

# **borstvoeding in zeeland**

**een inventarisatie**

Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zeeland  
augustus 2003

K.G.C. Weterings  
epidemioloog

## Voorwoord

Borstvoeding lijkt vanzelfsprekend en natuurlijk, maar is het toch niet, getuige het lage aantal moeders in Nederland dat borstvoeding geeft. Zeeland loopt hierin niet bepaald voorop zoals blijkt uit dit rapport. Dit onderzoek naar borstvoeding in Zeeland geeft een globaal overzicht van de belangrijkste oorzaken van het lage borstvoedingscijfer en knelpunten in de borstvoedingszorg volgens de Zeeuwse instellingen en organisaties die zich met borstvoeding bezig houden. Tevens worden oplossingsrichtingen aangedragen die uiteindelijk moeten leiden tot een hoger borstvoedingscijfer in Zeeland.

Voor de GGD Zeeland, met een wettelijke taak op het gebied van collectieve preventie, is dit hogere borstvoedingscijfer een belangrijk streven. Immers, meer borstvoeding betekent preventie van een aantal ziekten en aandoeningen, niet alleen bij baby's maar ook op latere leeftijd.

Ik wil iedereen die aan deze inventarisatie heeft meegewerkt en zijn of haar tijd beschikbaar heeft gesteld hartelijk bedanken. Iedereen die ik tijdens de inventarisatie heb geraadpleegd was het erover eens dat in Zeeland te weinig borstvoeding wordt gegeven én dat hier wat aan gedaan zou moeten worden. Ik hoop dan ook dat deze inventarisatie hiertoe een eerste aanzet zal zijn.

Karin Weterings

juli 2003

# inhoudsopgave

omschrijving	bladzijde
<b>Samenvatting</b> .....	
<b>1. Aanleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Borstvoeding en gezondheid</b> .....	<b>4</b>
2.1. De gezondheidseffecten van borstvoeding .....	4
2.2. Aanbevelingen van de WHO en het BFHI .....	4
<b>3. Borstvoedingscijfers in Nederland en Zeeland</b> .....	<b>5</b>
3.1. Borstvoedingscijfers in Nederland.....	5
3.2. Borstvoedingscijfers in Zeeland.....	6
3.3. Factoren die samenhangen met het geven van borstvoeding .....	8
3.3.1. Achtergrondkenmerken en borstvoeding .....	8
3.3.2. Motieven om te stoppen met borstvoeding .....	8
3.3.3. 'Succesfactoren' om borstvoeding te blijven geven .....	9
<b>4. Inventarisatie naar borstvoeding bij Zeeuwse instellingen</b> .....	<b>10</b>
4.1. Doelstelling .....	10
4.2. Gegevensverzameling .....	10
4.3. Resultaten.....	11
4.3.1. Oorzaken lage borstvoedingscijfer in Nederland .....	11
4.3.2. Oorzaken lage borstvoedingscijfer Zeeland .....	12
4.3.3. Knelpunten bij de begeleiding van borstvoeding .....	12
4.3.4. Nadere analyse resultaten .....	13
4.3.5. Oplossingsrichtingen .....	15
<b>5. Conclusie en aanbevelingen</b> .....	<b>20</b>

## Literatuur

## **Samenvatting**

### **Aanleiding**

De toenemende aandacht van de overheid voor het belang van borstvoeding voor de gezondheid en een recentelijk gestart onderzoek naar borstvoeding en overgewicht - waaraan de GGD Zeeland meewerkt - waren voor de GGD Zeeland aanleiding een inventarisatie te doen naar borstvoeding in Zeeland: hoe zijn de borstvoedingscijfers in Zeeland en wat zijn naar de mening van de Zeeuwse instellingen en organisaties die zijn betrokken bij de borstvoedingszorg, de belangrijkste oorzaken voor de lage borstvoedingscijfers, de belangrijkste knelpunten en mogelijke oplossingen?

### **Gezondheidseffecten borstvoeding**

Borstgevoede kinderen hebben een lager risico op allerlei ziekten en aandoeningen, ook op latere leeftijd. Vanwege de vele positieve gezondheidseffecten van borstvoeding adviseert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) exclusieve borstvoeding tot een leeftijd van zes maanden.

### **Borstvoedingscijfers in Nederland en Zeeland**

In Nederland wordt in vergelijking met andere westerse landen weinig borstvoeding gegeven. Met vier maanden krijgt in Zweden nog 70% van de baby's volledige borstvoeding, in Nederland slechts een kwart. Uit de spaarzame cijfers die op provinciaal niveau beschikbaar zijn, blijkt dat in Zeeland minder vaak dan gemiddeld in Nederland borstvoeding wordt gegeven. Zo'n 19% van de baby's van zes maanden krijgt in Zeeland borstvoeding (al dan niet gecombineerd met flesvoeding) tegen 25% gemiddeld in Nederland. Een registratie waarbij regelmatig op systematische wijze borstvoedingscijfers op Zeeuws niveau worden verzameld, is wenselijk.

### **Factoren die het geven van borstvoeding beïnvloeden**

Met name het opleidingsniveau beïnvloedt de kans dat een baby borstvoeding krijgt. Hoog opgeleide moeders geven vaker borstvoeding dan laag opgeleide moeders. De belangrijkste motieven voor moeders om te stoppen met borstvoeding zijn te weinig melk, te weinig praktische vaardigheden om borstvoeding te geven en de moeilijke combinatie met werk.

De rol van professionals bij het besluit om te stoppen met borstvoeding is vooral in de eerste week groot: in 65% van de gevallen speelt een professional (met name verpleegkundige ziekenhuis en kinderarts) een belangrijke rol bij het besluit kunstvoeding te gaan introduceren (bij zuigelingen die ooit borstvoeding hebben gekregen).

Succesfactoren om door te gaan met borstvoeding zijn: een goede begeleiding de eerste dagen door de kraamverzorgende of kraamverpleegkundige, steun van de partner en de omgeving en de eigen-effectiviteit: bevestiging zoeken en vinden bij onzekerheid.

## **Inventarisatie bij Zeeuwse instellingen**

### *Gegevensverzameling*

Vertegenwoordigers van Zeeuwse instellingen die betrokken zijn bij de borstvoedingszorg, zijn de volgende vragen gesteld: wat zien zij als mogelijke oorzaken voor het lage borstvoedingscijfer in Nederland, wat zien zij als mogelijke oorzaken voor het lage borstvoedingscijfer in Zeeland, welke knelpunten komen zij tegen bij de begeleiding en ondersteuning van borstvoeding en wat zou er volgens hen moeten gebeuren om het borstvoedingscijfer in Zeeland te verhogen?

Voor de inventarisatie zijn benaderd: de OKZ-afdelingen van de thuiszorgorganisaties, kraamafdelingen van de ziekenhuizen, gynaecologen, verloskundigen, kraamzorginstellingen, borstvoedingsorganisaties en een lactatiekundige.

### *Oorzaken lage borstvoedingscijfers in Nederland en Zeeland en ervaren knelpunten volgens Zeeuwse instellingen*

De oorzaken voor het lage borstvoedingscijfer in Nederland en Zeeland en de ervaren knelpunten kunnen grofweg in drie aandachtsgebieden worden onderverdeeld:

Gezondheidszorg/zorgverleners:

- ontbreken van een eenduidige advisering naar moeders;
- ontbreken van een regionaal borstvoedingsprotocol of- beleid;
- ontoereikende kennis en vaardigheden t.a.v. borstvoeding bij zorgverleners;
- ontbreken van continuïteit in de borstvoedingszorg;
- ontbreken van een lactatiekundigepraktijk (lactatiekundige die er is verleent geen consulten);
- voorlichting van zorgverleners over borstvoeding onvoldoende;
- te weinig tijd voor begeleiding van moeders.

Moeders/ouders:

- onvoldoende voorbereiding van de ouders op het geven van borstvoeding;
- onzekerheid bij de moeder over de borstvoeding, weinig zelfvertrouwen.

Maatschappij/omgeving:

- moeilijke combinatie werken – borstvoeding;
- borstvoedingsonvriendelijk klimaat in Nederland;
- onbekend of negatief imago borstvoedingsorganisaties.

### **Oplossingsrichtingen**

Naar aanleiding van de gesignaleerde knelpunten en oplossingen die de instellingen zelf genoemd hebben, zijn de volgende oplossingsrichtingen denkbaar:

- *Meer samenwerking en afstemming* tussen instellingen lijkt onontbeerlijk. Dit kan gerealiseerd worden door het oprichten van een samenwerkingsverband borstvoeding waarvan in Nederland al meerdere succesvolle voorbeelden zijn.
- *Meer (bij)scholing* voor zorgverleners, bij voorkeur in onderlinge afstemming. Initiatieven voor gezamenlijke bijscholingen zijn er al.

- Zorgverleners - die hiervoor belangstelling hebben – in de gelegenheid stellen de *opleiding van lactatiekundige* te volgen. Op dit moment is in Zeeland één persoon voor lactatiekundige in opleiding.
- *Meer en betere voorlichting* aan (aanstaande) moeders. Ook bij voorkeur in onderlinge afstemming. Het is raadzaam vooraf onderzoek te doen naar de meest effectieve methode van borstvoedingsvoorlichting.
- Mogelijkheid onderzoeken om in Zeeland '*peer counseling*' in te zetten in samenwerking met borsvoedingsorganisaties. Peer counseling is een effectieve methode om het zelfvertrouwen van de moeder te vergroten en daarmee de kans dat ze borstvoeding blijft geven. Met name effectief bij lage SES-groepen.
- Oplossing voor lastige *combinatie werken-borstvoeding* is niet makkelijk te geven. Meer onderzoek is nodig naar waar hierin het probleem voor de moeder precies ligt.
- Tegen het *maatschappelijk-culturele probleem* van het borstovriendelijk klimaat in Nederland is weinig te doen op lokaal niveau. Goede informatievoorziening en ondersteuning aan moeders blijft belangrijk.
- Negatief of onbekend *imago borstvoedingsorganisaties* lijkt vooral een zaak van deze organisaties zelf. Deze organisaties betrekken bij een eventueel samenwerkingsverband.

### **Conclusie en aanbevelingen**

Gezien de vele positieve gezondheidseffecten van borstvoeding en het lage borstvoedingscijfer in Zeeland (zoals in de rest van Nederland) zal een verhoging van het percentage moeders dat borstvoeding geeft een aanzienlijke gezondheidswinst kunnen opleveren.

De inventarisatie bij de Zeeuwse instellingen levert voldoende aanknopingspunten op voor verdere acties om het borstvoedingspercentage in Zeeland te verhogen. Samenwerking en afstemming zijn hierbij de sleutelwoorden. Het oprichten van een samenwerkingsverband kan een middel zijn om dit te bereiken. Naast randvoorwaarden zoals bereidheid tot het inzetten van menskracht, tijd en middelen en het vooraf duidelijk vastleggen van doel, taken en verantwoordelijkheden is een duidelijk regie nodig. De GGD Zeeland is bereid deze taak op zich te nemen mits hier draagvlak voor is uiteraard. Hoewel de GGD Zeeland niet direct belanghebbende is op dit terrein (zorg voor 0-jarigen valt niet onder de GGD), is zij dat wel ten aanzien van de effecten van borstvoeding op de langere termijn. Borstvoeding werkt immers preventief tegen een aantal ziekten en aandoeningen en draagt daarmee bij aan gezondheidsbevordering van de Zeeuwse bevolking.

# 1. Aanleiding

Borstvoeding krijgt van de overheid steeds meer aandacht. Want hoewel borstvoeding de beste voeding is als het gaat om de gezondheid van het kind, is het aantal moeders dat in Nederland borstvoeding geeft erg laag. Zo'n driekwart van de moeders begint met borstvoeding, maar een groot deel haakt binnen een maand alweer af.

In 1999 heeft de toenmalige minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Voedingscentrum gevraagd nadrukkelijker dan voorheen aandacht te besteden aan het stimuleren van borstvoeding, dit in samenwerking met andere organisaties en zorgverleners. In 2002 heeft het Voedingscentrum daartoe een Masterplan Borstvoeding ontwikkeld (Voedingscentrum 2002). In de laatste editie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit 2002 en het bijbehorende Nationaal Kompas van het RIVM wordt meer dan voorheen aandacht aan borstvoeding besteed (van Oers 2002). Ook in het brancherapport "Preventie '98-'01" van het Ministerie van VWS wordt aandacht besteed aan borstvoeding, o.a. aan de activiteiten die plaatsvinden ter bevordering van borstvoeding en de effectiviteit hiervan (Rutz 2002).

De GGD Zeeland verleent zijn medewerking aan een longitudinaal onderzoek bij een cohort in Terneuzen waarbij onderzocht wordt of borstvoeding preventief werkt tegen overgewicht op jong-volwassen leeftijd. De medewerking van de GGD Zeeland bestaat onder andere uit het ter beschikking stellen van gegevens over lengte en gewicht van dit cohort.

De toenemende aandacht van overheidswege voor borstvoeding en het hierboven genoemde borstvoeding-overgewicht onderzoek, waren voor de GGD Zeeland aanleiding om onderzoek te doen naar de borstvoedings situatie in Zeeland: hoe zijn de borstvoedingscijfers in Zeeland en wat zijn naar de mening van de Zeeuwse instellingen en organisaties betrokken bij de borstvoedingszorg, de belangrijkste oorzaken voor de lage borstvoedingscijfers, de belangrijkste knelpunten en mogelijke oplossingen?

In hoofdstuk 2 worden eerst de gezondheidseffecten van borstvoeding beschreven. Hierbij is ook aandacht voor de aanbevelingen van de WHO en het initiatief van deze organisatie om borstvoeding te stimuleren. In hoofdstuk 3 komen borstvoedingscijfers in Nederland en Zeeland aan de orde, waarbij ook besproken wordt welke factoren van invloed zijn op het borstvoedingscijfer. Hoofdstuk 4 beschrijft de inventarisatie die is gedaan bij de Zeeuwse instellingen en organisaties. Op grond hiervan worden oplossingsrichtingen aangegeven. In hoofdstuk 5 volgen tenslotte de conclusie en aanbevelingen.

## **2. Borstvoeding en gezondheid**

### **2.1. De gezondheidseffecten van borstvoeding**

Borstvoeding is de beste voeding voor zuigelingen. Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van borstvoeding op de gezondheid. Zo hebben borstgevoede kinderen een lagere kans op maag-darminfecties, constitutioneel eczeem, astma en middenoorontsteking en een betere cognitieve ontwikkeling (Angelsen 2001, Gdalevich 2001, Kramer 2001). Verder zou borstvoeding beschermen tegen wiegendoed, leukemie, diabetes en coeliakie (Alm 2002, Bener 2001, Ivarsson 2002, McKinney 1999). Ook is in verschillende onderzoeken een lager risico op overgewicht gevonden voor kinderen die als zuigeling borstvoeding hebben gekregen. Dit lagere risico op overgewicht is niet alleen bij jonge kinderen gevonden maar ook bij adolescenten (Gillman 2001, von Kries 1999, Liese 2001).

Daarnaast heeft borstvoeding een gunstig effect op de gezondheid van de moeder zoals een verlaagde kans op borstkanker (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2002).

### **2.2. Aanbevelingen van de WHO en het BFHI**

Vanwege de vele positieve gezondheidseffecten van borstvoeding adviseert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) kinderen tot de leeftijd van 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven (WHO 2001). In Nederland zijn de wetenschappelijke inzichten over borstvoeding door de Inspectie voor de Gezondheidszorg vertaald in officiële aanbevelingen voor werkers in de gezondheidszorg (IGZ bulletin 'Voeding van zuigelingen en peuters' 1999). Om het geven van borstvoeding te stimuleren heeft de WHO (samen met UNICEF) in 1991 wereldwijd het 'Baby Friendly Hospital Initiative' (BFHI) gestart. In Nederland wordt dit BFHI initiatief geïmplementeerd door de Stichting Zorg voor Borstvoeding. Instellingen, zoals ziekenhuizen en kraamzorginstellingen, kunnen een BFHI-certificaat behalen als wordt voldaan aan internationale criteria met betrekking tot een kwalitatief goed borstvoedingsbeleid. Het BFHI wordt al meer dan tien jaar wereldwijd geïmplementeerd en beschouwd als de meest effectieve wijze om borstvoeding te bevorderen. In Nederland wordt het BFHI op dit moment geëvalueerd door TNO-PG. De eerste voorlopige resultaten wijzen op een gunstig effect van het BFHI in Nederland op het borstvoedingspercentage.

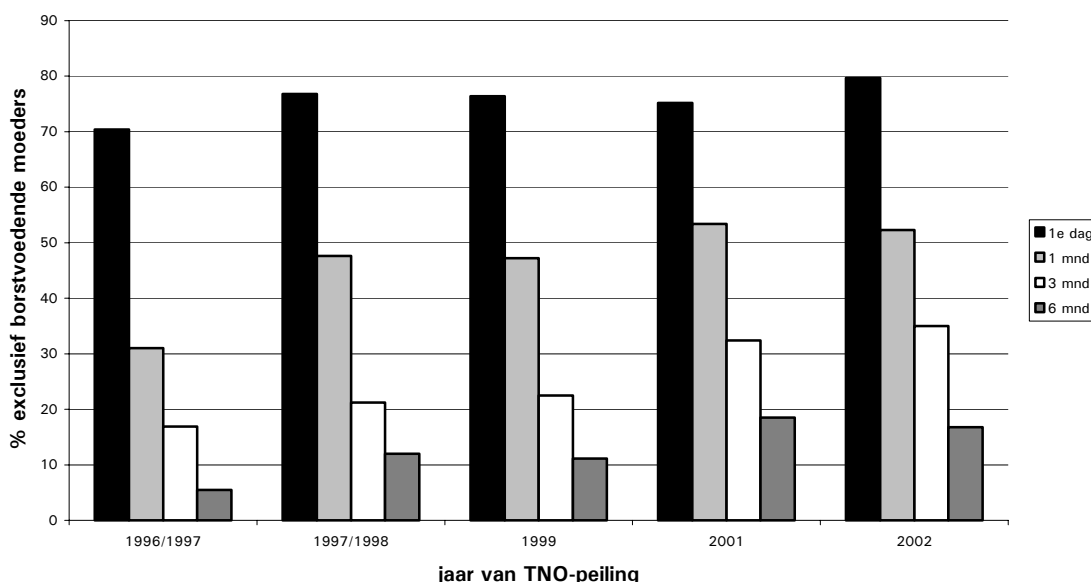
In Nederland kunnen ook JGZ-instellingen een borstvoedingscertificaat ontvangen. Een certificering van verloskundigen is nog in ontwikkeling. Op dit moment zijn in Nederland 22 instellingen gecertificeerd. Hiertoe behoren geen Zeeuwse instellingen.



### 3. Borstvoedingscijfers in Nederland en Zeeland

#### 3.1. Borstvoedingscijfers in Nederland

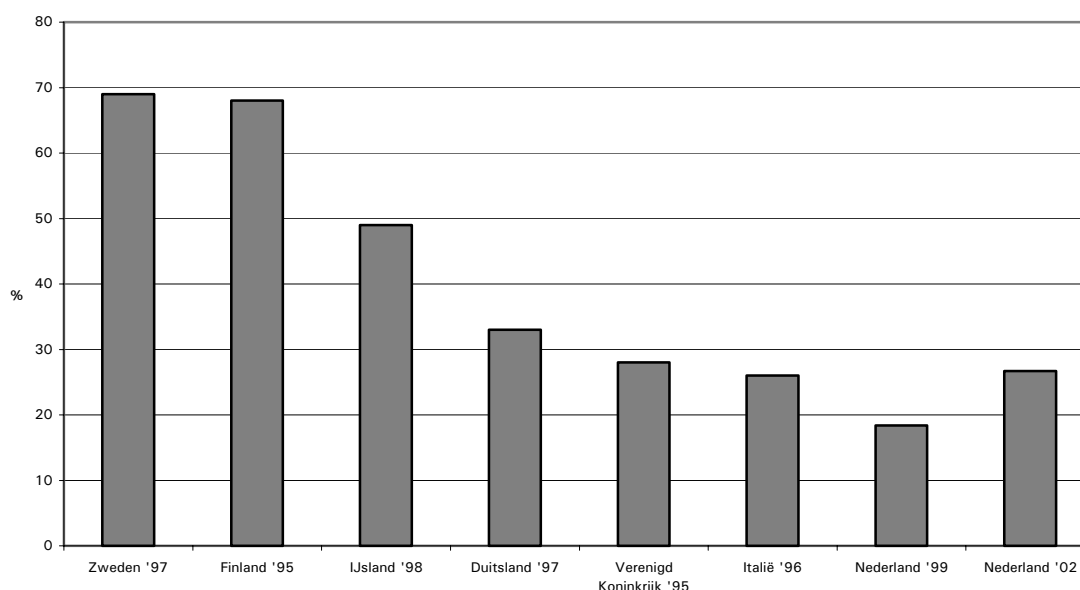
TNO-PG heeft regelmatig peilingen uitgevoerd naar de borstvoedingscijfers in Nederland. Via vragenlijsten die zijn uitgedeeld op consultatiebureaus aan moeders van zuigelingen is informatie verzameld over melkvoeding en achtergrondkenmerken. Uit deze peilingen blijkt dat sinds de eerste peiling in 1996, de cijfers een stijgende trend vertonen (Burgmeijer 1997, Brugman 1999, Hagen 2000, Lanting 2002 (a), Lanting 2002 (b)). In 1996/1997 gaf 16,9% van de moeders uitsluitend borstvoeding aan hun baby van 3 maanden, in 2002 is dit gestegen naar 35,0% (zie figuur 1).



*Figuur 1. Percentage exclusief borstgevoede kinderen op 1 dag, 1<sup>#</sup>, 3<sup>\*</sup> en 6<sup>^</sup> voltooide maanden na de geboorte naar jaar van de peiling (Bron: Peiling melkvoeding van zuigelingen 2001/2002 en het effect van certificering op de borstvoedingscijfers. C.I. Lanting et al. TNO-rapport, december 2002).*

*#: Gedefinieerd als type voeding op leeftijd van 1 voltooide maand. \*: In 1997/1998 werd 3 maanden gedefinieerd als 13 ± 2 weken. Voor de overige peilingen was dit 3 voltooide maanden. ^: In 1997/1998 werd 6 maanden gedefinieerd als 26 ± 4 weken. Voor de overige peilingen was dit 6 voltooide maanden.*

Ondanks deze stijgende trend is het borstvoedingscijfer in Nederland in vergelijking met veel andere westerse landen nog steeds laag. In figuur 2 staan gegevens, afkomstig uit een Zweeds onderzoek naar borstvoeding in Europese landen, uitgezet in een grafiek (Stichting Zorg voor Borstvoeding 2003, Yngve et al. 2001).



Figuur 2. Percentage exclusief borstgevoede kinderen op de leeftijd van 4 maanden in een aantal Europese landen (Bron: Stichting Zorg voor Borstvoeding 2003, [www.zvb.borstvoeding.nl](http://www.zvb.borstvoeding.nl), naar Yngve et al. 2001)

Met name in vergelijking met de Scandinavische landen, waarmee ons land wat betreft gezondheidstoestand en gezondheidszorg goed te vergelijken is, is het borstvoedingscijfer hier erg laag. Ongeveer 70% van de Zweedse baby's krijgen op de leeftijd van 4 maanden nog exclusieve borstvoeding, in Nederland is dat slechts een kwart.

### 3.2. Borstvoedingscijfers in Zeeland

Het CBS heeft binnen Nederland op regionaal niveau cijfers over borstvoeding over de periode 1995-1999 beschikbaar. De cijfers zijn afkomstig uit CBS-enquêtes waarbij ouders van kinderen tussen 0 en 4 jaar gevraagd werd op welke leeftijd hun kind nog (gedeeltelijke) borstvoeding kreeg. Dit betekent dat deze cijfers in zekere mate minder betrouwbaar (want meer afhankelijk van herinnering) zijn dan de TNO-cijfers. Bovendien is in de CBS-enquêtes geen onderscheid gemaakt in exclusieve borstvoeding en gemengde voeding (zowel borst- als flesvoeding). Dit betekent dat deze cijfers kunnen afwijken van hetgeen in de TNO-peilingen gevonden is.

In tabel 1 staan de CBS-cijfers per provincie weergegeven. Zeeland scoort niet hoog. Alleen op de leeftijd van 6 weken scoort Zeeland iets boven het gemiddelde. Op de leeftijd van 1 dag en de leeftijd van 3 maanden staat Zeeland op resp. de 9<sup>e</sup> en 8<sup>e</sup> plaats. Met 6 maanden staat Zeeland (samen met Limburg) op de onderste plaats: 19% van de Zeeuwse baby's van 6 maanden krijgt (gedeeltelijk) borstvoeding, tegen 25% landelijk.

	% geboorte	% 6 wk	% 3 mnd	% 6 mnd
Nederland	69	57	45	25
Groningen	64	52	44	27
Friesland	68	52	47	27
Drenthe	70	58	46	27
Overijssel	73	61	47	26
Flevoland	81	73	62	31
Gelderland	70	58	46	27
Utrecht	70	63	46	27
Noord-Holland	78	67	54	28
Zuid-Holland	71	56	44	24
<b>Zeeland</b>	<b>67</b>	<b>60</b>	<b>44</b>	<b>19</b>
Noord-Brabant	60	48	40	21
Limburg	61	48	35	19

*Tabel 1: Percentage zuigelingen dat (gedeeltelijk) borstvoeding krijgt bij de geboorte en op de leeftijd van 6 weken, 3 en 6 maanden uitgesplitst naar provincie (1995-1999). (Bron: CBS-Statline: <http://statline.cbs.nl/>)*

TNO publiceert geen borstvoedingscijfers op provinciaal niveau. Wel blijkt uit bijvoorbeeld de peiling 1999 dat het cijfer in de regio Zuid (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg) met 70% exclusieve borstvoeding op dag 1, zo'n tien procent lager ligt als in de andere twee regio's. Uit niet-gepubliceerde cijfers uit de peilingen 2000/2001 en 2001/2002 blijkt 72% van de moeders in Zeeland te starten met borstvoeding, tegen 77% landelijk (persoonlijke mededeling, TNO 2002). Daarnaast geeft 50% van de moeders al *in* de tweede week flesvoeding bij (hetgeen over het algemeen betekent dat op korte termijn volledig met borstvoeding wordt gestopt). Landelijk wordt dit percentage van 50% bereikt *met* twee weken. Het lijkt er dus op dat in Zeeland inderdaad minder moeders beginnen met borstvoeding en ook eerder afhaken. Deze cijfers voor Zeeland zijn echter gebaseerd op een klein aantal (180 moeders). Voorzichtig omspringen met deze cijfers is dus geboden.

Al met al kan uit de verschillende bronnen die voorhanden zijn geconcludeerd worden, dat in Zeeland relatief weinig borstvoeding wordt gegeven in vergelijking met veel andere regio's in Nederland. Er is geen onderzoek of literatuur voorhanden die deze bevinding verklaart. Wel is meer in het algemeen uit onderzoek bekend met welke factoren het geven van borstvoeding samenhangt, hetgeen in de volgende paragraaf aan de orde komt.

Overigens kan naar aanleiding van het onderzoek naar Zeeuwse borstvoedingscijfers geconcludeerd worden, dat een registratie waarbij regelmatig op systematische wijze borstvoedingscijfers op Zeeuws niveau worden verzameld, wenselijk is.

### **3.3. Factoren die samenhangen met het geven van borstvoeding**

#### **3.3.1. Achtergrondkenmerken en borstvoeding**

Met name het opleidingsniveau van de moeder blijkt van grote invloed op de kans dat er borstvoeding wordt gegeven. De verschillen tussen hoog en laag opgeleide moeders kunnen aanzienlijk zijn zoals bijvoorbeeld blijkt uit een onderzoek onder een cohort van ruim 2700 Nederlandse kinderen (Wijga 2002). Na 12 weken gaf bijna 80% van de moeders met een universitaire opleiding nog borstvoeding (al dan niet gecombineerd met flesvoeding) tegen zo'n 20% van de moeders met alleen lagere school. Naast opleiding blijken ook andere factoren van invloed. Uit gegevens afkomstig uit de TNO-peiling 1997/1998 blijken zuigelingen minder kans te hebben om borstvoeding te krijgen als zij: zijn geboren na een korte zwangerschapsduur, een laag geboortegewicht hebben, zijn geboren via stuit- of kunstbevalling, verbleven in een couveuse, zijn opgenomen in een ziekenhuis, eerste kind zijn, worden opgevangen buiten het gezin (kinderdagverblijf/gastouder), een fopspeen krijgen, een moeder hebben die laag is opgeleid, rookt, meer dan 16 uur werkt of woont in de regio zuid (Burgmeijer 2001).

#### **3.3.2. Motieven om te stoppen met borstvoeding**

In opdracht van het Voedingscentrum, in het kader van het ontwikkelen van het Masterplan Borstvoeding, heeft TNO onderzoek gedaan naar wat er uit de literatuur bekend is over de motieven van moeders om te stoppen met borstvoeding (Burgmeijer et al 2001). Tevens zijn in het kader hiervan de gegevens uit de TNO-peiling van 1997/1998 aan een nadere analyse onderworpen. Samenvattend zijn de belangrijkste redenen om te stoppen: te weinig melk, ontbreken van praktische vaardigheden om borstvoeding te geven (speelt vooral 1<sup>e</sup> maand na de bevalling) en de moeilijke combinatie met werk (met name na de 5<sup>e</sup> week gaat dit spelen, met 13 weken en verder is dit zelfs de meest genoemde reden om te stoppen met borstvoeding).

De bevinding dat 'te weinig melk' zowel uit de Nederlandse cijfers als uit internationaal onderzoek de meest aangevoerde reden is om te stoppen met borstvoeding noemt TNO merkwaardig. In 99% van de gevallen heeft dit namelijk geen fysiologische basis. Volgens het Voedingscentrum zijn hier verschillende verklaringen voor te bedenken (Voedingscentrum 2002):

- Er is inderdaad sprake van te weinig melkproductie. Dit hangt dan meestal samen met onvoldoende praktische vaardigheden (waardoor de aanlegtechniek niet goed is), gebruik van anticonceptie of roken. Bij de eerste twee oorzaken spelen zorgverleners een belangrijke rol.
- 'Onvoldoende melk' is een sociaal geaccepteerd motief en zou de werkelijke (minder sociaal wenselijke) reden kunnen verhullen.

- Het is de beleving van de moeder dat er niet genoeg melk is (wat dus niet wil zeggen dat er inderdaad onvoldoende melk is). Dit kan te maken hebben met een gebrek aan zelfvertrouwen en daardoor onzekerheid over de hoeveelheid voeding.

TNO heeft in de eerder genoemde analyse van de gegevens uit de 1997/1998 peiling ook onderzocht wat de rol van professionals is bij de beslissing om te stoppen met borstvoeding. Deze rol blijkt met name in de eerste week erg groot: in 65% van de gevallen speelt een professional (met name verpleegkundige ziekenhuis en kinderarts) een belangrijke rol bij het besluit kunstvoeding te gaan introduceren (bij zuigelingen die ooit borstvoeding hebben gekregen). De rol van professionals bij dit besluit neemt af naarmate het kind ouder is. Daarnaast stijgt in de latere levensweken het relatieve belang van de verpleegkundige op het consultatiebureau bij dit besluit. Deze gegevens hebben betrekking op zuigelingen die *ooit* borstvoeding hebben gekregen. Als gekeken wordt naar zuigelingen die *nooit* borstvoeding hebben gekregen neemt het belang van professionals af. De beslissing om meteen met kunstvoeding te beginnen is vooral een beslissing van de ouders zelf. Op grond van deze analyses komt TNO dan ook tot de conclusie dat professionals een relatief belangrijke rol hebben in situaties waarin het geven van borstvoeding wel wordt geprobeerd, maar snel mislukt. TNO beveelt nader onderzoek aan naar verklaringen hiervoor.

### **3.3.3. 'Succesfactoren' om borstvoeding te blijven geven**

Naast onderzoek naar de motieven om te stoppen met borstvoeding heeft het Voedingscentrum ook onderzoek laten doen naar de 'succesfactoren' om borstvoeding te blijven geven (IPM 2002, Voedingscentrum 2002). De belangrijkste succesfactoren om door te gaan met borstvoeding zijn:

- een goede begeleiding de eerste dagen door de kraamverzorgende of kraamverpleegkundige;
- steun van de partner en de omgeving;
- de eigen-effectiviteit: bevestiging zoeken en vinden bij onzekerheid.

## **4. Inventarisatie naar borstvoeding bij Zeeuwse instellingen**

### **4.1. Doelstelling**

De zorg voor borstvoeding in Nederland loopt via een keten van zorgverleners. Een (aanstaande) moeder kan te maken krijgen met de verloskundige, de gynaecoloog, de kraamverpleegkundige, de kraamverzorgster, de wijkverpleegkundige, de cb-arts. Allereerst is daarom bij instellingen en organisaties die zijn betrokken bij de begeleiding en ondersteuning van borstvoeding, een inventarisatie gedaan met als doelstelling antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Wat zien zij als mogelijke oorzaken voor het lage borstvoedingscijfer in Nederland?
- Wat zien zij als mogelijke oorzaken voor het lage borstvoedingscijfer in Zeeland?
- Welke knelpunten komen zij tegen bij de begeleiding en ondersteuning van borstvoeding?
- Wat zou er volgens hen moeten gebeuren om het borstvoedingscijfer in Zeeland te verhogen?

De uitkomsten van deze inventarisatie moeten vervolgens richting geven aan mogelijke oplossingen voor het verhogen van het borstvoedingscijfer in Zeeland.

### **4.2. Gegevensverzameling**

In de periode december 2002 t/m maart 2003 heeft de inventarisatie plaatsgevonden. Dit gebeurde voor een deel via gesprekken (persoonlijk of telefonisch) met vertegenwoordigers van instellingen of organisaties. Daarnaast is een deel van de informatie verzameld middels vragenlijsten.

De volgende instellingen en organisaties hebben meegewerkt aan de inventarisatie:

- OKZ Walcheren, Zorgstroom
- OKZ Oosterschelde Thuiszorg
- OKZ Zeeuws-Vlaanderen, Stichting ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen
- Oosterscheldeziekenhuis, Kraamafdeling
- Ziekenhuis Walcheren, Kraamafdeling
- Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen, Kraamafdeling
- Verloskundige in Goes
- Stichting Provinciale Kraamzorg en Entadministratie, afdeling Kraamcentrum
- Stichting Homecare Kraamzorgcentrum
- Borstvoedingsorganisatie La Leche League (LLL)
- Lactatiekundige

De persoon die vanuit een instelling aan de inventarisatie meewerkte, was doorgaans iemand vanuit het management of van een stafafdeling. In een enkel geval betrof het een uitvoerende medewerker (bijv. omdat deze persoon voorzitter was van de werkgroep borstvoeding bij die instelling).

De drie gynaecologenmaatschappen zijn schriftelijk benaderd (met een vragenlijst). Van één maatschap is een reactie ontvangen. Deze gaf aan geen aandacht te besteden aan borstvoeding tijdens de prenatale begeleiding van zwangeren, borstvoeding wel belangrijk te vinden maar het niet tot de taken van een gynaecoloog te vinden behoren om hier speciale aandacht aan te besteden of dit te stimuleren.

### 4.3. Resultaten

Aspecten uit de inventarisatie die in deze paragraaf besproken zullen worden, zijn:

- wat zijn volgens de betreffende instelling of organisatie de belangrijkste oorzaken van het lage borstvoedingscijfer in Nederland;
- wat zijn volgens de betreffende instelling of organisatie de belangrijkste oorzaken van het lage borstvoedingscijfer in Zeeland;
- welke knelpunten komt men tegen bij de ondersteuning en begeleiding van borstvoeding.

De resultaten zullen eerst kort worden weergegeven, waarna een en ander verder zal worden toegelicht.

#### 4.3.1. Oorzaken lage borstvoedingscijfer in Nederland

Gevraagd naar de mogelijke oorzaken voor het lage borstvoedingscijfer in Nederland (in vergelijking met veel andere westerse landen) werden de volgende zaken het meest genoemd (waarbij borstvoeding is afgekort tot bv):

<i>ouders onvoldoende voorbereid op geven bv / te weinig kennis bij ouders van gezondheidsaspecten bv / te weinig aandacht voor bv tijdens zwangerschap</i>
<i>onvoldoende aandacht (bij zorgverleners) voor combinatie werk-bv / onwelwillendheid werkgever bij combinatie werk-bv / er tegenop zien van moeder om weer te gaan werken</i>
<i>te kort bevallingsverlof in Nederland</i>
<i>'angst' voor mislukken bv (onzekerheid moeder)</i>
<i>geen eenduidige adviezen van zorgverleners / niet op één lijn zitten</i>
<i>onvoldoende begeleiding door zorgverleners</i>
<i>maatschappij niet ingesteld op bv / bv onvriendelijk klimaat in Nederland / weinig ondersteuning door omgeving</i>

Daarnaast werd ook, maar minder vaak genoemd:

<i>in opleiding kraamverzorgende te weinig aandacht voor bv</i>
<i>sterke lobby kunstvoedingsindustrie / kunstvoeding is makkelijke, veilige keuze</i>

<i>factor (te weinig) 'tijd': tijd van moeder om het te leren, te weinig tijd kraamverzorgende voor begeleiding borstvoeding, te weinig tijd die werkgevers beschikbaar willen stellen voor combinatie werk-bv</i>
<i>in moderne tijd moet alles perfect, te weinig geduld en doorzettingsvermogen</i>
<i>moeders van huidige generatie moeders gebruikten voornamelijk kunstvoeding (geen overdracht vaardigheden van generatie op generatie)</i>
<i>'gat' in begeleiding tussen kraamzorg en OKZ</i>
<i>niet gebonden willen zijn van de moeder</i>
<i>imago bv-organisaties onbekend of negatief</i>
<i>'bv is van niemand' (verantwoordelijkheid onduidelijk)</i>
<i>belang bv bij zorgverleners onvoldoende onderkend</i>

#### 4.3.2. Oorzaken lage borstvoedingscijfer Zeeland

De vraag waarom in Zeeland relatief weinig borstvoeding wordt gegeven was moeilijker te beantwoorden. De verklaringen die hiervoor gegeven werden waren meer divers.

Genoemd zijn:

<i>geen regionaal beleid of protocol borstvoeding in Zeeland</i>
<i>geen lactatiekundige praktijk in Zeeland</i>
<i>lagere SES / opleiding in Zeeland</i>
<i>kraamzorg en OKZ losgekoppeld - geen overleg</i>
<i>voorlichting over bv in zwangerschap onvoldoende</i>
<i>CB geeft onjuiste informatie over bv</i>
<i>hechtere familienetwerken (moeders van huidige generatie moeders heeft zelf fles gegeven)</i>
<i>afgelopen 10 jaar geen speciale projecten over bv voor eigen werknemers</i>
<i>'gat' (in begeleiding) tussen kraamperiode en OKZ</i>
<i>onvoldoende (bij)scholing van zorgverleners</i>
<i>in Zeeuwsch-Vlaanderen nauwelijks borstvoedingsorganisaties actief</i>
<i>mentaliteit kraamverzorgenden: op dag 8 beslissing bv óf kunstvoeding</i>
<i>onvoldoende samenwerking tussen instellingen</i>
<i>in Zeeland meer ziekenhuisbevallingen dan elders</i>
<i>geen verloskundige praktijk in Schouwen-Duiveland en Noord-Beveland, waardoor minder goede voorlichting over bv tijdens zwangerschap en ook minder verwijzingen naar LLL</i>
<i>Zeeuwen niet zo kritisch, niet zo assertief om bij problemen hulp te zoeken</i>
<i>huisartsen (vooral in dorpen) niet up-to-date t.a.v. bv</i>

#### 4.3.3. Knelpunten bij de begeleiding van borstvoeding

Gevraagd werd welke knelpunten er bestaan bij de begeleiding en ondersteuning van borstvoeding. Met name het niet eenduidig zijn van adviezen van zorgverleners werd door veel instellingen genoemd. Daarnaast werden nog andere knelpunten meerdere keren genoemd:

<i>geen eenduidige advisering over bv door zorgverleners</i>
<i>onvoldoende tijd voor begeleiding</i>
<i>ouders onvoldoende voorbereid / voorlichting in zwangerschap onvoldoende</i>
<i>geen ondersteuning van een lactatiekundigepraktijk</i>



Ook genoemd maar minder vaak werden:

<i>kolven thuiszorg voldoen niet</i>
<i>onprofessioneel handelen van zorgverleners / weerstand (van zorgverlener) tegen bv</i>
<i>groot deel van moeders haakt af na 2 weken</i>
<i>geen inloopspreekuur bij CB voor moeders</i>
<i>onvoldoende kennis bij zorgverleners bij problemen met bv (w.o. anamnese/ diagnose/behandelplan)</i>
<i>moeders komen niet of te laat met hulpvraag bij CB</i>
<i>onvoldoende begeleiding van zorgverleners</i>
<i>onvoldoende aandacht van CB voor bv</i>
<i>geen effectieve overdracht van kraamzorg naar OKZ</i>
<i>beperkt inzicht in eigen kennis bv (zorgverleners)</i>
<i>geen inzicht zorgverleners in consequenties langdurig bv geven op bestaande opvoedings- en zorgadviezen</i>
<i>voorlichting combinatie werk- bv onvolledig</i>

#### 4.3.4. Nadere analyse resultaten

De informatie die uit de inventarisatie naar voren komt berust op het oordeel van de geïnterviewde persoon en is dus subjectief. Het geeft echter wel een beeld van waar volgens de instellingen de belangrijkste problemen liggen.

Uit bovenstaande overzichten blijken (logischerwijs) veel van de genoemde oorzaken voor de lage borstvoedingscijfers in Nederland en Zeeland en de geconstateerde knelpunten te overlappen. Een nadere analyse van de belangrijkste genoemde oorzaken/knelpunten levert een indeling op in grofweg drie aandachtsgebieden: gezondheidszorg, ouders en maatschappij.

#### 1. Gezondheidszorg / zorgverleners

- Het ontbreken van **eenduidige advisering** door zorgverleners wordt door veel instellingen als een belangrijk knelpunt ervaren. Moeders kunnen van verschillende zorgverleners verschillende en zelfs tegenstrijdige adviezen krijgen. Deze tegenstrijdige adviezen kunnen afkomstig zijn van verschillende instellingen, maar soms zijn zelfs binnen één instelling of afdeling verschillende adviezen te horen.
- Het ontbreken van een **regionaal borstvoedingsbeleid of -protocol** in Zeeland wordt ook genoemd als knelpunt en is ongetwijfeld van negatieve invloed op de eenduidigheid van de advisering. Er blijkt sowieso weinig structureel overleg tussen de instellingen en weinig samenwerking en afstemming t.a.v. borstvoeding.
- Het ontbreken van een eenduidige advisering heeft ook te maken met de ontoereikende **kennis en vaardigheden t.a.v. borstvoeding** die bij zorgverleners aanwezig is. Tijdens de opleiding is de informatie over borstvoeding gering of gebrekkig. Bovendien is de bijscholing van zorgverleners vaak onvoldoende.
- Uit de inventarisatie blijkt dat **continuïteit in de borstvoedingszorg** ontbreekt. Na het vertrek van de kraamverzorgende op dag 8 komt de moeder over het algemeen pas na een week of 4 voor het eerst op het consultatiebureau. In de tussentijd vindt enkel een

huisbezoek van de wijkverpleegkundige plaats. Juist in de eerste weken haken veel moeders af. De eerste 6 weken zijn erg belangrijk om de borstvoeding (zowel wat betreft hoeveelheid als techniek) goed op gang te krijgen. Een goede begeleiding met een continue karakter is juist in deze periode van essentieel belang. Niet alleen het ontbreken van continuïteit is een probleem, ook de overdracht zelf (van kraamzorg naar OKZ) blijkt vaak gebrekkig en niet altijd effectief (zoals door meerdere instellingen aangegeven).

- Door verschillende instellingen werd het ontbreken van een **lactatiekundige-praktijk** in Zeeland als knelpunt ervaren. Een lactatiekundige is een deskundige op het gebied van borstvoeding en kan ouders begeleiden bij problemen met borstvoeding (meestal in speciale situaties zoals bijv. vroeggeboorte, zuigproblemen, groeiachterstand). Ook geeft een lactatiekundige voorlichting en scholing aan zorgverleners. Een lactatiekundige kan aan een instelling verbonden zijn of een zelfstandige praktijk hebben. In alle provincies zijn (vaak meerdere) lactatiekundigen actief. In Zeeland is maar één lactatiekundige, deze verleent (in principe) echter geen consulten. Een aantal instellingen vond het ontbreken van de mogelijkheid om ouders naar een lactatiekundige te verwijzen of om als zorgverlener hier advies in te winnen een gemis.
- De **voorlichting over borstvoeding** door zorgverleners, met name tijdens de zwangerschap, werd vaak als onvoldoende beoordeeld. Tijdens de zwangerschapsbegeleiding is veel aandacht voor de bevalling maar nauwelijks voor het geven van borstvoeding.
- Een aantal instellingen gaf als knelpunt aan dat er soms onvoldoende **tijd** voor de zorgverlener is om de moeder bij het geven van borstvoeding goed te kunnen begeleiden.

## 2. Moeders / ouders

- Ouders zijn vaak onvoldoende **voorbereid** op het geven van borstvoeding. Dit heeft vooral te maken met de hierboven al genoemde gebrekkige voorlichting over borstvoeding tijdens de zwangerschap. Moeders hebben daardoor te weinig kennis over de gezondheidsvoordelen van borstvoeding en over de mechanismen van de moedermelkproductie (vraag-en-aanbod-principe).
- Veel moeders zijn **onzeker** over de borstvoeding en bang dat het mislukt. Men heeft weinig vertrouwen in eigen kunnen. Als men dan ook nog van verschillende zorgverleners verschillende adviezen krijgt, is de overstap naar flesvoeding snel gemaakt.

## 3. Omgeving / maatschappij

- Een veel genoemd probleem is de combinatie **werken - borstvoeding**. Volgens veel ondervraagden is het bevallingsverlof in Nederland te kort en heeft dit een negatieve invloed op het doorgaan met borstvoeding. Bovendien is de voorlichting over mogelijkheden borstvoeding en werk te combineren vaak onvoldoende. Moeders zelf zien er vaak tegen op om het te combineren. Werkgevers staan niet altijd welwillend tegenover de combinatie werk-borstvoeding. Het belang van borstvoeding voor de gezondheid van het kind wordt door hen vaak niet onderkend. Bovendien, zo wordt

gesteld, zijn werkgevers vaak niet eens op de hoogte van de wettelijke regeling die vrouwen het recht geeft om een bepaald deel van de werktijd te besteden aan voeden of kolven.

- Ook een aantal keer genoemd is het **borstvoedingsonvriendelijk klimaat** in Nederland. De Nederlandse maatschappij is niet op borstvoeding ingesteld. De kunstvoedingsindustrie heeft een sterke lobby en kunstvoeding lijkt de norm in Nederland.
- In Nederland en ook in Zeeland zijn **borstvoedingsorganisaties** zoals LLL en VBN over het algemeen vrij onbekend of ze hebben een negatief imago, zowel bij het publiek als bij zorgverleners. Borstvoedingsorganisaties zijn vrijwilligersorganisaties die hulp en informatie geven over borstvoeding op basis van moeder-tot-moeder contact. Zij houden regionale informatiebijeenkomsten en hebben een telefonische hulpdienst. Tijdens de inventarisatie bleek een enkele instelling inderdaad wat negatief over LLL. Over het algemeen echter liet men zich positief over LLL uit en sommigen hadden goede contacten met hen en verwezen ook regelmatig naar hen door. De Vereniging Borstvoeding Natuurlijk (VBN) werd minder vaak genoemd, blijkbaar is deze organisatie in Zeeland niet zo actief.

#### 4.3.5. Oplossingsrichtingen

Tijdens de inventarisatie is ook de vraag gesteld: wat moet er in Zeeland gebeuren om ervoor te zorgen dat meer moeders borstvoeding gaan geven?

Door meerdere instellingen werden genoemd:

<i>meer en betere voorlichting (mn aan zwangeren)</i>
<i>goede scholing en bijscholing zorgverleners</i>
<i>eenduidig beleid/regionale samenwerking</i>
<i>lactatiekundigepraktijk (voor advies aan vpk of doorverwijzing)</i>

Daarnaast werd geopperd:

<i>behalen van BFHI certificaat</i>
<i>het gat dichten tussen kraam- okz/betere overdracht van kraamzorg/afdeling naar okz</i>
<i>meer publiciteit in de media</i>
<i>een inlooppreekuur op CB</i>
<i>meer PR van okz over wat zij te bieden hebben</i>
<i>meer tijd voor wijkverpl om thuis begeleiding te geven</i>
<i>uitstralen dat bv de natuurlijke en enige keuze is</i>
<i>langer bevallingsverlof</i>
<i>verbeteren bekendheid en imago bv-organisaties</i>
<i>korting op ziektenkostenverzekering als je bv geeft</i>
<i>één aanspreekpunt voor bv tijdens zwangerschap-kraamtijd-en erna</i>
<i>oprichten Zeeuwse werkgroep Borstvoeding</i>
<i>ontwikkelen Zeeuws masterplan Borstvoeding</i>

Op grond van de belangrijkste geconstateerde knelpunten en mogelijke oplossingen die door instellingen zelf zijn aangedragen, zijn de volgende oplossingsrichtingen denkbaar:

- **Meer samenwerking en afstemming** lijkt onontbeerlijk om verbetering te brengen in de knelpunten: gebrek aan eenduidigheid in de advisering, ontbreken van een regionaal borstvoedingsbeleid of borstvoedingsprotocol en ontbreken van continuïteit in de borstvoedingszorg. Op dit moment vindt weinig overleg en samenwerking plaats tussen de instellingen. Verbetering op dit punt wordt door veel instellingen genoemd als één van de actiepunten. Meer afstemming en samenwerking zal de eenduidigheid en kwaliteit van de ketenzorg verbeteren. De meest voor de hand liggende methode om te komen tot meer afstemming en samenwerking tussen zoveel verschillende instellingen en disciplines is het oprichten van een provinciaal samenwerkingsverband. In verschillende andere regio's in Nederland zijn (met succes) samenwerkingsverbanden (op het gebied van borstvoeding) opgericht. Het bekendste en meest succesvolle voorbeeld is Amsterdam, waar sinds 1993 een actief borstvoedingsbeleid wordt gevoerd. Tien jaar geleden namen daar een kraamzorginstelling en de Jeugdgezondheidszorg van de GG&GD Amsterdam het initiatief tot het ontwikkelen van een borstvoedingsprotocol, dat vervolgens werd geïmplementeerd in alle ziekenhuizen, kraamcentra, verloskundigenpraktijken en consultatiebureaus. Zorgverleners werden bijgeschoold. In 1997 is een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van instanties die in de pre/postpartum periode contact hebben met moeders, met als doel afstemming en samenwerking. De Amsterdamse aanpak bleek succesvol: het percentage baby's dat met drie maanden borstvoeding krijgt, steeg van 36% ('92/'93) naar 46% ('98/'00) (van der Wal 2001). Voor een succesvolle samenwerking moet uiteraard draagvlak aanwezig zijn binnen de betrokken instellingen. Uit de inventarisatie bleek dat de meeste instellingen/organisaties zich bereid toonden om aan een eventueel samenwerkingsverband mee te werken. Voor het slagen van een samenwerkingsverband zal aan een aantal voorwaarden moeten worden voldaan:
  - er moet bereidheid zijn vanuit managementniveau om mensen, tijd en middelen hiervoor vrij te maken;
  - het doel van een samenwerkingsverband en de verantwoordelijkheden en taken van vertegenwoordigers die hieraan deelnemen moeten vooraf duidelijk zijn vastgelegd;
  - er is een duidelijke regie nodig;
  - er is een planmatige aanpak nodig: waar staan we nu, waar willen we naar toe, hoe gaan we dit aanpakken, met welke middelen en in welk tijdsplan.
- Een ander knelpunt dat aandacht vraagt is de ontoereikende **kennis en vaardigheden** van zorgverleners. Deze ontoereikende kennis blijkt ook uit landelijk onderzoek in opdracht van de Stichting Zorg voor Borstvoeding. Hieruit blijkt dat zorgverleners onvoldoende kennis hebben over borstvoeding en de vaardigheden om succesvol borstvoeding te geven. De in de opleidingen gebruikte leerboeken bieden geen goede informatie over

borstvoeding (Stichting Zorg voor Borstvoeding 2003). De Stichting Borstvoeding zet zich op landelijk niveau in om de kwaliteit van de borstvoedingsinformatie en eindtermen van de opleiding tot bijv. kraamverzorgenden te verbeteren. Op lokaal niveau kunnen instellingen nieuwe medewerkers een bijscholingscursus borstvoeding laten volgen en overige medewerkers met regelmaat een herhalings-/opfriscursus. Uiteraard betekent dit een investering in tijd en geld. Voor de broodnodige eenduidigheid in advisering is het raadzaam om ook bij deze bijscholingen afstemming met elkaar te zoeken. Indien een samenwerkingsverband aanwezig is, zal dit geen probleem vormen. Overigens zijn eerder dit jaar al initiatieven genomen tot een gezamenlijke bijscholing van kraamverpleegkundigen en kraamverzorgenden. Ook OKZ-verpleegkundigen en verloskundigen kunnen hierbij aansluiten. Een positieve ontwikkeling dus.

- De oplossing voor het ontbreken van een lactatiekundigepraktijk kan gezocht worden in het in staat stellen (door instellingen) van zorgverleners die hiervoor belangstelling hebben, een **opleiding tot lactatiekundige** te volgen. Op dit moment is in Zeeland één persoon in opleiding voor lactatiekundige. Dit betekent hopelijk dat in de nabije toekomst Zeeland er een lactatiekundige bijheeft.
- **Meer voorlichting** is één van de actiepunten die door veel instellingen genoemd is. Door meer en betere voorlichting zullen ouders beter geïnformeerd en voorbereid zijn. 'Te weinig melk' is, zoals reeds eerder vermeld, één van de meest genoemde redenen waarom moeders stoppen met borstvoeding. Dit terwijl hier in 99% van de gevallen geen fysiologische basis voor is. Mogelijk draagt betere voorlichting over de werkingsmechanismen van de moedermelk productie (naast informatie over de gezondheidsvoordelen) ertoe bij dat het misverstand over 'te weinig melk' minder voorkomt.  
Het ligt voor de hand om ook de voorlichting over borstvoeding af te stemmen tussen instellingen. Overigens blijkt uit een evaluatie van gezondheidsvoorlichtingsprogramma's ter bevordering van borstvoeding, dat meer kennis bij ouders niet automatisch leidt tot hogere borstvoedingscijfers (Fairbank 2000). Het is daarom belangrijk om bij het ontwikkelen van voorlichting(sprogramma's) eerst in kaart te brengen welke vorm van voorlichting over borstvoeding het meest effectief is. Het Masterplan Borstvoeding van het Voedingscentrum gaat uit van voorlichting-op-maat: de voorlichtingsboodschappen worden afgestemd op karakteristieken van de doelgroep (zgn. 'tailoring').
- Het geringe zelfvertrouwen van veel moeders is tijdens de inventarisatie verschillende malen genoemd als oorzaak van het mislukken of stoppen van borstvoeding. Uit het eerder vermelde onderzoek van IPM i.o. van het Voedingscentrum blijkt *eigen-effectiviteit* inderdaad van grote invloed op de duur van de borstvoedingsperiode (IPM 2002). Voor het vergroten van het zelfvertrouwen lijkt '**peer-counseling**' een effectieve methode om dit te bereiken (Fairbanks 2000). Dit geldt name voor lage SES-groepen, een doelgroep

die met voorlichting vaak moeilijk bereikbaar is. 'Peers' zijn getrainde leken, die meestal zelf positieve ervaring hebben met het geven van borstvoeding. Zij observeren, geven feedback en ondersteunen. Het werk dat vrijwilligersorganisaties zoals LLL en VBN doen is een vorm van 'peer counseling'. Interessant zou zijn te onderzoeken op welke manier deze vorm van ondersteuning in Zeeland (meer) ingezet zou kunnen worden. Dit zou mogelijk in samenwerking gedaan kunnen worden met het Voedingscentrum, waar een peer counseling model wordt ontwikkeld en getest.

- De lastige combinatie '**werken – borstvoeding**' die door meerdere instellingen als oorzaak van het lage borstvoedingscijfer wordt genoemd, is één van de meest genoemde redenen om te stoppen met borstvoeding (zoals bleek uit het TNO-onderzoek dat in hoofdstuk 3 is beschreven). Op de leeftijd van zo'n 13 weken van de baby is dit zelfs de meest genoemde reden. Zoals het Voedingscentrum constateert is onvoldoende bekend wat het probleem hierbij precies is. Heeft het te maken met de geboden faciliteiten, de werkomgeving, de duur van het bevallingsverlof, de onbekendheid met de wet? Nader onderzoek hiernaar is nodig. Een oplossing voor dit probleem is daarom niet eenvoudig te geven. Uit onderzoek bij werkgevers blijken veel werkgevers niet volledig op de hoogte te zijn van de Arbeidstijdenwet, waarin een werkgever verplicht is tijd en ruimte beschikbaar te stellen om te voeden of te kolven (Houtenbos 2002). Meer voorlichting aan werkgevers over deze wet zou hierin verbetering kunnen brengen. Vraag is dan of dit ook betekent dat meer moeders het werken en borstvoeden zullen gaan combineren.
- Het borstvoedingsonvriendelijke klimaat in Nederland is een **maatschappelijk-cultureel** probleem. Door de opkomst van de kunstmatige zuigelingenvoeding vanaf begin vorige eeuw daalde het borstvoedingspercentage dramatisch met als dieptepunt de jaren '70. Het gevolg is dat de ervaring in het geven van borstvoeding in onze samenleving is afgenomen. Moeders van nu kunnen meestal niet terugvallen op de ervaring van hún moeder omdat deze haar kroost meestal met kunstvoeding heeft grootgebracht. Dat kunstvoeding nog steeds de norm is in Nederland wordt geïllustreerd door een recent onderzoek waaruit blijkt dat bijna de helft van de Nederlanders borstvoeden in het openbaar niet normaal vindt (Voedingscentrum 2002). Uiteraard is aan het borstvoedingsonvriendelijk klimaat in Nederland vanuit regionaal opzicht weinig te veranderen. Het enige wat instellingen die te maken hebben met (toekomstige) moeders hieraan kunnen bijdragen, is uitstralen dat borstvoeding de normaalste zaak van de wereld is en goede informatie en ondersteuning bieden aan voedende moeders.
- Het onbekende en negatieve **imago van borstvoedingsorganisaties** lijkt vooral een zaak van deze organisaties zelf. Wel is het raadzaam deze organisaties bij een eventueel samenwerkingsverband te betrekken of in ieder geval (zo er geen samenwerkingsverband komt) er meer mee samen te werken. Zij hebben veel kennis over en ervaring met

borstvoeding in huis. Zij zouden tevens een belangrijke rol kunnen spelen in mogelijke peer counseling projecten.

## 5. Conclusie en aanbevelingen

Gezien de vele positieve gezondheidseffecten van borstvoeding en het lage borstvoedingscijfer in Zeeland (zoals in de rest van Nederland) zal een verhoging van het percentage moeders dat borstvoeding geeft een aanzienlijke gezondheidswinst kunnen opleveren.

Uit de inventarisatie bij de Zeeuwse instellingen blijken de belangrijkste knelpunten: gebrek aan eenduidigheid in de advisering, onvoldoende kennis en vaardigheden zorgverleners t.a.v. borstvoeding, ontbreken van continuïteit in de borstvoedingszorg, ontbreken van een regionaal borstvoedingsprotocol, ontbreken van een lactatiekundige praktijk, onvoldoende voorlichting over borstvoeding, onvoldoende tijd voor begeleiding, ouders niet genoeg voorbereid en onzeker, moeilijke combinatie werken-borstvoeding, borstvoedingsonvriendelijk klimaat in Nederland en een negatief imago van borstvoedingsorganisaties.

De gesignaleerde knelpunten leveren voldoende aanknopingspunten op voor verdere acties om het borstvoedingspercentage in Zeeland te verhogen. Samenwerking en afstemming zijn hierbij de sleutelwoorden.

Aanbevelingen:

- Oprichten van een provinciaal samenwerkingsverband met hierin afgevaardigden van de Zeeuwse instellingen betrokken bij de zorg voor borstvoeding.
- Menskracht, tijd en daarmee dus geld, vrijmaken voor realisering van dit samenwerkingsverband.
- Vooraf het doel van dit samenwerkingsverband en taken en verantwoordelijkheden van de deelnemers duidelijk vastleggen.
- Planmatige aanpak door het samenwerkingsverband van de gesignaleerde knelpunten.
- Borstvoedingsorganisaties en een lactatiekundige een plaats geven in het samenwerkingsverband, vanwege hun specifieke expertise op het gebied van borstvoeding.
- Prioriteit geven aan bijscholing van zorgverleners.
- Zorgverleners met belangstelling hiervoor in staat stellen tot het volgen van een opleiding tot lactatiekundige.
- Bij het ontwikkelen van voorlichting(s)programma's vooraf onderzoek doen naar de meest effectieve methode van borstvoedingsvoorlichting.
- Activiteiten ten aanzien van scholing en voorlichting op het gebied van borstvoeding coördineren binnen een samenwerkingsverband.
- De mogelijkheid onderzoeken tot het ontwikkelen van peer counseling programma's in samenwerking met borstvoedingsorganisaties.
- Opzetten van een registratie waarbij regelmatig op systematische wijze borstvoedingscijfers op Zeeuws niveau worden verzameld (zal informatie opleveren over het effect van een samenwerkingsverband of andere initiatieven op dit gebied).



Voor het slagen van een samenwerkingsverband is een duidelijke regie nodig. De GGD Zeeland is bereid deze taak op zich te nemen mits hier draagvlak voor is uiteraard. Hoewel de GGD Zeeland niet direct belanghebbende is op dit terrein (zorg voor 0-jarigen valt niet onder de GGD), is zij dat wel ten aanzien van de effecten van borstvoeding op de langere termijn. Borstvoeding werkt immers preventief tegen een aantal ziekten en aandoeningen en draagt daarmee bij aan gezondheidsbevordering van de Zeeuwse bevolking.

Tevens zou de GGD een bijdrage kunnen leveren aan een registratie waarmee borstvoedingscijfers op Zeeuws niveau worden verzameld.

Tot slot:

Dit rapport geeft een globaal inzicht in de borstvoedingssituatie in Zeeland. De belangrijkste aanbevelingen zijn gebaseerd op informatie die de Zeeuwse instellingen *zelf* geleverd hebben. Tijdens een werkconferentie zullen de resultaten van de inventarisatie en de hierop gebaseerde aanbevelingen besproken worden met alle betrokkenen. Hopelijk zal dit de eerste stap zijn op weg naar meer Zeeuwse kinderen aan de borst.

## Literatuurlijst

Alm B, Wennergren G et al. Breastfeeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia 1992-95. Arch Dis Child 2002 86: 400-402.

Angelsen NK, Vik T et al. Breastfeeding and cognitive development at age 1 and 5 years. Arch Dis Child 2001 85: 183-188.

Bener A, Denic S et al. Longer breast-feeding and protection against childhood leukaemia and lymphomas. Eur J Cancer 2001 37 (2): 234-238.

Brugman E., Reijneveld SA et al Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg PGO-peiling 1997/1998. Melkvoeding en huilgedrag van zuigelingen/Psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen. 1999. TNO-rapport PG/JGD/99.35.

Burgmeijer RJF. Groei van borstgevoede kinderen. In: De vierde Landelijke groeistudie (1997). Presentatie nieuwe groeidiagrammen. Leiden: TNO-PG en LUMC afd. Kindergeneeskunde. 1998.

Burgmeijer RJF, Reijneveld SA. Motieven om te stoppen met borstvoeding. Gegevens uit de PGO-Peiling Jeugdgezondheidszorg 1997/1998 in vergelijking met gegevens uit de literatuur. 2001. TNO-rapport PG/JGD/2001.051.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet 2002 360 (9328):187-95

Fairbank L, O'Meara S. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Technol Assess 2000 4 (25): 1-171

Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. J Pediatr 2001 139 (2): 261-6

Gillman MW, Rifas-Shiman SL et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. JAMA 2001 285 (10): 2461-2467

Hagen EE van, Wouwe JP van et al. Peiling veilig slapen 1999. Leiden TNO-PG 2000. TNO-rapport PG/JGD/2000.047.

Houtenbos L. Hand in eigen boezem. Wetenschapswinkel VU Amsterdam 2002

Inspectie voor de Gezondheidszorg. IGZ bulletin, Voeding van zuigelingen en peuters. Den Haag: 1999.

IPM Research & Advies. Onderzoek naar de motieven en 'succesfactoren' om borstvoeding te blijven geven. 2002.

Ivarsson A, Hernell O et al. Breast-feeding protects against celiac disease. Am J Clin Nutr 2002 75 (5): 914-21

Kramer MS, Chalmers B et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001 285 (4): 413-40

Kries R von, Koletzko B et al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. BMJ 1999 319 (7203): 147-150

Lanting CI, Herschderfer K. et al. Peiling melkvoeding van zuigelingen 2000/2001 en het effect van certificering op de borstvoedingscijfers. Tussentijdse rapportage in het kader van het project "Zorg voor Borstvoeding 2000 tot 2003" januari 2002 (a) TNO-rapport 2001.252.

Lanting CI, Herschderfer K. et al. Peiling melkvoeding van zuigelingen 2001/2002 en het effect van certificering op de borstvoedingscijfers. Tussentijdse rapportage in het kader van het project "Zorg voor Borstvoeding 2000 tot 2003" december 2002 (b) TNO-rapport 2002.309

Liese AD, Hirsch T et al. Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10-year old children in Germany. Int J Obes Relat Metab Disord 2001 25 (1): 1644-1650

McKinney PA, Parslow R et al. Perinatal and neonatal determinants of childhood type 1 diabetes. A case control study in Yorkshire, UK. Diabetes Care 1999 22(6): 928-932

Naylor AJ. Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in the twenty-first century. Pediatr Clin North Am 2001 48 (2): 475-83

Oddy WH, de Klerk NH et al. The effects of respiratory infections, atopy, and breastfeeding on childhood asthma. Eur Respir J 2002 19 (5) : 899-905

Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM Bilthoven.

Perrillat F, Clavel J et al. Day-care, early common infections and childhood acute leukemia: a multicentre French case-control study. Br J Cancer 2002 86 (7) : 1064-9

Rutz SI, Overberg RI et al. Brancherapport Preventie '98-'01. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002

Stichting Zorg voor Borstvoeding: [www.zvb.borstvoeding.nl](http://www.zvb.borstvoeding.nl)

Voedingscentrum. Masterplan Borstvoeding 2002-2006. Voedingscentrum Den Haag, december 2002

WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneve 2001

Wijga A, Vos-Wolse A. Borst- of flesvoeding: cijfers van het PIAMA-onderzoek. JGZ 2002 (1): 7-10.

Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. Public Health Nutr 2001 4(2B): 631-645