISCUSSIE

We bespreken achtereenvolgens de mogelijkheden voor de bevordering van borstvoeding, de implicaties voor zorg en voor beleid en onderzoek.

### Mogelijkheden voor de bevordering van borstvoeding

Moeders starten meestal op eigen initiatief met borst- of

kunstvoeding, en hebben de keuze meestal al vóór de zwangerschap gemaakt. Dit duidt op een geringe invloed van zorgverleners tijdens en na de zwangerschap. Het is onduidelijk of dit een gevolg is van terughoudendheid bij zorgverleners of van een grote invloed van andere bronnen, zoals voorlichting en reclame in de media. Een mogelijkheid is om al voor de conceptie voorlichting te geven over borstvoeding aan vrouwen die nog geen kinderen hebben. Door voorlichting over de voordelen, de praktijk en acceptatie van borstvoeding kan worden bereikt dat meer vrouwen al voor de zwangerschap voor borstvoeding kiezen en beter erop voorbereid zijn. Dit betekent dat het wenselijk zou zijn ook aan jonge adolescenten en zelfs basisschoolkinderen hierover onderwijs te geven. Het is echter niet duidelijk of zij op die leeftijd al daarvoor open staan en of dit enige toegevoegde waarde heeft. De voordelen van borstvoeding bleken uit onderzoek immers bij de meeste moeders goed bekend.

Bepalend voor de keuze is de eigen attitude ten opzichte van borst- en kunstvoeding, en de norm die wordt ervaren vanuit de omgeving. Op de televisie of op foto's in tijdschriften overheerst de functie van borsten als seksuele attractie. Zelden zie je moeders de borst geven. Men kan de beeldvorming veranderen door vaker borstvoedende vrouwen af te beelden. Favoriete vrouwen

**Tabel 2** Gerandomiseerde trials naar het effect van ondersteuning door leken en peercounselors, door WHO/ UNICEF cursussen en La Leche League training programma's op de duur van borstvoeding (aangepast naar Sikorski 2001<sup>30</sup>)

Auteur Jaar Land Allocatie#	Interventie vs. normale zorg##	Samen met	Uitkomst	
			Uitsluitend borstvoeding	Gecombineerde voeding
			RR (95% BI)	
Jenner 1988 <sup>44</sup> UK/Quasi	Face to face + tel. ondersteuning door leken + 3 prepartum + 3-5 postpartum HB's vs. 1 prepartum + 1 postpartum HB			<b>0.40 (0.20- 0.81)</b>
Mongeon 1995 <sup>45</sup> Canada/Quasi	1 prepartum HB door vrijwilliger + tel. contacten postpartum vs. normale zorg		1.14 (0.85- 1.53)	
Dennis 1999 <sup>46</sup> Canada/Random	Tel. ondersteuning door kort getrainde vrijwilligers vs. normale zorg		<b>0.55 (0.36- 0.85)</b>	
Morrow 1999 <sup>47</sup> Mexico/Cluster random	3-6 pre- + postpartum HB's door peercounselors getraind door LLL vs. normale zorg	Training LLL	0.53 (0.18- 1.53)	<b>0.52 (0.39- 0.69)</b>
Haider 2000 <sup>48</sup> Bangladesh/ Random	15 pre- + postpartum HB's door WHO/ UNICEF getrainde peercounselors vs. dagelijkse zittingen gezondheidsopvoeding	WHO/ UNICEF cursus		<b>0.36 (0.29- 0.44)</b>
	Gepoolde RR (95% BI)		0.75 (0.41- 1.36)	<b>0.42 (0.31- 0.57)</b>
	Test voor totaal effect		P= 0.3	P<0.00001
	Test voor heterogeniteit		P= 0.014	P=0.0795
	<i>WHO/UNICEF cursus</i>			
Leite 1998 <sup>49</sup> Brazil/Random	6 postpartum HB's door WHO getrainde peercounselor vs. normale zorg			0.93 (0.88-1.00)
Froozani 1999 <sup>42</sup> Iran/Quasi	5 contacten postpartum door voedingskundige getraind in WHO BV counseling vs. normale zorg	Extra ondersteuning door professionals		<b>0.56 (0.44-0.70)</b>
Haider 2000 <sup>48</sup> Bangladesh/ Cluster random	15 pre- + postpartum HB's door WHO/ UNICEF getrainde peercounselors vs. dagelijkse zittingen gezondheidsvoorlichting	Ondersteuning door leken		
Kramer 2001 <sup>43</sup> Belarus/Cluster random	Maandelijke consultaties door ZH en gemeentelijke poliklinische staf BHF1 vs. normale zorg	Extra ondersteuning door professionals		<b>0.47 (0.40-0.54)</b>
	Gepoolde RR (95% BI)			<b>0.94 (0.91-0.97)</b>
	Test voor totaal effect			<b>0.70 (0.51-0.96)</b>
	Test voor heterogeniteit			P=0.03
	<i>La Leche League training</i>			P<0.00001
Morrow 1999 <sup>47</sup> Mexico/Cluster random	3-6 pre- and postpartum HB's door peercounselors getraind door LLL vs. normale zorg	Ondersteuning door leken		<b>0.52 (0.39-0.69)</b>

# Methode van allocatie: cluster= clustergerandomiseerd; random= individueel gerandomiseerd; quasi= quasi-experimenteel (bijvoorbeeld voor-na-meting of vergelijking met controleregio).

## HB= huisbezoek; ZH= ziekenhuis; RR = relatief risico van volhouden borstvoeding tot 3 maanden Bijvoorbeeld als RR is 0.6, betekent dit dat het percentage moeders dat niet volhoudt een factor 0.6 lager is in interventie groepen dan in controle groepen, oftewel 40% lager; 95% BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BHF1= Baby Friendly Hospital Initiative; La Leche League= LLL.

Resultaten die statistisch significant zijn op niveau alpha=0.025 (eenzijdig) zijn vet gedrukt.

of idolen kunnen de sociale norm veranderen als zij als rolmodel in populaire televisieseries borstvoeding geven. Risicofactoren voor een korte duur van borstvoeding zijn: een lage opleiding van de moeder, roken van de moeder, problemen rond bevalling en ziekenhuisopname, moeders met een eerste kind, werkende moeders en moeders van Surinaamse afkomst. Een aantal van deze factoren kan al tijdens de zwangerschap worden gesignaleerd door de verloskundige. Het continueren met borstvoeding wordt vooral bepaald door de eigen effectiviteit om borstvoeding te geven in verschillende situaties en het omgaan met problemen bij borstvoeding. Dit biedt aangrijpingspunten voor ondersteuning in de individuele zorg. De ondersteunende rol van de partner en de omgeving verdient hierbij meer aandacht. Het (vermeende) tekortschieten van borstvoeding is in de eerste maanden

het belangrijkste motief om te stoppen, vanaf drie maanden is het de combinatie met werk. Winst is te behalen door het bevorderen van een positieve beeldvorming en van de sociale norm over de combinatie van werk en borstvoeding.

### Implicaties voor de zorg

Ondersteuning van borstvoeding vereist een goede afstemming en overdracht tussen de verschillende zorgverleners tijdens en na de zwangerschap, en specifieke deskundigheid en ervaring. Knelpunten zijn de afgenomen professionaliteit van kraamzorgmedewerkers (verzorgenden in plaats van verpleegkundigen), de grote werkdruk van verloskundigen en Jeugdgezondheidszorgteams en de beperkte toegankelijkheid van lactatiekundigen. Dit kan alleen worden opge-

lost door meer menskracht, planning en opleiding. Verder wordt de inzet van peercounselors en leken in Nederland mogelijk nog onderbenut.

De voorbereiding van de combinatie van werk en borstvoeding verdient meer aandacht, zowel tijdens de zwangerschap als bij werkhervatting. Het gegeven dat borstvoeding leidt tot minder ziekte van het kind en daardoor waarschijnlijk ook tot een lager ziekteverzuim of zorgverlof van de werkende moeder, kan een positief argument zijn naar werkgevers en collega's. Hier is wellicht ook een rol weggelegd voor de bedrijfsarts.

### Implicaties voor beleid en onderzoek

We weten inmiddels heel wat over de determinanten van het starten en van het continueren van borstvoeding in Nederland. Hierop baseerden we bovenstaande adviezen ter bevordering en ondersteuning van borstvoeding. Maar over de effectiviteit daarvan bestaat aanzienlijke onzekerheid. Resultaten van buitenlands onderzoek zijn lang niet altijd toepasbaar in Nederland door verschillen in de context. De enkele goed gecontroleerde Nederlandse interventiestudies (certificatie van instellingen door de stichting Zorg voor Borstvoeding en het programma 'Bevordering en Ondersteuning van borstvoeding') lieten een zeer beperkt effect zien op de duur van borstvoeding.<sup>28,33</sup> Tegelijkertijd is de toename in het aantal borstgevoede zuigelingen in Nederland in de afgelopen jaren niet goed te verklaren. Landelijke campagnes en veel lokale initiatieven hebben hieraan mogelijk bijgedragen, maar wat succesfactoren waren, is moeilijk te zeggen. Een mogelijkheid om hier inzicht in te krijgen is bekende 'best practices' te inventariseren. Vervolgens kunnen deze regionaal worden ingevoerd, op basis van regionale analyse van knelpunten in de bestaande zorg. Evaluatie van dergelijke regionale initiatieven kan inzicht opleveren in de factoren die kunnen leiden tot verder succes. Een absolute voorwaarde hiervoor is een uniforme registratie van borstvoedingcijfers (en enkele belangrijke determinanten) op de zuigelingenconsultatiebureaus. Een dergelijke registratie kan het best in Europees verband worden opgezet, zoals ook wordt voorgesteld in de blauwdruk "Bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding in Europa".<sup>2</sup>

De relatie tussen borstvoeding en werk is complex, onder andere doordat werk en borstvoeding elkaar wederzijds beïnvloeden. Interessant zou zijn na te gaan welke invloed de combinatie werk en borstvoeding heeft op vermoeidheid en gemoedsstemming van de werkende moeder. Deze factoren kunnen weer van invloed zijn op de zogproductie en de eigen effectiviteit om werk en borstvoeding te combineren. Dergelijke complexe interacties zijn alleen goed te ontrafelen in longitudinaal onderzoek, zoals eerder is gebleken in onderzoek naar vermoeidheid in de arbeidssituatie in relatie tot de thuis-situatie en zorg voor kinderen.<sup>34</sup>

### CONCLUSIE

Borstvoeding zit in Nederland in de lift, maar vergelijking met Scandinavische landen toont dat het plafond nog

lang niet is bereikt. Er is nog aanzienlijk veel gezondheidswinst te boeken. Verbetering van de kwaliteit van zorg vereist een goede ketenzorg. Door afstemming tussen de verschillende beroepsgroepen en organisaties is nog veel winst te behalen. Aanvullend onderzoek naar determinanten met name gericht op moeders met een lage opleiding is nodig om nieuwe programma's te ontwikkelen gebaseerd op deze determinanten. Het is gewenst andere benaderingen te onderzoeken, zoals voorlichting aan jonge kinderen en adolescenten en de inzet van peercounselors. Aangezien werken buitenshuis een belangrijk motief is om te stoppen met borstvoeding, is het aan te bevelen deze factor diepgaander te onderzoeken in een prospectief longitudinaal onderzoek. Daarnaast is jaarlijkse monitoring van de borstvoedingcijfers en een goede evaluatie van de resultaten een vereiste voor thuiszorgorganisaties en neonatologen. Initiatieven tot samenwerking, zoals het Masterplan Borstvoeding van het Voedingscentrum en de samenwerkende borstvoedingsorganisaties, verdienen daarom ondersteuning.

### DANKWOORD

Financiële bijdragen. Dit artikel is mede gebaseerd op bijdragen van de auteurs aan het Nationaal Kompas voor de Volksgezondheid en het deelrapport "Ons eten gemeten", in opdracht van en financieel ondersteund door de commissie Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

### ABSTRACT

*Breastfeeding in the Netherlands: opportunities to promote and support breastfeeding*

**In this paper, we review the situation of breastfeeding in the Netherlands, the determinants of the initiation and continuation of breastfeeding, and the opportunities for promotion and support of breastfeeding. In the Netherlands, only a minority of the six month old infants are breastfed according to the WHO code. Much health benefit can be gained by an increase of the duration of breastfeeding. Knowledge of the determinants of breastfeeding initiation and duration provides clues for promotion and support of breastfeeding. The few intervention studies in the Netherlands do not yet show large effects on the duration of breastfeeding. To improve the quality of care a chain of care is obligate. It is advisable to develop new programs based on well-known determinants of breastfeeding and to look for other approaches.**

*Keywords: breast-feeding, prevention, health education, health promotion, infant feeding, infants*

### LITERATUUR

1. *Thijs C, Kools EJ, Reijneveld SA.* Gezondheidseffecten van borstvoeding. Tijdschr Gezondheidswet 2006;84:xx-xx.
2. *Cattaneo A.* Bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding in Europa: een blauwdruk voor actie. Krimpen aan de Lek: Stichting Zorg voor Borstvoeding, 2004.
3. *Kreijl CF van, Knaap AGAC.* Ons eten gemeten. Bilthoven: RIVM, 2004.



4. *Burgmeijer RJF, Reijneveld SA.* Motieven om te stoppen met borstvoeding: gegevens uit de PGO-peiling Jeugdgezondheidszorg 1997/1998 in vergelijking met de gegevens uit de literatuur. Leiden: TNO-PG, 2001.
5. *Lanting CI, Herschderfer K, Wouwe JP van, Reijneveld SA.* Peiling melkvoeding van zuigelingen 2001/2002 en het effect van certificering op de borstvoedingscijfers. Leiden: TNO-PG; 2002.
6. *Lanting CI, Wouwe JP van.* Borstvoeding in Nederland 2005: een voorlopige rapportage. Leiden: TNO-PG, 2005.
7. *Lande B, Andersen L, Baerug A et al.* Infant feeding practices and associated factors in the first six months of live: The Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatr* 2003;92:152-61.
8. *Dulon M, Kersting M, Schach S.* Duration of breastfeeding and associated factors in Western and Eastern Germany. *Acta Paediatr* 2001;90:931-5.
9. *Banderali G, Riva E, Scaglioni S, Giovanni M.* Monitoring breastfeeding rates in Italy. *Acta Paediatr Suppl* 2003;91:6-8.
10. *Kools EJ, Thijs C, Vries H de.* The Behavioral Determinants of Breast-feeding in the Netherlands: Predictors for the Initiation of Breastfeeding. *Health Educ Behav* 2005;32:809-24.
11. *Kools EJ, Thijs C, Kester A, Vries H de.* The Motivational Determinants of Breast-feeding in the Netherlands: Predictors for the Continuation of Breastfeeding. *Prev Med* (accepted) 2006.
12. *Wal MF van der.* Borstvoeding onder autochtone en allochtone moeders in Amsterdam, 1992-1993. *Ned Tijdschr geneesk* 1995;139:19-22.
13. *Wal MF van der, Jonge GA de, Pauw -Plomp H.* Toegenomen percentages borstgevoede zuigelingen in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1597-601.
14. *Lanting CI, Wouwe JP van.* Borstvoeding in Nederland, een nadere beschouwing. Achtergrondkenmerken, redenen en motieven, en het effect van het BFHI. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
15. *Gielen AC, Faden RR, O'Campo P et al.* Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breastfeeding. *Pediatrics* 1991;87:298-305.
16. *Visness CM, Kennedy KI.* Maternal Employment and Breast-feeding: Findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health* 1997;87:945-50.
17. *Roe B, Whittington LA, Beck Fein S, Teisl MF.* Is there competition between breast-feeding and maternal employment? *Demography* 1999;36:157-71.
18. *Stahlberg M.* Breastfeeding and social factors. *Acta Paediatr Scand* 1985;74:36-9.
19. *Whaley S, Meehan K, Lange L et al.* Predictors of Breastfeeding Duration for Employees of the Supplemental Nutrition program for Women, Infants and Children (WIC). *J Am Diet Assoc* 2002;102:1290-3.
20. *Cohen R, Mrtek MB.* The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breast-feeding by employed mothers. *Am J Health Promotion* 1994;8(4):36-41.
21. *Dodgson JE, Tarrant M, Fong DY et al.* Breastfeeding patterns of primiparous mothers in Hong Kong. *Birth* 2003;30:195-202.
22. *Steenbakkens WHL.* Determinanten van zuigelingenvoeding: Een studie naar factoren die van invloed zijn op de keuze tussen borstvoeding en flesvoeding en op de duur van borstvoeding onder moeders met een eerste kind in Maastricht. *Scriptie Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg*, 1987.
23. *Caris VPRM.* Borst of fles? De keuze voor zuigelingen voeding. (*Scriptie gezondheidswetenschappen*). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
24. *Rademakers GM.* Determinanten van de keuze en de duur van borstvoeding. (*Scriptie*). Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.
25. *Ven M van de.* Natuurlijk borstvoeding (*Scriptie*). Wageningen: Landbouwwuniversiteit Wageningen, 1998.
26. *Termote MCI.* Borstvoeding, onze zorg! Een kwantitatief onderzoek naar factoren van invloed op de duur van borstvoeding. (*Scriptie*). Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999.
27. *Lanting CI, Van Wouwe JP, Sijmen A, Reijneveld A.* Infant milk feeding practices in the Netherlands and associates factors. *Acta Paediatr* 2005;94:935-42.
28. *Kools EJ, Thijs C, Kester AD et al.* A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in The Netherlands. *Prev Med* 2005;40:60-70.
29. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO, 1998.
30. *Sikorski J, Renfrew MJ, Pindora S, Wade A.* Support for Breastfeeding Mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*: Oxford: update Software; 2003, 1-38.
31. *Jones DA, West RR.* Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Commun Health* 1986;40:45-9.
32. *McKeever P, Stevens B, Miller K et al.* Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. *Birth* 2002;29:258 -65.
33. *Lanting CI, Herschderfer K, Wouwe JP van, Reijneveld SA.* Effect van invoering van het "Baby Friendly Hospital Initiative" op het geven van borstvoeding in Nederland. Leiden: TNO-PG, 2003
34. *Jansen NW, Kant I, Kristensen TS, Nijhuis FJ.* Antecedents and consequences of work-family conflict: a prospective cohort study. *J Occup Environ Med* 2003;45:479-91.
35. *Sjolin S, Hofvander Y, Hillervik C.* A prospective study on individual courses of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1979;68:521-9.
36. *Jones DA, West RR.* Lactation nurse increases duration of breast feeding. *Arch Dis Child* 1985;60:772-4.
37. *Moore WJ, Midwinter RE, Morris AF et al.* Infant feeding and subsequent risk of atopic eczema. *Arch Dis Child* 1985;60:722-6.
38. *Lynch SA, Koch AM, Hislop TG, Coldman AJ.* Evaluating the effect of a breastfeeding consultant on the duration of breastfeeding. *Can J Public Health*. 1986;77:190-5.
39. *Frank DA, Wirtz SJ, Sorenson JR, Heeren T.* Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics* 1987;80:845-54.
40. *Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A.* The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *Am J Dis Child* 1990;144:471-4.
41. *Barros FC, Halpern R, Victora CG et al.* A randomised intervention study to increase breastfeeding prevalence in southern Brazil. *Rev De Saude Publica* 1994;28:277-83.
42. *Froozani MD, Permehzadeh K, Motlagh AR, Golestan B.* Effect

- of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bull WHO* 1999;77:381-5.
43. *Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al.* Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:1-14.
  44. *Jenner S.* The influence of additional information, advice and support on the success of breast feeding in working class primiparas. *Child Care Health Dev* 1988;14:319-28.
  45. *Mongeon M, Allard R.* Essai controle d'un soutien telephonique regulier donne par une benevole sur le deroulement et l'issue de l'allaitement. *Canadian Journal of Public Health. Rev Can De Sante Publique* 1995;86:124-7.
  46. *Dennis CL.* A randomized controlled trial evaluating the effect of peer (mother- to- mother) support on breastfeeding duration among primiparous women. Ontario: University of Toronto; 1999.
  47. *Morrow AL, Guerrero ML, Shults J et al.* Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-31.
  48. *Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SRA.* Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356:1643-7.
  49. *Leite AJM, Puccini R, Attallah A et al.* Impact of breastfeeding practices promoted by lay counselors: a randomized and controlled clinical trial. *Clin Epidemiol* 1998;51:Suppl:105.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

**Dr. E.J. Anten-Kools, Zorggroepthuis, Postbus 2690, 6401 DD Heerlen, tel: 045-5665496, e-mail: els.anten@zorggroepthuis.nl**

*Voor publicatie aanvaard in maart 2006.*