



## Hoofdstuk 9

# Roken tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding

Caren Lanting, Ashna Mohangoo, Simone Buitendijk en Ko van Wouwe

**Nieuw in Peristat-II zijn gegevens over het stoppen met roken tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding. Roken tijdens de zwangerschap is een belangrijk gezondheidsprobleem. Het draagt bij aan perinatale morbiditeit en mortaliteit door een verhoogde kans op spontane abortus, vroeggeboorte en laag geboortegewicht. Vrouwen die roken, geven minder vaak en minder lang borstvoeding<sup>[1]</sup>, terwijl borstvoeding de beste voeding is als het gaat om de gezondheid van moeder en kind<sup>[2]</sup>. De WHO adviseert voor zowel ontwikkelingslanden als voor meer geïndustrialiseerde gebieden zoals Nederland exclusief borstvoeding tot het kind ongeveer zes maanden oud is en er daarna nog geruime tijd mee door te gaan in combinatie met geschikte, vaste voeding.**

## Gegevensbron

Nederlandse gegevens over het roken tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding zijn afkomstig uit landelijke peilingen *Melkvoeding van zuigelingen* die sinds 2000 door TNO Kwaliteit van Leven regelmatig worden georganiseerd<sup>[3]</sup>. Voor deze peilingen worden op consultatiebureaus vragenlijsten uitgedeeld aan moeders met een zuigeling van 0-6 maanden oud.

## Roken tijdens de zwangerschap

In de tabel is het percentage vrouwen dat rookt vóór of tijdens de zwangerschap weergegeven. Sommige landen hebben alleen gegevens over bijvoorbeeld het eerste of laatste trimester, waardoor de vergelijkbaarheid beperkt is. De Nederlandse gegevens hebben betrekking op de gehele periode van de zwangerschap. Het percentage

vrouwen dat rookt in de tweede periode van de zwangerschap loopt uiteen van 4,8 in Litouwen tot 22% in Frankrijk en Wales. Nederland neemt met 13,4% een middenpositie in (7e van 16 landen/regio's). Het percentage vrouwen dat vóór of in het eerste trimester van de zwangerschap rookt, ligt hoger dan het percentage dat rookt gedurende het laatste trimester. Litouwen heeft vergeleken met andere Europese landen het laagste percentage rokende vrouwen: 7,9% rookt vóór de zwangerschap en 4,8% rookt tijdens de zwangerschap.

Nederland behoort niet alleen wat betreft roken tijdens de zwangerschap tot de hogere regionen. Met een percentage rokende vrouwen ouder dan 15 jaar van 25,2% (2004) behoort ons land tot de Europese top<sup>[4]</sup>. In de landen van de Europese Unie varieert het percentage rokende vrouwen ouder dan 15 jaar van 10% in Portugal tot 29% in Griekenland<sup>[5]</sup>. Tijdens de zwangerschap rookt 13,4% van de Nederlandse vrouwen. Dat betekent dat ongeveer de helft van de rokende Nederlandse vrouwen door blijft roken tijdens de zwangerschap.

Een klein lichtpunt is dat in 2004 in Nederland minder vrouwen rookten rond de zwangerschap dan in 1996. Toen rookte 21% tijdens de zwangerschap versus 13,4% in 2004. Daarnaast lijken vrouwen zich bewust van de gevaren van roken voor het ongeboren kind; door vermindering van het dagelijkse aantal gerookte sigaretten trachten vrouwen het risico voor het ongeboren kind te beperken. Vrouwen ouder dan 15 jaar roken gemiddeld 14,4 sigaretten per dag<sup>[4]</sup>. Tijdens de zwangerschap zijn dat er dagelijks gemiddeld 5<sup>[6]</sup>.

Roken tijdens de zwangerschap is een vermijdbare oorzaak van perinatale mortaliteit en morbiditeit. Eind 2002 is STIVORO gestart met de landelijke implementatie van de Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de Verloskundigenpraktijk (V-MIS). Deze methode met bijbehorend voorlichtingsmateriaal kunnen verloskundigen inzetten bij zwangere vrouwen die roken. In zeven stappen kunnen zij daarmee op een eenvoudige

Voor een nadere omschrijving van de auteurs, zie na het laatste hoofdstuk.

Correspondentieadres: [caren.lanting@tno.nl](mailto:caren.lanting@tno.nl)

manier het rookgedrag bespreekbaar maken. De V-MIS bleek effectief in het reduceren van het roken door vrouwen tijdens de zwangerschap tot zes weken na de bevalling<sup>[7]</sup>.

### Borstvoeding

In de figuur is het percentage pasgeborenen dat gedurende het eerste 48 uur borstvoeding krijgt voor 16 landen/regio's weergegeven. Het percentage pasgeborenen dat enige borstvoeding krijgt gedurende het eerste 48 uur loopt uiteen van 45,6 in Ierland tot 98,0 in Zweden. Nederland neemt met 80,3% een middenpositie in (9e van 16 landen/regio's). Het percentage exclusieve borstvoeding loopt uiteen van 42,3% in Ierland tot 91,9% in Letland.

Nederland registreert evenals Polen en Slowakije geen gegevens over exclusieve én gemengde borstvoeding in de eerste 48 uur na de geboorte. De reden hiervoor is dat in de praktijk veel moeders problemen ondervinden met het op gang brengen van borstvoeding en hiervoor gedurende een korte periode kunstvoeding bijgeven. Van de moeders die starten met borstvoeding stopt 43% al snel wegens 'te weinig melk', het onvoldoende op gang

komen van de borstvoeding en 'onvoldoende drink-techniek'<sup>[8]</sup>. Er is ook een deel van de moeders – veelal de hoogopgeleiden – dat de problemen overwint, zelfstandig of met hulp van een deskundige, en dat doorgaat met volledige borstvoeding. Deze vrouwen zouden meegeteld worden in de groep van de gemengde voeding. Gemengde voeding is een onduidelijk begrip omdat meestal niet wordt geregistreerd in welke verhouding borstvoeding en kunstvoeding naast elkaar worden gebruikt. In Nederland wordt daarom de term 'succesvol starten met borstvoeding' (gedefinieerd als volledige borstvoeding op dag 8) gebruikt naast het percentage vrouwen dat na de bevalling start met borstvoeding. In 2007 startte 68% van de Nederlandse moeders succesvol met borstvoeding, bij een startpercentage van 81%.

Hieruit blijkt al dat bij het stijgen van de leeftijd het percentage uitsluitend met moedermelk gevoede Nederlandse zuigelingen snel afneemt. Bij drie maanden krijgt nog 30% van de zuigelingen volledige borstvoeding en bij vijf maanden is dat afgenomen tot 23%<sup>[9]</sup>.

Vanzelfsprekend gaat dat gepaard met een snel stijgend percentage zuigelingen dat uitsluitend kunstvoeding krijgt.

Tabel 1. Roken tijdens de zwangerschap in Europa in 2004\*

			Aantal zwangere vrouwen	Periode 1		Periode 2	
				Ja	Nee	Ja	Nee
Denemarken		Tijdens zwangerschap	63 781	--	--	16,0	84,0
Duitsland		Tijdens zwangerschap	636 844	--	--	10,9	89,1
Estland	Eerste trimester	Na eerste trimester	13 879	11,9	88,1	9,9	90,1
Finland	Eerste trimester	Na eerste trimester	56 878	15,4	84,6	12,4	87,6
Frankrijk	Voor zwangerschap	Derde trimester	14 482	35,9	64,1	21,8	78,2
Groot-Brittannië	Voor of tijdens zwangerschap	Tijdens zwangerschap	11 933	33,0	67,0	17,0	83,0
GB: Engeland	Voor of tijdens zwangerschap	Tijdens zwangerschap	5 896	32,0	68,0	17,0	83,0
GB: Wales	Voor of tijdens zwangerschap	Tijdens zwangerschap	2 076	37,0	63,0	22,0	88,0
GB: Noord-Ierland	Voor of tijdens zwangerschap	Tijdens zwangerschap	1 830	32,0	68,0	18,0	82,0
GB: Schotland	Eerste trimester		52 342	24,9	75,1	--	--
Letland		Tijdens zwangerschap	20 256	--	--	11,3	88,7
Litouwen	Voor zwangerschap	Tijdens zwangerschap	29 306	7,9	92,1	4,8	95,2
Malta		Tijdens zwangerschap	3 838	--	--	7,2	92,8
Nederland		Tijdens zwangerschap	2 913	--	--	13,4	86,6
Noorwegen	Begin zwangerschap	Eind zwangerschap	56 288	17,7	82,3	10,7	89,3
Slovenië	Eerste trimester		17 629	10,9	89,1	--	--
Spanje, Valencia	Eerste trimester		8 650	19,6	80,4	--	--
Tsjechië		Tijdens zwangerschap	96 459	--	--	6,1	93,9
Zweden	Eerste trimester	Derde trimester	99 073	8,9	91,1	6,3	93,7

-- Gegeven ontbreekt.

\* België, Cyprus, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Polen, Portugal en Slowakije hadden geen gegevens over roken tijdens de zwangerschap.

Slechts twee van de tien kinderen krijgen gedurende zes maanden volledig borstvoeding, zoals wordt geadviseerd door de WHO. Dat betekent dat acht van de tien Nederlandse kinderen daardoor ten minste een deel van de gezondheidsvoordelen van borstvoeding mislopen. Bij de kenmerken van moeders die starten en langer doorgaan met borstvoeding valt de rol van de thuisbevalling op, zowel bij het starten als doorgaan met borstvoeding. Daarnaast is er een sterke associatie met het opleidingsniveau en roken van de moeder. In Nederland geeft vooral de hoogopgeleide, niet-rokende vrouw die thuis bevalt borstvoeding<sup>[1]</sup>. Hoogopgeleide moeders die al ervaring hebben met het geven van borstvoeding aan eerdere kinderen, gaan langer door met borstvoeding. Na de vierde maand wordt daarnaast vaker doorgegaan als moeder thuis is bevallen en als zij minder dan 16 uur buitenshuis werkt<sup>[1]</sup>.

De gezondheidsvoordelen van borstvoeding zijn aanzienlijk. Flesgevoede zuigelingen hebben, in vergelijking met degenen die borstvoeding krijgen, een groter risico op het krijgen van oor- en luchtweginfecties, diarree en allergieën en worden vaker in een ziekenhuis opgenomen<sup>[2]</sup>.

Borstvoeding bevordert ook een betere ontwikkeling. Naast de cognitieve ontwikkeling blijken de motorische en visusontwikkeling gunstiger te verlopen bij borstgevoede zuigelingen. Dit is niet alleen omdat de directe gezondheidsvoordelen voor moeder en kind aanzienlijk zijn,<sup>[2]</sup> maar ook omdat het geven van borstvoeding een effectieve preventieve interventie blijkt voor het voorkomen van welvaartsziekten op oudere leeftijd. Het krijgen van borstvoeding heeft een gunstig effect op de cholesterolspiegel en bloeddruk op volwassen leeftijd. Daarnaast worden overgewicht en type-2-diabetes in belangrijke mate voorkómen. Daarom is het voor de volksgezondheid van belang borstvoeding te promoten. In vergelijking met een scala aan vergelijkbare preventieprogramma's scoort het geven van borstvoeding aanzienlijk beter om obesitas en overgewicht tegen te gaan, en net zo goed als meer complexe leefstijlinterventies<sup>[9]</sup>.

Om het geven van borstvoeding internationaal te bevorderen hebben de WHO en UNICEF in 1991 het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) gelanceerd<sup>[10]</sup>. In Nederland is de BFHI-campagne bekend als Zorg voor Borstvoeding. Het BFHI certificeert instellingen als deze



**van Hogerop?**

**Volg dan de Universitaire Masterstudie Verloskunde**  
*Geen korte cursus, maar een volwaardige en intensieve universitaire masterstudie.*

**Interesse?**  
 Onderwijsbureau Masterstudies  
 Bel (020) 566 6944 of  
 mail: masterstudies@amc.uva.nl

**amC**  
 Academisch Medisch Centrum

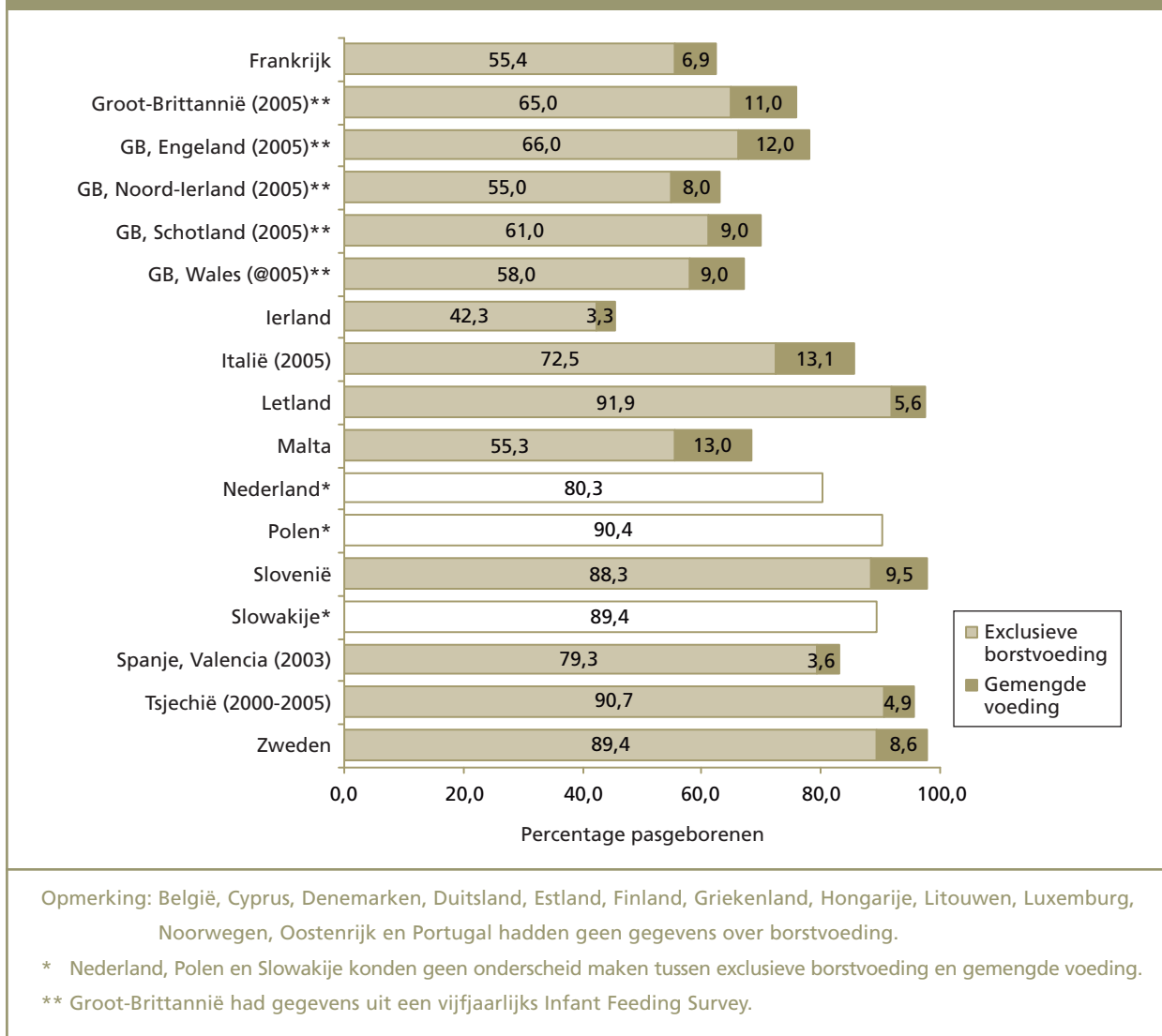
**KIJK ook op [www.amc.nl/masterverloskunde](http://www.amc.nl/masterverloskunde)**

**Diakonessenhuis**  
 Utrecht | Zeist | Doorn

**Thuis in complicaties?**  
**Tweedelijns verloskundige**  
 (vervanging van verloskundige met eventueel uitzicht op verlenging)  
 Locatie Utrecht, Obstetrie en Gynaecologie, 36 uur per week

[www.diakonessenhuis.nl/vacatures](http://www.diakonessenhuis.nl/vacatures)

'De beste zorg dichtbij', dat is wat het Diakonessenhuis wil leveren. De mens staat dan ook centraal in de kwalitatief hoogwaardige medische en verpleegkundige zorg. Het Diakonessenhuis is een ondernemende, resultaatgerichte organisatie met vakmensen die een collectief vormen en plezier hebben in wat ze doen.

**Figuur 1. Borstvoeding gedurende eerste 48 uur na geboorte in Europa in 2004**

voldoen aan internationale criteria met betrekking tot een kwalitatief goed borstvoedingsbeleid ('tien vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding'). Certificering is in Nederland mogelijk voor kraamafdelingen van ziekenhuizen en andere organisaties die kraamzorg leveren, verloskundige praktijken en de jeugdgezondheidszorg. Certificering van kraamzorg in Nederland is geassocieerd met vaker succesvol starten met borstvoeding. Analyse van de peiling van 2007 wees uit dat 72% van 2881 moeders met gecertificeerde kraamzorg op de achtste dag na de bevalling exclusief borstvoeding gaf versus 62% in de groep die niet gecertificeerde kraamzorg ontving ( $p < 0,01$ ).<sup>[3]</sup> Uit analyses van de gezamenlijke peilingen 2001, 2002 en 2003 ( $n = 8772$ ) kwam al naar voren dat certificering van kraamzorg een positieve relatie heeft met het percentage moeders dat na de geboorte met borstvoeding begint<sup>[11]</sup>. Van de moeders die gecertificeerde kraamzorg kreeg, startte 81% met borstvoeding; onder moeders die kraamzorg ontvingen van een niet-gecertificeerde organisatie was dit 79%

( $p = 0,03$ ). Effecten van certificering bleven bestaan na correctie voor achtergrondvariabelen. Ook internationaal is certificering effectief gebleken om het geven van borstvoeding te bevorderen<sup>[10]</sup>.

### Conclusie

Nederland behoort zowel wat betreft het roken tijdens de zwangerschap als het starten met borstvoeding tot de Europese middenmoot. Op beide punten is verbetering mogelijk: de helft van de rokende vrouwen blijft dit doen tijdens de zwangerschap en vrouwen die starten met borstvoeding stoppen al weer snel. Rokende vrouwen geven bovendien minder vaak en minder lang borstvoeding. Samenhang van borstvoedingspromotie met campagnes gericht op leefstijlfactoren als roken lijkt dan ook gewenst. ■

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 49a van de digitale versie van dit tijdschrift.

**Bronnen pag. 46-49****Roken tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding**

1. Lanting CI, Wouwe JP van. Borstvoeding in Nederland, een nadere beschouwing. Achtergrondkenmerken, redenen en motieven en het effect van het BFHI. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2005; publicatie nr. 2005.080.
2. Rossum CTM van, Buchner FL, Hoekstra J. Quantification of health effects of breastfeeding. Bilthoven: RIVM, 2005. Report nr. 350040001/2005.
3. Lanting CI, Wouwe JP van. Peiling melkvoeding van zuigelingen 2007: Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007; publicatie nr. 2007.104.
4. Roken, de harde feiten. Den Haag: Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO), 2004.
5. Giersiepen K, Heitmann C. Euroscip II – Executive Report. European action on Smoking Cessation in Pregnancy. National status report: Germany. Bremen: Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine, 2004.
6. Lanting CI, Segaar D, Crone MR, Wouwe JP van. Prevalentie van roken rondom de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151:2566-9.
7. Vries H de, Bakker M, Mullen PD, Breukelen G van. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. Patient Educ Couns. 2006;63:177-87.
8. Lanting CI, Wouwe JP van. Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007b; publicatie nr. 2007.105.
9. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Genève: WHO, 2007.
10. Naylor AJ. Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. Pediatr Clin North Am 2001;48:475-83.
11. Lanting CI, Herschderfer K, Wouwe JP van, Reijneveld SA. Effect van invoering van het 'Baby Friendly Hospital Initiative' op het geven van borstvoeding in Nederland. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2003; publicatie nr. 2003.212.