

UWZ  
J 43

G. A. de Jonge

---

# BEVORDERING VAN BORSTVOEDING

juli 1978

## BEVORDERING VAN BORSTVOEDING

Dr. G.A. de Jonge\*

Hoe weinig kinderen in Nederland borstvoeding krijgen, blijkt duidelijk uit gegevens van de zuigelingen-consultatiebureaus over de voeding op de leeftijd van drie maanden (tabel 1). De provincies lopen hierbij uiteen vooral door een verschil in tempo waarin de borstvoeding na 1950 afnam. Pas in de laatste paar jaren neemt borstvoeding toe, zoals gegevens van de kraamzorg aantonen: voor het eerst in 1976 dronken op het einde van de georganiseerde kraamzorg thuis (meestal op de tiende dag na de bevalling) meer kinderen aan de borst dan in het voorgaande jaar (tabel 2).

Tabel 1. Aard van de voeding van zuigelingen op de leeftijd van 3 maanden (percentuele verdeling); gegevens van de zuigelingen-cb's in Nederland (verslagen GHI)

voeding	borst	borst + fles	fles	onbekend
	%	%	%	%
1953	42	17	36	6
1958	36	16	45	3
1963	30	13	55	3
1968	19	13	66	1
1973	11	8	79	2
1975	11	6	82	1
1976	11	-	-	-

Zeker in het eerste levenshalfjaar is borstvoeding in het algemeen de beste voeding voor de gezonde zuigeling en meestal ook voor de zieke zuigeling. Tal van publicaties, waaronder vele recente, ondersteunen deze stelling; zij blijven hier onbesproken. In dit artikel gaat het uitsluitend over het bevorderen van de goede zorg voor de gezonde jonge zuigeling, en meer in het bijzonder over het bevorderen van borstvoeding aan kinderen die in een ziekenhuis worden geboren.

\*Werkveld Jeugd van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Leiden

Tabel 2. Percentage pasgeborenen met borstvoeding op het einde van georganiseerde kraamzorg thuis, Nederland 1970-1976 (GHI 1976)

jaar	percentage pasgeborenen met kraamzorg dat uitsluitend borstvoeding krijgt
1970	61
1971	57
1972	52
1973	47
1974	46
1975	45
1976	49

*Enquête*

In deze bespreking wordt het resultaat van een onderzoek betrokken dat in het voorjaar van 1978 met medewerking van 30 kinderartsen werd ingesteld naar de voedingsgewoonten en voedingsomstandigheden van gezonde pasgeborenen in 32 ziekenhuizen en 1 kraamkliniek. Een deel van deze kinderartsen werd benaderd als deelnemers aan een post-graduate cursus kindergeneeskunde in Haarlem (respons 76%); de overigen op grond van hun persoonlijke relatie met de auteur (respons 90%). Het lijkt aannemelijk dat deze steekproef als geheel geen ongunstige vertekening geeft van de werkwijze in Nederlandse klinieken. Gestreefd werd naar representativiteit in alle opzichten. Het aantal bevallingen in deze 33 klinieken loopt uiteen van ongeveer 200 tot 1400 per jaar. In het jaar 1977 waren er in totaal 21.005 vrouwen bevallen, hetgeen overeenkomt met circa 17% van alle ziekenhuisbevallingen in dat jaar. Gegevens over deze klinieken zijn vermeld in tabel 3 en figuur 1.

Tabel 3. Gegevens over de 33 klinieken die betrokken waren in een onderzoek naar de voedingsgewoonten en voedingsomstandigheden van gezonde pasgeborenen

Aard van de kliniek

universitaire kliniek	2
niet-universitaire kliniek	30
kraamkliniek	1

Verdeling van de klinieken naar aantal bevallingen (1977)

aantal	klinisch	poliklinisch	totaal
0- 199	2	23	2
200- 399	14	7	6
400- 599	8	2	10
600- 799	6	1	6
800- 999	2		3
1000-1199	1		4
1200-1399			2

Totaal aantal bevallingen

aantal levendgeborenen in Nederland	173.106
waarvan in klinieken	± 123.000
aantal bevallingen in de 33 betrokken klinieken	21.005
waarvan klinisch	15.648
en poliklinisch	5.357

Pediatriesch routine-onderzoek (per 1-1-1978)

na klinische geboorte	26 wel	7 niet
na poliklinische geboorte	8 wel	21 niet

(in vier klinieken vonden geen poliklinische bevallingen plaats)

Figuur 1. Ligging van de 33 klinieken waarin gegevens werden verzameld

---



---

*Algemene opmerking*

Hoe komt het dat zoveel kinderen géén borstvoeding krijgen? Hiervoor zijn tal van factoren van betekenis (zie o.a. MacKeith e.a. 1977, CIBA 1976). Deze zijn gelegen in de gesteldheid van de moeder, van het kind, van het gezin en/of van de buitenwereld. Vele factoren zijn voor de hulpverlening ongrijpbaar, ontoegankelijk voor verandering. Andere lenen zich daartoe wel.

Eén waarschuwing vooraf: de invloed van hulpverleners is tamelijk beperkt. Borstvoeding is een natuurlijke activiteit van moeder en kind, ingebed in de cultuur; het is een kunstvaardigheid overgedragen van moeder op dochter, van vrouw op vrouw. Borstvoeding is geen apparaat

dat door een arts kan worden aangezet of uitgeschakeld. Het is een ingenieus proces zoals het bespelen van een muziekinstrument. Daarin klinkt mee de wijze waarop de moeder haar eigen lichaam beleeft, de waardering die zij en haar omgeving koesteren voor de borst als sexueel orgaan en als voedingsbron, en ook haar verborgen gevoelens van angst en schaamte.

Het is goed ons te realiseren dat het al dan niet geven van borstvoeding raakt aan een intieme beleving van de moeder en dat het h aar keuze is, niet die van de hulpverlener. Haar eigen ervaringen als zuigeling, als kind, als adolescent, haar belevenissen in deze zwangerschap, eventueel in eerdere zwangerschappen, de toedracht van de bevalling: dat alles bepaalt haar keuze van voeden. Anderzijds is het evident dat een goede hulpverlening de moeder zeer wel van dienst kan zijn en dat op drie manieren.

Ten eerste bij de *besluitvorming*: hoe zal ik mijn kind gaan voeden? De hulpverlener zal moeten leren goed te luisteren naar ervaringen, opvattingen en plannen van de aanstaande moeder. Daarop aansluitend zal hij in gespreksvorm de nodige informatie geven en misvattingen pogen te corrigeren. Hij dient dus een helpende dialoog te voeren ten dienste van haar besluitvorming.

Ten tweede kan men de moeder helpen door het scheppen van *condities* die gunstig zijn voor borstvoeding, zoals het vermijden van onnodige ingrepen, het vermijden van onnodige scheiding tussen moeder en kind, de bevordering van de moeder-kind-relatie en de zorg voor rust, gezondheid, gezelligheid en ontspanning.

Ten derde zal er gezorgd moeten worden voor *praktische hulp* bij het op gang komen, het geven en het volhouden van borstvoeding. Deze hulp vereist kennis en ervaring, tact en toewijding.

Deze drie aspecten van hulpverlening inzake borstvoeding (goede gesprekken, goede condities en goede hulp) zijn in de praktijk toebedeeld aan de volgende groepen van hulpverleners:

- degenen die de vrouw in zwangerschap, bevalling en kraambed begeleiden: huisartsen, verloskundigen, vrouwenartsen;
- degenen die de kraamverpleging en de kraamverzorging behartigen, thuis en in ziekenhuizen: verpleegkundigen en kraamverzorgsters;
- degenen die in de ziekenhuizen in het bijzonder betrokken zijn bij de zorg voor gezonde en zieke zuigelingen: vrouwenartsen, verpleegkundigen en kinderartsen;

- degenen die betrokken zijn bij de verdere begeleiding van gezonde zuigelingen: wijkverpleegkundigen en CB-artsen, en tenslotte
- degenen die bij uitstek geschikt kunnen zijn om onervaren aanstaande moeders tijdens de zwangerschap op borstvoeding voor te bereiden en hen na de bevalling bij het geven van borstvoeding terzijde te staan: de moeders met eigen ervaring. In de laatste jaren hebben deze zich in verscheidene landen georganiseerd tot 'La Lèche League' of kortweg de 'LLL', een vereniging met een wetenschappelijke adviesraad, uitgebreide documentatie, kadertraining, kringwerk en individuele hulpverlening. In ons land werd in april 1978 met eenzelfde doelstelling de vereniging 'Borstvoeding Natuurlijk' opgericht.

#### *Beleid en maatregelen*

1. Bevordering van borstvoeding vereist een *systematisch beleid* waarin de vele hulpverleners goed op elkaar inspelen. Hiervoor is onderling beraad gewenst, zowel op landelijk als op plaatselijk niveau. In een ziekenhuis betekent dit een regelmatig werkoverleg vooral tussen vrouwenarts, hoofdverpleegkundige van de kraamafdeling en kinderarts. Daarbuiten vooral tussen huisartsen, verloskundigen en kraamverzorgsters. Landelijk is er behoefte aan een overlegorgaan waarin de betrokken beroepsgroepen en de deskundige moeders zijn vertegenwoordigd.

Het is nuttig inzicht te hebben in het percentage kinderen dat borstvoeding krijgt en in de duur van deze voeding en ook dat vooral plaatselijk. Zonder controle op het effect is alle inspanning om borstvoeding te bevorderen een dubieuze zaak. Op ziekenhuisniveau is daartoe nodig dat met name het trio vrouwenarts-hoofdverpleegkundige-kinderarts tenminste op de hoogte is van het percentage kinderen dat na een klinische bevalling met borstvoeding wordt ontslagen (liefst verdeeld in de categorieën volledige en gedeeltelijke borstvoeding).

Welnu, van de geënquêteerde klinieken was dit slechts in drie het geval (tabel 4), en dat voor het eerst in 1977.

2. Tot de *zwangerschapszorg* door huisartsen, verloskundigen en vrouwenartsen behoren gesprekken over de voeding van het verwachte kind, waarin aandacht wordt besteed aan:

Tabel 4. Percentage borstvoeding bij ontslag

Vraag: Is het percentage bekend van moeders en kinderen die na een klinische bevalling met borstvoeding (geheel of gedeeltelijk) uit het ziekenhuis worden ontslagen?

---

Antwoorden: in 1976	onbekend	33	bekend	0
in 1977	onbekend	30	bekend	3

---

- vragen naar vroegere ervaringen
- vragen naar plannen voor dit kind
- corrigeren van misvattingen
- adviezen over de verzorging van de borsten tijdens deze zwangerschap
- informatie over de voor borstvoeding gunstige gedragslijn (zie de onderstaande punten)
- informatie over de moedercursussen verzorgd door de kruisvereniging
- informatie over een plaatselijke gespreksgroep gewijd aan borstvoeding.

Deze onderwerpen behoren aan de orde gesteld te worden als de a.s. moeder daar behoefte aan heeft en bovendien steeds in het begin van de zwangerschap. De mondelinge voorlichting kan worden ondersteund door het verstrekken van gedrukte informatie, bijvoorbeeld het vouwblad van de vereniging 'Borstvoeding Natuurlijk'.

Momenteel bestaat er nog pas in enkele plaatsen een gespreksgroep over borstvoeding.

3. Het is van belang dat het kind direct na het afnavelen *bloot bij zijn moeder* komt te liggen, bloot tegen haar bovenlichaam, waarbij het gerust aan haar borst mag zuigen. Het is bewezen dat dit vroege contact voor het slagen van de borstvoeding en voor het groeien van een goede moeder-kind-relatie van grote betekenis is. Bovendien wordt door deze handelwijze de contractiliteit van de uterus en daardoor de uitdrijving van de placenta gestimuleerd. Het wegen van het kind, het medisch onderzoek en eventueel het indruppelen van de ogen volgens Credé worden dan pas daarna uitgevoerd. Er is voor dit direct-neonatale contact een dubbel voorbehoud te maken: ten eerste moet het kind goed beschermd worden tegen afkoeling door toedekken van moeder en kind, en ten tweede moet er geen medische contra-indicatie



bestaan zoals problemen met de ademhaling en prematuriteit.

In de enquête werd gevraagd of pasgeboren kinderen gedurende tenminste vijf minuten bloot huidcontact met de moeder hadden; dit bleek in 11 klinieken een min of meer vaste gewoonte (tabel 5).

Het is overigens aan te bevelen om een langere periode aan te houden, bijv. 15 minuten, en deze blote contacten zeker in de eerste dagen te herhalen.

Tabel 5. Bloot huidcontact na de geboorte

---

*Vraag: Wordt het kind direct na de geboorte (zo nodig wel toege-  
dekt) gedurende tenminste vijf minuten op of tegen zijn  
moeder aangelegd?*

Antwoorden:	nee	10
	zelden	4
	soms	8
	meestal	3
	in de regel ja	8

---

4. Moeder en kind horen bij elkaar, liefst *op één kamer*, zowel overdag als 's nachts. Of de kraamperiode zich nu thuis of in een ziekenhuis afspeelt, het is een natuurlijke zaak dat moeder en kind ruimtelijk bijeen zijn. De visuele en auditieve prikkels van kind naar moeder zijn stimulerend voor de melkvorming. Ook voor andere facetten van de normale relatie tussen het kind en zijn ouders wordt ligging op één kamer, en dan liefst vrij dicht bij elkaar, gunstig geacht.

Er zijn in ons land maar weinig ziekenhuizen waar deze ideale situatie voor het gehele etmaal is gerealiseerd. In de geënuquëteerde klinieken was dit nergens het geval. Van de in totaal 15.648 klinisch bevallen moeders lag juist 30% alleen overdag samen met haar kind; eveneens 30% van de moeders en kinderen waren gedurende de kraamperiode (uitgezonderd de voedingstijden) door glas gescheiden ('s nachts door een gordijn gesloten) en 40% van hen was door tenminste één muur onderling gescheiden (tabel 6).

Ook thuis is het in toenemende mate gebruikelijk geworden het kind reeds direct na de geboorte op een eigen kamertje te leggen, waar soms ook een aankleedtafel, een badje en een weegschaal staan opgesteld. Alleen door goede voorlichting vroeg in de zwangerschap is

een betere opstelling (het kind bij de ouders op de kamer) te bereiken. Zelfs op een kleine slaapkamer zal voor een eenvoudig wiegje wel een plekje zijn te vinden. Alleen wanneer zich daartoe een bijzondere reden voordoet wordt het kind dan gedurende enkele uren apart geplaatst.

Tabel 6. Ligging van moeders en pasgeborenen

---

Vraag: *Hoe liggen de moeders en de pasgeborenen na een klinische bevalling op de kraamafdeling?*

Antwoorden: Uit de antwoorden is berekend dat na een klinische bevalling

0 % dag en nacht op één kamer ligt

30 % alleen overdag op één kamer ligt

30 % op aparte kamers ligt door glas gescheiden, en

40 % op aparte kamers ligt door tenminste één muur gescheiden

---

5. Een goed voedingsbeleid vereist een *goed weegbeleid*, dat als volgt is te preciseren:
- bepaling van het geboortegewicht nadat het kind bij zijn moeder heeft gelegen;
  - niet wegen vóór en na iedere borstvoeding! Dit telkens wegen van de hoeveelheid gegeven voeding maakt de moeder (en ook de verpleegkundige) onzeker en is daardoor ongunstig voor de borstvoeding. Eenmaal wegen per dag is zeker voldoende en vermoedelijk in vele gevallen reeds te frequent.  
In de overgrote meerderheid der geënuquëteerde klinieken werd wel iedere borstvoeding gewogen, meestal gekoppeld aan een stringent systeem van bijvoeden. Slechts in 3 ziekenhuizen weerhield men zich van deze dubbele wegingen (tabel 7);
  - na de kraamperiode is in de eerste vier levensmaanden eenmaal wegen per 1 à 2 weken voldoende; deze controle op 'stille ondervoeding aan de borst' is dikwijls onmisbaar (Evans & Davies 1977).

Tabel 7. Wegen vóór en na iedere borstvoeding

---

Vraag: *Wordt het kind vóór en na elke borstvoeding gewogen om na te gaan hoeveel het gedronken heeft?*

Antwoorden: ja 30

nee 3

---

6. Het is voor het op gang komen en op peil houden van de melkvorming van belang dat het kind meer gevoed wordt op eigen verzoek ('demand-feeding') dan op vaste voedingstijden ('clock-feeding'). Bij *demand-feeding* wordt het kind als regel gevoed als het zich daartoe meldt en dat *zowel overdag als 's nachts*. Het aantal voedingen kan daarbij vooral in de eerste week wel oplopen tot circa 10 per etmaal, maar komt gewoonlijk reeds spoedig terecht op 6 à 7. Wanneer de baby zich overdag na 4 of 5 uur niet zou melden is uiteraard extra aandacht nodig. De duur van de voedingen en de vraag of het kind aan één kant of aan beide kanten drinkt, wordt in principe overgelaten aan het inzicht van moeder en kind. Een dergelijk ad libitum beleid blijkt ook in een ziekenhuis goed te realiseren, zelfs als moeder en kind niet op één kamer worden verpleegd (Cruse e.a. 1978). In ons land wordt demand-feeding in ziekenhuizen maar ook thuis weinig toegepast. In geen van de geënquêteerde klinieken werd op deze wijze gevoed; overal werd de pasgeborene op vaste tijden bij zijn moeder gebracht (tabel 8).

Tabel 8. Clock-feeding versus demand-feeding

---

Vraag: *Wanneer een kind op de kraamafdeling borstvoeding krijgt, worden dan als regel bepaalde voedingstijden aangehouden?*

Antwoorden: clock-feeding 33  
demand-feeding 0

---

Wanneer een kind dat overdag borstvoeding krijgt in de nacht huilt kan de verpleegkundige op verschillende manieren reageren. De meest natuurlijke oplossing is dat het kind dan gelegenheid krijgt aan de borst te drinken. Het kind zuigt dan in het algemeen krachtig wat het goed op gang komen van de lactatie bevordert. Om de moeder rust te gunnen kiest men helaas meestal voor een andere oplossing. Van de geënquêteerde klinieken was er één waar men als regel en één waar men soms een huilende baby 's nachts bij zijn moeder bracht. In de overige klinieken was het beleid zo dat men het kind liet huilen of hem een schone luier gaf, dan wel hem (glucose-)water of een fles met kunstvoeding te drinken aanbod (tabel 9).

Tabel 9. Verpleegkundig handelen bij nachtelijk huilen

Vraag: *Wat doet de verpleging gewoonlijk als op de kraamafdeling een baby met borstvoeding 's nachts huilt?*

Antwoorden: men laat in het algemeen huilen	3
men geeft kunstvoeding	8
men geeft wat water of glucose-oplossing	23
men brengt het kind naar zijn moeder voor een borstvoeding	2
men probeert het op een andere manier te kalmeren	12

Opm: in sommige klinieken werd meer dan één antwoord gegeven

7. Wanneer een kind *onvoldoende borstvoeding* krijgt zal het zich gewoonlijk zelf melden om vaker gevoed te worden. Frequentere voedingen stimuleren de melkvorming waardoor vraag en aanbod in evenwicht komen. Door dit mechanisme krijgt het kind in de regel de moedermelk in voor hem voldoende hoeveelheden.

Het kan gebeuren dat het kind desondanks ondervoed raakt, vooral indien er omstandigheden zijn die borstvoeding nadelig beïnvloeden. Het kind komt dan (na de eerste dagen waarin gewichtsvermindering een normaal verschijnsel is) onvoldoende aan in gewicht. Beoordeling van de algemene conditie (levendigheid, voedingstoestand, vochttoestand, diurese) behoort echter zeker zo zwaar te tellen als het gewicht van het kind. Reeds werd betoogd dat het wegen voor-en-na-de borstvoeding beter achterwege kan blijven; het is ongewenst om het bijvoeden te baseren op dergelijke frequente wegen.

In de meeste geënuquëeerde klinieken ging het al of niet bijvoeden (en de dosering daarvan) wel uit van deze zog-weging. Het daarbij toegepaste doseringsschema is niet overal hetzelfde (tabel 10). Dat ook 's nachts nogal eens een kunstvoeding wordt gegeven - in de regel voor de borstvoeding ongunstig - werd reeds vermeld in tabel 9.

Tot de normale toevoegingen aan het menu van een borst-kind zijn te rekenen (Committee on Medical Aspects of Food Policy 1975):

- vanaf 6 à 8 weken: een vitamine A-D preparaat (800 I.E. vit D per dag), fluor (1 fijn gemaakt tablet natrium-fluoride à ¼mg per dag), vruchtesap (bijv. het sap van een halve sinaasappel of 1 eetlepel rozebottelsap)
- vanaf 4 maanden: groente

Tabel 10. Het beleid van bijvoeden in de eerste levensweek

---

Vraag: *Wat is op de kraamafdeling het beleid inzake bijvoeden in de eerste levensweek?*

Antwoorden: Het geven van bijvoeding en de daarbij voorgeschreven hoeveelheid berust:

- a. vooral op regelmatige zog-weging in 31 klinieken;
- b. vooral op dagelijks lichaamsgewicht en algemene toestand in 2 klinieken.

De aangevulde hoeveelheid is in het algemeen opklimmend, veelal volgens een schematische behoefte-berekening, zoals

6 x 10-20-30-40-50-60-70 (in 14 klinieken), of

6 x 15-30-45-60-70-80 (in 2 klinieken), of

een hoeveelheid gebaseerd op aantal levensdagen en geboortegewicht (in 3 klinieken)

---

- vanaf 5 maanden: aardappel
- vanaf 6 maanden: vlees of vis of een half ei.

8. Het is zeker in een samenleving waarin borstvoeding zo ongewoon is geworden als in ons land, van groot belang dat de zogende moeder *deskundige hulp* heeft. De normale gang van zaken is haar veelal vreemd en tal van kleinere problemen kunnen zich voordoen. De houding van moeder en kind tijdens de voeding, het aanbieden van de tepel, ingetrokken tepels, tepelkloven, gestuwde borsten, een driftig kind, een slaperig kind - in vele opzichten kan technische maar ook emotionele steun nodig zijn. Een opgewekte, toegewijde, kundige hulp is vooral in de kraamperiode van niet te onderschatten betekenis. Bovendien moet zij over voldoende tijd beschikken en bij voorkeur niet wisselen in de eerste tien dagen. Op dit laatste punt heeft de kraamzorg thuis een voorsprong boven de ziekenhuis-situatie. In de 33 klinieken werd de hoofdverpleegkundige van de kraamafdeling gevraagd of zij tevreden was over de beschikbare tijd en over de vaardigheid en attitude van haar (leerling-)verpleegkundigen ten aanzien van het helpen bij borstvoeding. Velen waren in beide opzichten tevreden, anderen hadden twijfels of zorgen (tabel 11). Vooral waren er zorgen over de vaardigheid van leerling-verpleegkundigen die door de omstreeks 1970 veranderde opleidingseisen in grote getale

gedurende slechts een korte periode op de kraamafdeling werkzaam zijn.

Tabel 11. De hulp van (leerling-)verpleegkundigen bij borstvoeding

Vraag: *Heeft de hoofdverpleegkundige de overtuiging dat de (leerling-)verpleegkundigen in het algemeen voldoende tijd, resp. een goede attitude en vaardigheid hebben om de moeders goed te helpen bij het voeden?*

Antwoorden:	ja	dubieus	nee
voldoende tijd	25	3	5
voldoende attitude en vaardigheid	15	10	8

9. *Contra-indicaties.* Er zijn soms omstandigheden waarin het beter is geen borstvoeding te geven.

- a. *Ziekte van de moeder.* Bij open tuberculose of kinkhoest van de moeder is intiem contact tussen moeder en pasgeborene minder gewenst, althans in landen waar goede kunstvoeding gegeven kan worden. Andere infectieziekten zijn zelden een contra-indicatie; ook mastitis is doorgaans geen reden om borstvoeding te onderbreken (Brit.Med.J. 1976). De meeste andere aandoeningen, waaronder diabetes mellitus, leveren als regel ook geen bezwaar.
- b. *Geneesmiddelengebruik door de moeder.* De meeste geneesmiddelen van de moeder komen voor een deel in de melk terecht, wat soms bezwaarlijk is voor het kind (Swart e.a. 1972). Een absolute contra-indicatie voor borstvoeding is het gebruik van o.a. cytostatica en schildklierremmende middelen. Bij de meeste anti-epileptische middelen kan men wel borstvoeding geven; wanneer het kind er echter slaperig van wordt, is overleg met de neuroloog over keuze en dosering van het middel (of van de middelen) aangewezen. Bij anti-stollingstherapie heeft heparine (viermaal daags intraveneus) de voorkeur doordat dit middel niet in de melk terecht komt; wordt een oraal anti-stollingsmiddel gebruikt, dan is het zeker wenselijk aan het kind extra vitamine K te geven (bijv. tweemaal per week 1 mg Konaktion per os of intramusculair). Ten aanzien van contraceptie is het volgende op te merken: indien contraceptie in de lactatieperiode werkelijk wenselijk is, schrijve men beter geen medicamenteus

contraceptivum voor; besluit men toch tot medicamenteuze contra-ceptiva dan hebben de minipil en de prikpil de voorkeur boven de andere middelen, die de melkvorming dikwijls doen afnemen.

In de enquête werd gevraagd naar het beleid inzake borstvoeding indien de moeder anti-epileptische, anticoagulerende of contra-ceptieve medicatie kreeg. De antwoorden liepen zeer uiteen (tabel 12); nogal eens werd in deze gevallen routinematig het geven van borstvoeding ontraden.

Tabel 12. Borstvoeding bij geneesmiddelgebruik door de moeder

Vraag: *Wanneer de moeder na de bevalling één of meer geneesmid-  
delen gebruikt, wat is dan het beleid inzake borstvoeding?*

Antwoorden:	ontraden	toegestaan
bij anti-epileptica	24	9
bij orale anticoagulantia	10	23
bij orale contraceptiva	6	27

c. *Ziekten van het kind.* Er zijn enkele zeldzame aandoeningen, zoals fenylketonurie (PKU) en galactosemie, waarbij een speciale kunstvoeding noodzakelijk is en borstvoeding gecontraïndiceerd is. Zeer prematuur geboren kinderen zijn in de regel niet in staat om aan de borst te zuigen; de keuze gaat dan tussen afgekolfde moedermelk en kunstvoeding. Niet altijd blijkt bij prematuren moedermelk de beste keus; individueel zal hierover beslist moeten worden.

Dijwijls doet zich de vraag voor of geelzucht van de pasgeborene een reden is om tijdelijk kunstvoeding te geven. Hierover valt te zeggen dat borstvoeding bij gezonde kinderen vrijwel nimmer leidt tot een verhoogd bilirubine-gehalte bij het kind. Schadelijke gevolgen voor het kind zijn hiervan niet beschreven. Wanneer zich bij een pasgeborene met borstvoeding geelzucht voordoet kan in de regel de borstvoeding normaal worden voortgezet; uiteraard is het - zowel bij borstvoeding als bij flesvoeding - nodig dat de kinderarts bij elke icterus die in het eerste etmaal verschijnt en bij elke intensieve icterus met spoed de vele mogelijke oorzaken hiervan nagaat.

Bij kinderen met erythroblastosis (door antagonisme ten aanzien van de rhesusfactor, bloedgroep A of bloedgroep B) is het beter om

in de eerste dagen de moedermelk af te kolven, te koken en pas daarna te geven.

10. *Het opnemen van een pasgeborenen op de 'afdeling prematuren-en-andere-zieke pasgeborenen' beïnvloedt de kansen op borstvoeding na-  
deling. De afstand is dan meestal nog groter dan bij een gescheiden  
verzorging op de kraamafdeling en er is ook meer isolatie van het  
kind. Direct contact tussen moeder en kind is er niet of is er  
slechts zeer beperkt mogelijk. Bovendien zullen de overplaatsing  
zelf en de aanleiding daartoe dikwijls leiden tot bezorgdheid en  
onzekerheid bij de ouders, hetgeen voor het slagen van de borstvoe-  
ding vermoedelijk van betekenis is.*

Het percentage pasgeborenen dat wordt overgeplaatst loopt vermoede-  
lijk van ziekenhuis tot ziekenhuis nogal uiteen. Binnen een zieken-  
huis wordt het mede bepaald door de redenen van de ziekenhuis-beval-  
ling. Veel voorkomende redenen tot overplaatsing zijn o.a. prematuri-  
tas, dysmaturitas en ademhalingsproblemen. Verder gelden in sommige  
klinieken - o.i. op dubieuze gronden - bepaalde kunstverlossingen op  
zich een routine-indicatie voor overplaatsing. Mede omdat het percen-  
tage door kunstverlossing geboren kinderen in Nederland tussen 1969  
en 1976 opliep van 4,53 naar 7,81 (Hoogendoorn 1978) is dit een be-  
langrijk punt.

Welnu, in 12 klinieken bestond de gewoonte een kind dat met een kei-  
zersnede is geboren, als regel voor enige tijd over te plaatsen.  
Voor andere vormen van kunstverlossing en voor vaginale stuitgeboor-  
te was deze gewoonte minder aanwezig. In andere klinieken werd het  
kind alleen overgeplaatst indien zijn toestand daartoe aanleiding  
gaf (tabel 13).

Tabel 13. Overplaatsing wegens bijzondere geboorte in 32 klinieken  
(in 1 kliniek wordt geen sectio caesarea verricht)

*Vraag: Wat is het overplaatsingsbeleid in uw kliniek na sectio  
caesarea, na forcipale extractie, na vacuumextractie en  
na vaginale stuitgeboorte?*

Antwoorden:	overplaatsing:	routine	op indicatie
na sectio caesarea		12	20
na forcipale extractie		5	28
na vacuumextractie		3	30
na geboorte in stuitligging		1	32



Na sectio caesarea wordt in de meeste klinieken 24 uur of langer gewacht voordat het kind voor het eerst aan de borst wordt aangelegd (tabel 14). Redenen hiervoor kunnen zijn: het willen vermijden dat het kind de in de moedermelk opgeloste narcotica binnen krijgt, het ontzien van de nog verzwakte moeder, en (in geval van overplaatsing van het kind) de afstand tussen de moeder en haar kind. Deze argumenten zijn aanvechtbaar en hinderen het normale vroege stimuleren van de lactatie.

Tabel 14. Voor het eerst aanleggen na sectio caesarea

---

Vraag: *Wanneer wordt na een sectio caesarea de baby voor het eerst aangelegd?*

Antwoorden:

na 6 - 23 uren	11
na 24 - 47 uren	13
na 48 - 72 uren	7
geen regel	1

---

Ook zwangerschapsduur en geboortegewicht worden dikwijls als absoluut criterium voor overplaatsing gehanteerd. Hoezeer de criteria uiteenlopen blijkt uit de antwoorden (tabel 15 en 16).

Een redelijk voorstel lijkt te zijn de volgende criteria aan te houden:

- altijd overplaatsing bij geboortegewicht beneden de 2300 gram of zwangerschapsduur minder dan 35 weken;
- spoedoverleg met kinderarts bij geboortegewicht tussen 2300 en 2700 gram, bij zwangerschapsduur van 35 of 36 weken en bij dysmaturitas (gewicht beneden de P10 curve van gewicht-naar-zwangerschapsduur).

Tabel 15. Overplaatsing op grond van het geboortegewicht

Vraag: *Beneden welk geboortegewicht is het bij u gebruikelijk dat een pasgeborenen als regel op de kinderafdeling wordt opgenomen?*

Antwoorden:	eenling	tweeling
<2800 gram	1	1
2750	1	1
2700	1	2
2500	21	20
2400	2	2
2300	1	1
2200	1	0
2000	1	2
geen vaste regel	4	4

Tabel 16. Overplaatsing op grond van de zwangerschapsduur

Vraag: *Beneden welke zwangerschapsduur is het bij u gebruikelijk dat een pasgeborene als regel op de kinderafdeling wordt opgenomen?*

Antwoorden:	
<38 weken	1
<37-38	1
<37	7
<36-37	1
<36	16
<35	2
<34	2
geen vaste regel	3

11. Ondanks opname op de kinderafdeling kan de borstvoeding veelal doorgaan. Dit is afhankelijk van de reden van overplaatsing en de duur daarvan, van de wensen van de moeder en van de kwaliteiten van de afdeling. Wanneer de toestand van het kind het zuigen aan de borst tijdelijk onmogelijk of ongewenst maakt, is deze periode dikwijls met *afgekolfde moedermelk* te overbruggen.

Het verkrijgen van bruikbare afgekolfde moedermelk is geen eenvoudige zaak; de volgende voorzieningen zijn hiertoe noodzakelijk (Williamson e.a. 1978):

- goede mondelinge en schriftelijke instructie aan de moeder die de afgekolfde melk zal leveren; deze instructie betreft de wijze van afkolven (met de hand of met een pomp), het verzamelen (steriele flessen), bewaren (koelkast) en vervoeren, de hygiëne (wassen van handen en borsten, gebruik van weggooi-handdoeken, uitkoken van alle hulpmiddelen) en de melding van ziekte en geneesmiddel-gebruik van de moeder;
- goede hulp door een ervaren en deskundige verpleegkundige, die ook huisbezoek kan afleggen en nauw samenwerkt met de kinderarts en de bacterioloog;
- goede en frequente bacteriologische controle volgens een in onderling overleg door bacterioloog, verpleegkundige en kinderarts vastgesteld protocol.

Indien de melk aan zekere eisen voldoet kan deze ongepasteuriseerd aan het kind worden aangeboden; in andere gevallen wordt de melk gepasteuriseerd of voor consumptie afgekeurd.

12. Bevordering van borstvoeding mag niet leiden tot een verminderde zorg voor kunstvoeding.

a. Wanneer besloten is om van begin af aan geen borstvoeding te geven, is voor het *onderdrukken van de melkvorming* de volgende behandeling aangewezen:

- het kind niet aanleggen aan de borst
- de borsten stevig opbinden
- geen vochtbeperking toepassen
- medisch-verpleegkundige sympathie met de moeder die de onaangename gevolgen van stuwing ondervindt
- zo nodig: afkolven van melk in een geringe hoeveelheid
- zo nodig: een sedativum (bijv. acetosal)
- terughoudendheid met het voorschrijven van een lactatie-remmer (Brit.Med.J. 1977).

In de 33 geëncquêteerde klinieken werd slecht in 8 geen gebruik gemaakt van een lactatie-remmer, terwijl in 15 bij primair onderdrukken van de lactatie altijd een dergelijk middel werd toegepast (tabel 17).

De voorgeschreven middelen bevatten of alleen een oestrogeen (Estrovis, Lynoral), of een oestrogeen en een androgeen (Ablacton), of de prolactine-remmer bromocriptine (Parlodel).

Tabel 17. Gebruik van lactatie-remmers

Vraag: *Indien een moeder geen borstvoeding zal geven (en er ook niet zal worden afgekolfd), wordt er dan wel eens een geneesmiddel toegediend om de lactatie te onderdrukken?*

Antwoorden:

geen	8
soms	9
meestal	1
altijd	15

Vraag: *Welk geneesmiddel wordt toegediend om de lactatie te onderdrukken?*

Antwoorden:

Estrovis	9
Lynoral	1
Ablacton	5
Parlodel	15

Opm: Soms worden in één kliniek bij verschillende vrouwen verschillende middelen gebruikt

b. Het is aan te bevelen op een afdeling van gezonde zuigelingen *slechts één kunstvoeding* te gebruiken. Het is voor de ouders en voor de hulpverleners nodeloos verwarrend indien routinematig meer dan één kunstvoeding op de kraamafdeling wordt gebruikt. In de geëquiperde inrichtingen werden veelal twee of meer soorten kunstvoeding regelmatig toegepast (tabel 18).

Tabel 18. Meest gebruikte kunstvoedingen

Vraag: *Welke kunstvoedingen worden in de kraamafdeling vooral gebruikt? (noem eerst de meest gebruikte kunstvoeding)*

Antwoorden:	als eerste	als tweede	als derde
Almiron A-B	13	4	-
Almiron M2	13	2	-
Similac	6	3	1
Frisolac	-	-	2
Nenatal	-	1	-
Farilacid	1	2	3

- c. Tijdens de kraamperiode dient aan de ouders *instructie* gegeven te worden, vooral aan onervaren ouders, in het klaarmaken van de voeding, het geven van de flesvoeding en het reinigen van fles en speen. Bij ontslag dient naast mondelinge uitleg ook een schriftelijk voedingsvoorschrift aan de ouders te worden verstrekt. Dit laatste was in alle geënquêteerde klinieken een vaste gewoonte (tabel 19).

Tabel 19. Schriftelijk voedingsvoorschrift voor kunstvoeding bij ontslag

---

Vraag: *Wordt er bij het ontslag van moeder en kind na een klinische bevalling een schriftelijk voedingsvoorschrift aan de moeder meegegeven in geval van flesvoeding?*

Antwoorden:

ja	33
nee	0

---

13. Het is van groot belang dat de ijver van de hulpverleners niet tot gevolg heeft dat de moeder te gespannen wordt op dit punt en met *schuldgevoelens* achterblijft in geval de borstvoeding niet mocht lukken. Mavis Gunther (1976) schrijft dat voorstanders van borstvoeding soms een te grote last op de moeder leggen, zij spreekt zelfs van 'religious compulsion', een religieuze dwang. Het falen van borstvoeding wordt dan een teken van ongelof. 'These advocates sometimes feel themselves to be champions against the mother'. Vrij vertaald: deze voorstanders van borstvoeding beschouwen zich soms als verdedigers van babies maar kunnen daardoor worden tot agressors van moeders. Waar het bij de bevordering van borstvoeding om gaat is dat èn het kind èn de moeder zich daarbij welbevinden.

#### *Verantwoording*

Alle verpleegkundigen en artsen die meegewerkt hebben aan het onderzoek 'voedingsgewoonten en voedingsomstandigheden in klinieken' willen wij hiervoor hartelijk bedanken, in het bijzonder de 30 kinderartsen die de zorg voor de enquête op zich namen.

#### *Samenvatting*

Besproken worden omgevingsfactoren die van invloed zijn op het geven van borstvoeding, hetzij belemmerend hetzij bevorderend. Vele van deze

factoren worden bepaald door medisch-verpleegkundige tradities die voor verandering vatbaar lijken te zijn. Zij betreffen met name de zorg tijdens de zwangerschap, bij de bevalling en in de eerste dagen en weken daarna, zowel in ziekenhuis en kraamkliniek als thuis. De gevarieerde problematiek wordt toegelicht aan de hand van een enquête in 33 klinieken in ons land.

*Literatuur*

Brit.Med.J. (1976) Leading article: Puerperal mastitis. II: 920.

Brit.Med.J. (1977) Leading article: Suppressing lactation. I : 189.

CIBA (1976) Breast-feeding and the mother. Amsterdam enz. Elsevier  
enz. Ciba Foundation Symposium 45 (new series).

Committee on Medical Aspects of Food Policy, Panel on Child Nutrition  
(1975) Present-day practice in infant-feeding; report of a working  
party. London, H.M.S.O. (Report on Health and Social Subjects, 9).

Cruse, P., P. Yudkin & J.D. Baum (1978) Establishing demand feeding  
in hospital. Arch.Dis.Childh. 53 : 76.

Evans, T.J. & D.P. Davies (1977) Failure to thrive at the breast: an  
old problem revisited. Arch.Dis.Childh. 52 : 974.

Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, afd. Moederschaps-  
zorg en Jeugdgezondheidszorg (1977) Kraamzorg verleend door de  
kraamcentra in het jaar 1976. Leidschendam.

Gunther, M. (1976) The new mother's view of herself. In: CIBA: Breast-  
feeding and the mother. Amsterdam, Elsevier, 1976 pp. 145-52.

Hoogendoorn, D. (1978) Kunstverlossingen, perinatale sterfte en hos-  
pitalisatie in Nederland. Ned.T.Geneesk. 122 : 691.

MacKeith, R. & C.B.S. Wood (1977) Infant-feeding and feeding difficulties;  
5th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Swart, A.G., B.C.P. Polak & L. Meyler (1972) Geneesmiddelen die in de  
moedermelk worden uitgescheiden. Ned.T.Geneesk. 116 : 2347.

Williamson, S., J.H. Hewitt, E. Finucane & H.R. Gamsu (1978) Organisation  
of bank of raw and pasteurised human milk for neonatal intensive care.  
Brit.Med.J. I : 393.