

Borstvoeding in Nederland

Borstvoeding moet gestimuleerd worden, om vele redenen. Om beleid te kunnen voeren dat daarop gericht is, zijn cijfers en gegevens over borstvoeding onontbeerlijk. TNO-Preventie en Gezondheid voert daarom regelmatig de zogenaamde *Peiling Melkvoeding van Zuigelingen* uit.

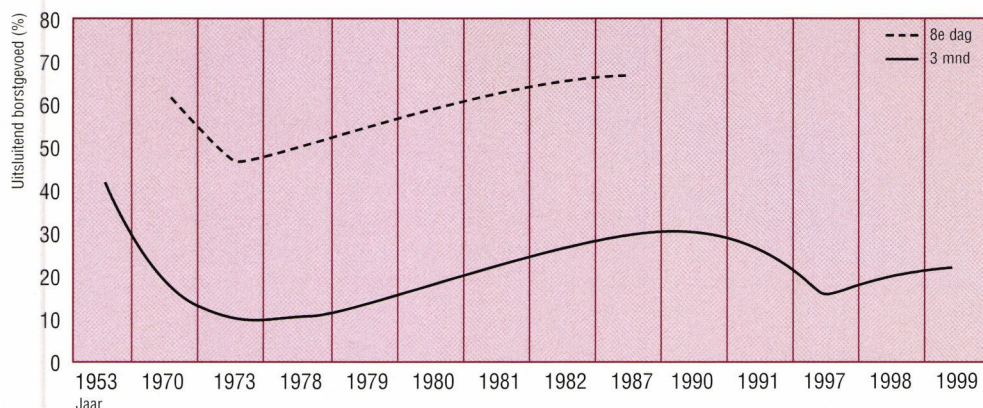
Caren Lanting* en Kathy Herschderfer**

Sinds begin jaren vijftig is het geven van borstvoeding in Nederland minder populair geworden. In 1973 werd een dieptepunt bereikt in de prevalentie (= het aantal kinderen dat op toenemende leeftijden nog borstvoeding krijgen) van borstvoeding. In dat jaar kreeg nog slechts 11% van de kinderen van drie maanden borstvoeding. Vanaf 1979 nam de prevalentie weer gestaag toe tot een percentage van 31% op de leeftijd van drie maanden in 1990, waarna zich weer een daling inzette (zie figuur 1).

Samenvatting

Sinds begin jaren vijftig is het geven van borstvoeding in Nederland minder populair geworden. Uit het oogpunt van de volksgezondheid en ook in (gezondheids)economische zin, is deze daling ongunstig. In Nederland startte in 1998 77% van de moeders na de bevalling met het geven van borstvoeding. Het belangrijkste motief om borstvoeding te gaan geven was het bevorderen van de gezondheid van het kind. Op de leeftijd van één maand gaf nog ongeveer de helft (48%) van alle moeders exclusief borstvoeding. Na 3 en 6 maanden was dit respectievelijk 21 en 12%. Nederland behoort mondiaal gezien tot de middenmoot als het gaat om het aantal vrouwen dat start met het geven van borstvoeding, maar behoort tot de onderste regionen als het gaat om de duur van de borstvoedingsperiode. Aangezien driekwart van de vrouwen in Nederland tijdens zwangerschap en bevalling begeleid wordt door een verloskundige, kan deze beroepsgroep, door goede antenatale voorlichting en postnatale begeleiding op het gebied van de borstvoeding, er een belangrijk aandeel in hebben dat méér vrouwen hun kinderen langer de borst geven.

* Arts-onderzoeker,
**verloskundige-onderzoeker.
Correspondentie:
Dr. C.I. Lanting, TNO-PG,
Postbus 2215,
2301 CE Leiden.
CI.Lanting@pg.tno.nl



Figuur 1. Prevalentie van exclusieve borstvoeding op de leeftijd van 8 dagen en 3 maanden in Nederland van 1953 - 1999 ^{2,18}

Van de vrouwen die besloten hadden om met borstvoeding te starten, bleek 70% dit besluit al voor de bevalling te hebben genomen

Uit het oogpunt van de volksgezondheid is deze daling ongunstig (zie ook het artikel *Borstvoeding en de gezondheid op volwassen leeftijd* van J.P. van Wouwe et al. elders in dit tijdschrift). In economisch opzicht zou een stijging van de borstvoedingspercentages positieve consequenties hebben. In 1998 werd door Holterman en Nout berekend dat in de Nederlandse situatie een stijging van het aantal moeders dat borstvoeding geeft met 5% (vergeleken met de huidige situatie betekent dat een toename van ruwweg 8000 moeders die starten met borstvoeding) een kostenbesparing voor de gezondheidszorg van naar schatting 0,5 tot 2,6 miljoen gulden per jaar oplevert.¹ Als de stijging 10% is dan ligt de besparing naar verwachting tussen de 1 en de 5,7 miljoen gulden.

TNO-Peiling

De in dit artikel gepresenteerde cijfers komen voort uit de laatste landelijke peiling *Melkvoeding van Zuigelingen* uitgevoerd in 1997/98 door TNO-Preventie en Gezondheid.² Zoals gezegd is het vanuit het standpunt van de volksgezondheid en financieel-economisch interessant om inzicht te hebben in het percentage moeders dat borstvoeding geeft. Inzicht in deze cijfers maakt het bovendien mogelijk trends in aantallen moeders die borstvoeding geven te onderscheiden en ze te relateren aan ontwikkelingen in de samenleving, bijvoorbeeld het effect van de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen. Verder kunnen initiatieven om borstvoeding te stimuleren, zowel vanuit de medische hoek (*Tien Vuistregels voor het Welslagen van Borstvoeding* van WHO/UNICEF) als door de moeders zelf (Borstvoeding Natuurlijk, La Leche League), ondersteund worden met epidemiologische gegevens. De vraag hierbij is of introductie van deze programma's invloed heeft op de incidentie en de prevalentie van borstvoeding. Het regelmatig benaderen van moeders die borstvoeding geven kan bovendien inzicht verschaffen in redenen

waarom vrouwen kiezen voor borst- of kunstvoeding en waarom ze op een bepaald moment overstappen van de ene op de andere vorm. Inzicht in deze factoren is onmisbaar voor beleidsmakers om borstvoeding te propageren. Hiervoor verzamelt TNO sinds 1997 gegevens.

De eerste peiling *Melkvoeding van Zuigelingen* in 1997/98 maakte onderdeel uit van een groot onderzoek naar de gezondheid van Nederlandse kinderen op de leeftijd van 0 tot 15 jaar. Op dit moment wordt er in opdracht van de Stichting Zorg voor Borstvoeding gewerkt aan een nieuwe peiling die jaarlijks plaats zal vinden, in ieder geval tot en met 2002/03. Voor de daarop volgende jaren is vooralsnog geen financiering. In het kader van de peilingen *Melkvoeding van Zuigelingen* worden telkens in de maanden november en december moeders benaderd om informatie over de melkvoeding van hun kinderen te geven. De hier weergegeven resultaten betreffen gegevens van de peiling van 1997/98.²

De informatie over de melkvoeding wordt door middel van een vragenlijst verzameld via moeders die het consultatiebureau (CB) bezoeken. Hiervoor vragen we elke organisatie met ouder-kindzorg (OKZ) in het pakket om vier of vijf CB's te selecteren om daar moeders van zuigelingen jonger dan zes maanden bereid te vinden om mee te doen. Alle kinderen uit de genoemde leeftijdsgroep die het consultatiebureau bezoeken, komen in aanmerking om mee te doen. We vragen de organisaties om CB's te kiezen met sociaal-economisch uiteenlopende werkgebieden zodat de uiteindelijke gegevens representatief zijn voor alle lagen van de Nederlandse bevolking. We streven er naar om per peiling gegevens van zo'n 3000 vrouwen te verzamelen.

Hoe vaak en hoe lang

Tijdens de peiling van 1997/98 werd de vragenlijst afgenomen bij 3.345 moeders van zuigelingen in de leeftijd van één, drie of zes maanden oud. Het bleek dat 77%

van de moeders na de bevalling was gestart met het geven van borstvoeding. Van de vrouwen die besloten hadden om met borstvoeding te starten, bleek 70% dit besluit al voor de bevalling te hebben genomen. Bijna 98% van de vrouwen die het voornemen hadden borstvoeding te geven, heeft dit ook daadwerkelijk gedaan.

Tabel 1.

Percentages moeders (1998) dat borst- en/of flesvoeding geeft naar leeftijdsgroep van hun kind (n=3.345).

Soort voeding	1 maand	3 maanden	6 maanden
Borstvoeding	48%	21%	12%
Gemengd borst- en flesvoeding	10%	16%	8%
Flesvoeding	42%	63%	80%

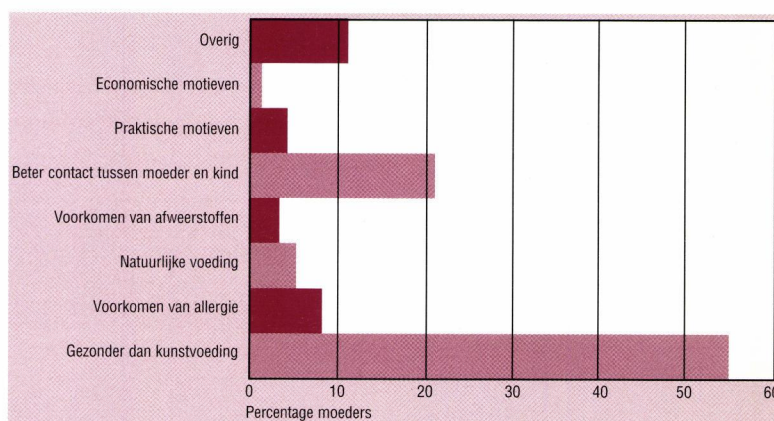
In tabel 1 wordt het percentage moeders dat borstvoeding, flesvoeding en gemengde voeding (borst- en flesvoeding) geeft, weergegeven naar de leeftijdsgroep van de kinderen. Hieruit blijkt dat op de leeftijd van 1 maand nog ongeveer de helft (48%) van alle kinderen uitsluitend met moedermelk wordt gevoed, op de leeftijd van 3 maanden is dit nog slechts 1 op de 5 (21%) kinderen, en op de leeftijd van 6 maanden wordt nog maar 1 op de 10 (12%) kinderen uitsluitend gevoed met moedermelk. Daarnaast krijgt steeds van elke leeftijdscategorie nog ongeveer 10% van de kinderen een gemengd dieet van moedermelk en flesvoeding.

In ons onderzoek kregen jongens en meisjes in gelijke mate borstvoeding, dit in tegenstelling tot ander onderzoek waar meisjes over het algemeen vaker borstvoeding kregen dan jongens (zie ook het artikel van Van Wouwe et al op pagina 304-308 in dit tijdschrift). Er werd statistisch significant vaker borstvoeding gegeven als het kind via een spontane partus was geboren en als het kind één of meerdere oudere broers en/of zusjes had. Daarnaast hebben kinderen die in het westen van Nederland wonen en kinderen die geboren worden in een gezin

waarvan de vader een hogere opleiding heeft, een grotere kans om borstvoeding te krijgen. Kinderen die gedurende een gedeelte van de week buiten het gezin opgevangen werden, kregen vaker kunstvoeding dan kinderen waarvoor dit niet gold. Vrouwen die thuis waren bevallen gaven vaker borstvoeding dan vrouwen die in het ziekenhuis waren bevallen, maar de verschillen waren statistisch niet significant. Kinderen die opgenomen waren geweest op een kinderafdeling kregen minder vaak borstvoeding dan kinderen die geen opname achter de rug hadden, maar ook dit verschil was statistisch niet significant.

Motieven

Op de vraag wat het belangrijkste, doorslaggevende motief was voor het geven van borstvoeding werd door 2.388 moeders een bruikbaar en eenduidig antwoord gegeven. 71% van de moeders gaf aan dat het bevorderen van de gezondheid van het kind het hoofdmotief was geweest, en 23% gaf aan dat emotionele/relatieve (beter contact tussen moeder en kind of prettig/gezellig/rustgevend) overwegingen een hoofdrol hadden gespeeld (zie figuur 2). Praktische (makkelijker dan kunstvoeding; 4%) en economische (goedkoper dan kunstvoeding; 1%) motieven bleken nauwelijks van belang.



Figuur 2. Doorslaggevende motieven waarop moeders besloten om borstvoeding te gaan geven (Burgmeijer, 1999)

Er werd statistisch significant vaker borstvoeding gegeven als het kind via een spontane partus was geboren en als het kind één of meerdere oudere broers en/of zusjes had

Beiden vonden dat de houding van de vader dé belangrijkste factor is bij de keuze voor borst- of flesvoeding

Op de vraag wie de belangrijkste adviseur was bij de keuze voor het type melkvoeding antwoordde 89% van de vrouwen dat zij zich niet in belangrijke mate door anderen hadden laten beïnvloeden bij hun keuze. De 11% vrouwen die wel de meningen van anderen had laten meespelen bij hun keuze zei met name beïnvloed te zijn door familie en vrienden. Van de professionals in de gezondheidszorg werd alleen de verloskundige meermaals genoemd (1%).

Slechts 2% van de vrouwen gaf aan hun partner als belangrijkste adviseur te beschouwen. Dat de attitude van de partner wel degelijk van belang is bij de beslissing van de vrouw blijkt uit de literatuur. Littman en medewerkers vonden dat 98% van de vrouwen wiens partner een positieve houding had ten opzichte van borstvoeding ook werkelijk borstvoeding gaf,³ terwijl slechts 27% van de vrouwen met partners die hier onverschillig tegenover stonden, besloot borstvoeding te gaan geven. Dit wordt bevestigd door Giugliani et al.,⁴ en door Arora et al.⁵ Beiden vonden dat de houding van de vader dé belangrijkste factor is bij de keuze voor borst- of flesvoeding. Wel dient hierbij opgemerkt te worden dat de inschatting van de moeder over

de houding van de vader niet altijd overeenkomt met de werkelijkheid. Freed et al. vonden dat vaders over het algemeen een positievere houding hadden dan door hun partner werd aangenomen.⁶

Borstvoedingspercentages mondiaal

In tabel 2 worden de borstvoedingspercentages voor verschillende landen gegeven. In vergelijking met andere landen valt Nederland in de middenmoot wat betreft het aantal moeders dat na de bevalling met borstvoeding begint. Wel is de duur van de borstvoedingsperiode relatief kort.

Om het geven van borstvoeding te bevorderen hebben de WHO en UNICEF in 1991 wereldwijd het *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) gelanceerd. Het accent ligt hierbij op verbetering van de werkwijze van de reguliere gezondheidszorg. Het BFHI beoogt instellingen te certificeren als zij aan bepaalde eisen voldoen met betrekking tot het borstvoedingsbeleid binnen de instelling. Deze eisen zijn verkort neergelegd in de zogenaamde *Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding* van UNICEF/WHO. Achterliggend idee bij het programma is dat verbetering van de prenatale en postnatale voorlichting en verhoging van de kwaliteit van zorg er toe leidt dat meer vrouwen langer en met meer voldoening hun kinderen de borst geven, zodat hun kinderen en zij zelf ten volle profiteren van de positieve effecten van borstvoeding op de gezondheid. Certificering van instellingen wordt in Nederland geregeld door de Stichting Zorg voor Borstvoeding. Op dit moment (januari 2001) zijn 11 kraamzorginstellingen en twee ziekenhuizen gecertificeerd, terwijl 13 kraamzorginstellingen en 22 ziekenhuizen interesse hebben in het behalen van het certificaat.

Uit de gegevens die verzameld werden tijdens de TNO-peiling blijkt dat er in Nederland een snelle daling van de borstvoedingspercentages in de eerste maand na de bevalling plaatsvindt (zie tabel 1). Tot voor kort werd dit geweten aan het feit dat veel

Tabel 2.

Percentage kinderen dat exclusief borstvoeding krijgt na de geboorte, op de leeftijd van 1, 3 en 6 maanden voor verschillende landen.

Land	Geboorte	1 mnd	3 mnd	6 mnd	Referentie
Nederland	77%	46%	21%	12%	2
Verenigde Staten	60%	-	-	22%	7
Australië	78%	-	62%	50%	8
Nieuw-Zeeland	94%	68%	48%	3%	9
Canada	83%	-	-	-	10
Spanje	91%	-	57%	24%	11
Italië	85%	-	37%	8%	12
Noorwegen	-	-	92%	80%	13
Zweden	-	-	-	60%	14
India	-	94%	73%	27%	15
Egypte	-	-	-	80%	16

vrouwen al spoedig na de bevalling hun werk hervatten. Tijdens het werk is er vaak onvoldoende gelegenheid voor het voeden en/of het afkolven van moedermelk. Deze gedachtengang wordt ondersteund door het feit dat in bijvoorbeeld Noorwegen, waar het zwangerschapsverlof wel kan oplopen tot anderhalf jaar, 92% van de zuigelingen op de leeftijd van 3 maanden borstvoeding krijgt. Echter, over het algemeen gaan Nederlandse moeders pas in de derde levensmaand van het kind weer aan het werk, terwijl de daling van het aantal moeders dat borstvoeding geeft zich al in de eerste maand na de bevalling voltrekt. Het is dus waarschijnlijk dat andere factoren, die al vroeg na de bevalling spelen, van groter belang zijn. Mogelijk is dit de kwaliteit van de begeleiding bij het starten en het op gang houden van de borstvoeding in de eerste maand. Dat een dergelijke veronderstelling niet irreal is, mag afgeleid worden uit het feit dat in werkgebieden van organisaties die volgens criteria van het BFHI zijn gecertificeerd, de borstvoedingspercentages boven die van de omliggende regio's liggen, zoals in de regio's Friesland Zuidwest en Den Haag. Daarnaast is er in deze regio's sinds de start van het programma sprake van gestaag stijgende borstvoedingspercentages. Voorlopige analyses laten bovendien zien dat in gecertificeerde regio's niet alleen het aantal moeders dat start met borstvoeding maar ook de duur van de borstvoedingsperiode boven het landelijk gemiddelde liggen.

Aanbevelingen en conclusie

Behalve de kwaliteit van de begeleiding in de eerste weken spelen andere factoren mogelijk een rol bij de keuze voor borst- of flesvoeding en de lengte van de periode waarin borstvoeding wordt gegeven. De landelijke peilingen *Melkvoeding van Zuigelingen* geven enig inzicht in deze factoren. Als gevolg van de opzet van de peiling kan maar een beperkt aantal variabelen gemeten worden. Een greep uit de overige determinanten die

mogelijk een rol spelen: de basishouding van de vrouw en haar partner ten aanzien van borstvoeding, sociale druk, vertrouwen in het eigen lichaam, praktische problemen en de vaardigheden om die op te lossen als ook de verwachtingen over de voor- en nadelen van borstvoeding.

In de medisch-wetenschappelijke literatuur is slechts een beperkt aantal studies voorhanden over de bevorderende en belemmerende factoren voor wat betreft het starten met- en het volhouden van borstvoeding. De meeste onderzoeken zijn van buitenlandse origine en het is waarschijnlijk dat de uitkomsten niet kunnen worden toegepast op de Nederlandse situatie. Inzicht in deze factoren is echter van groot belang om borstvoeding te promoten en moeders te stimuleren hun kinderen langer borstvoeding te geven.

Ruim 72% van alle zwangeren in Nederland wordt in de antenatale periode gezien door een verloskundige werkzaam in de eerstelijnspraktijk. Voldoende en heldere voorlichting over de voordelen van borstvoeding in deze periode kan een belangrijke rol spelen bij de keuze van vrouwen om zelf hun kinderen te voeden. Daarnaast moet in aanmerking genomen worden dat ongeveer 78% van de kraambedden doorgebracht wordt onder leiding van een verloskundige die formeel de medische verantwoordelijkheid draagt voor het welzijn van kraamvrouw en pasgeborene, inclusief het verloop van de voeding van de pasgeborene. Intensieve begeleiding en ondersteuning door de verloskundige in deze periode kan er aan bijdragen dat meer vrouwen met succes borstvoeding geven op het einde van de kraambedperiode waardoor mogelijk minder vrouwen stoppen met borstvoeding in de eerste maand na de geboorte. Verloskundigen zijn dus een belangrijke schakel in de keten van zorgverlening rondom borstvoeding. Een dergelijke investering in antenatale voorlichting en postnatale begeleiding betekent niet altijd een hogere werkdruk voor de praktijk. Aansluiting bij bestaande orga-

Tijdens het werk is er vaak onvoldoende gelegenheid voor het voeden en/of het afkolven van moedermelk

Nederland behoort mondiaal gezien tot de middenmoot als het gaat om het aantal vrouwen dat start met borstvoeding, maar behoort tot de onderste regionen als het gaat om de duur van de borstvoedingsperiode

nisaties die zich bezighouden met borstvoeding en gebruik maken van reeds bestaande voorlichtingsmaterialen is een manier om zonder verhoging van de werkdruk meer voorlichting te kunnen geven. Overeenstemming over voorlichting en adviezen met andere zorgverleners in de vorm van (soms al reeds bestaande) protocollen of gestructureerde werkinstructies garandeert eenduidigheid in beleid. Binnen de nieuwe structuren van samenwerkingsverbanden en Districts Verloskundige Platforms zou de mogelijkheid gecreëerd kunnen worden voor samenwerking met een lactatiekundige of andere inhoudsdeskundige die een deel van de intensievere begeleiding kan overnemen.

Concluderend: Nederland behoort mondiaal gezien tot de middenmoot als het gaat om het aantal vrouwen dat start met borstvoeding, maar behoort tot de onderste regionen als het gaat om de duur van de borstvoedingsperiode. Verbeterde prenatale voorlichting en verhoging van de kwaliteit van zorg kan er mogelijk toe leiden dat meer vrouwen hun kinderen langer de borst geven. ●

Met dank aan Rob Rodrigues Pereira

Referenties

- Holterman M, Nout SM. The economic benefit of breast-feeding in The Netherlands. Report on the savings on health care costs associated with breast-feeding due to protective effect of breast-feeding on illnesses of the child and mother. Amsterdam: Wetenschapswinkel Vrije Universiteit, 1998.

- Burgmeijer RJF, Brugman E, Reijneveld SA, Gijsman-den Hollander M, Radder J. Melkvoeding van zuigelingen. Peilingen Jeugdgezondheidszorg 1997/1998. Leiden TNO Preventie en Gezondheid, 1999.
- Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. The importance of father's approval. Clin Pediatr 1994; 33: 214-9.
- Giugliani ER, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. J Hum Lact 1994; 10: 157-61.
- Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of Father's attitude and milk supply. Pediatrics 2000; 106. URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/full/99/4/e67>.
- Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. Pediatrics 1992; 90: 224-227.
- Ryan AS. The resurgence of breastfeeding in the United States. Pediatrics 1997; 99. URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/full/99/4/e12>
- Scott JA, Aitkin I, Binns CW, Aroni RA. Factors associated with the duration of breast-feeding amongst women in Perth, Australia. Acta Paediatr 1999; 88: 416-21.
- Essex C, Smale P, Geddis D. Breast-feeding rates in New Zealand in the first 6 months and the reason for stopping. N Z Med J 1995; 108: 355-7.
- Williams PL, Innis SM, Vogel AM. Breast-feeding and weaning practices in Vancouver. Can J Public Health 1996; 87: 231-6.
- Carbonell X, Botet F, Figueras J, Alvarez E, Riu A. The incidence of breast-feeding in our environment. J Perinat Med 1998; 26: 320-4.
- Giovannini M, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Riva E. Epidemiology of breastfeeding in Italy. Acta Paediatr Suppl 1999; 88: 19-22.
- Nylander, 1999. Personal communication.
- Zetterström R. Breast-feeding and infant-mother interaction. Acta Paediatr Suppl 1999; 430: 1-6.
- Banpurmath CR, Nagaraj MC, Banapurmath S, Kesaree N. Breastfeeding practices in villages of central Karnataka. Indian Pediatr 1996; 33: 477-9.
- Darwish O, el Sahn F. Breastfeeding and fertility. Part II: Breast-feeding practices. J Egypt Public Health Assoc 1992; 67: 259-73.
- Jaarverslagen 1954-'92. Geneeskundige hoofdinspectie van de Volksgezondheid. 's Gravenhage: Staatsdrukkerij.

