



# Borstvoeding voor ieder kind?

Deze factsheet heeft als doel om aanknopingspunten te vinden voor lokaal en regionaal beleid omtrent borstvoeding en om de voorlichting aan aanstaande moeders over borstvoeding te verbeteren.

## Colofon

Irma Paijmans,  
Epidemioloog GGD  
HM

Lisa van Tol,  
stagiaire Gezondheid en Leven,  
Vrije Universiteit  
Amsterdam

tel: 088-3083336

publicatienummer:  
U16100

© december 2016

*De Jeugdgezondheidszorg bezoekt vrijwel alle ouders van pasgeborenen in de regio Hollands Midden (HM) ongeveer twee weken na de geboorte van de baby. Tijdens dit uitgebreide huisbezoek wordt onder andere de gezinssituatie, het verloop van de zwangerschap en bevalling en de gezondheid van de baby in de eerste paar weken geïnventariseerd. Ook wordt gevraagd naar het soort voeding dat de baby heeft gekregen op de geboortedag en ten tijde van het huisbezoek. In deze factsheet worden factoren beschreven die samengaan met het wel of niet geven van borstvoeding.*

*Op groepsniveau leveren de gegevens van het huisbezoek relevante informatie voor lokaal- en regionaal gezondheidsbeleid. Hiermee kunnen de gezondheidszorgprofessionals gerichter ouders begeleiden bij het maken van de keuze voor het al dan niet geven van borstvoeding, waardoor het gebruik van borstvoeding kan worden gestimuleerd. Deze informatie kan tevens gebruikt worden voor het opzetten van groepsvoorlichting aan aanstaande ouders. De GGD HM is, in samenwerking met het LUMC, de Verloskundige Coöperatie Leiden en omgeving (LEO) en Kraamorganisaties (KLEO) momenteel bezig met het opzetten van deze groepsvoorlichting. De voorlichting zal bestaan uit vier avonden en één van deze avonden, rond de 36<sup>e</sup> week van de zwangerschap, zal gaan over borstvoeding.*

## Inleiding

Borstvoeding is de beste voeding voor een pasgeboren baby. De World Health Organisation (WHO) raadt aan binnen een uur na de geboorte de eerste borstvoeding te geven en gedurende de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding te geven. Borstvoeding verkleint de kans op overgewicht, zowel voor het kind (ook op de lange termijn) als voor de moeder. Andere gezondheidsvoordelen van borstvoeding voor pasgeborenen zijn een verlaagde kans op besmettelijke ziekten, infecties en chronische aandoeningen (zoals eczeem, astma en allergieën). Volwassenen die in hun jeugd borstvoeding hebben gekregen, hebben minder vaak hoge bloeddruk en waarschijnlijk ook minder vaak diabetes. Borstvoeding verkleint tevens de kans op het ontwikkelen van diabetes bij de moeder omdat zij eerder op het gewicht komt van vóór de zwangerschap.

Aanstaande moeders hebben meestal samen met hun partner voorafgaand aan de geboorte van hun baby een besluit genomen voor het geven van borstvoeding of kunstvoeding. Deze keuze is mede afhankelijk van de gezinsomstandigheden, culturele achtergrond en kennis over de positieve effecten van borstvoeding op de gezondheid. Aandoeningen die binnen een gezin of familie voorkomen, kunnen een reden zijn om geen of juist wel borstvoeding te geven. Of het daadwerkelijk lukt om borstvoeding op de geboortedag van het kind te geven, hangt vermoedelijk ook af van de eventuele complicaties

tijdens de zwangerschap of bevalling en de gezondheid van de baby.

Uit landelijk onderzoek van TNO blijkt dat in 2015 80% van de moeders direct na de geboorte is gestart met het geven van borstvoeding. De belangrijkste reden die moeders aangeven om te starten met borstvoeding is omdat het gezonder is. Een andere, veel genoemde reden is de versterking van de band tussen moeder en kind. Hoogopgeleide moeders geven vaker als reden de gezondheid, laagopgeleide moeders vaker het contact met het kind.

In een verkennend onderzoek dat in Katwijk en Lisse in 2013 heeft plaatsgevonden, is gevraagd naar de redenen van moeders om *niet* te starten met borstvoeding geven. Als belangrijkste reden wordt genoemd dat kunstvoeding makkelijker is en dat de partner ook voeding wil geven. Een op de vijf moeders heeft vanwege eerdere negatieve ervaringen met borstvoeding besloten direct te starten met kunstvoeding.

Vooral in de eerste twee weken stoppen veel vrouwen met het geven van borstvoeding (landelijk van 80% bij de geboorte naar 59% bij 2 tot 3 weken). Na zes maanden geeft 39% uitsluitend borstvoeding. Belangrijkste reden om te stoppen is 'te weinig melk', gevolgd door 'borstvoeding was pijnlijk' en 'het aanleggen was moeilijk'. Deze redenen om te stoppen met borstvoeding geven zijn ook in de regio gevonden.

Op de geboortedag maakt het niet uit of de baby uitsluitend borstvoeding, of zowel borstvoeding als kunstvoeding krijgt. De keuze die veelal al voor de bevalling is gemaakt is namelijk die bepaalt of borstvoeding wordt gegeven op de geboortedag. Het op gang komen van de moedermelkproductie bepaalt of dit exclusief zal zijn of niet.

Het geven van zowel borst- als kunstvoeding na twee of drie weken is vaak een overgangsfase van moeders die willen stoppen met borstvoeding. Het is daarom interessant om te kijken welke moeders op dat moment nog gemotiveerd zijn om alleen borstvoeding te geven.

Uit een groot samenvattend onderzoek dat de resultaten van 28 onderzoeken over het effect van voorlichting over borstvoeding bestudeerde (in de Verenigde Staten), is gebleken dat voorlichting over borstvoeding effectief is; het percentage kinderen dat borstvoeding kreeg, ging omhoog. Dit effect was zowel op de korte als lange termijn (bij 6 maanden) zichtbaar.

In de literatuur zijn factoren beschreven die van invloed zijn op het geven van borstvoeding. Dit geldt onder andere voor het opleidingsniveau van de ouders, of het kind een meerling is, de gezinssituatie, of de moeder steun heeft van de partner, de leeftijd moeder, etnische achtergrond, de regio, aandoeningen bij de moeder en een bevalling via een keizersnede. In dit onderzoek wordt gekeken of de gegevens die standaard worden verzameld door de jeugdgezondheidszorg (JGZ), gebruikt kunnen worden om eventuele verschillen in het geven van borstvoeding te verklaren; bijvoorbeeld in de prevalentie van borstvoeding tussen gemeenten in de regio of tussen bevolkingsgroepen. Daarnaast zijn factoren onderzocht die mogelijk invloed kunnen hebben, maar die nog niet in literatuur zijn beschreven. Dit geldt bijvoorbeeld voor factoren tijdens de zwangerschap (gebruik genotmiddelen, medicijngebruik, verhoogde bloeddruk), complicaties bij de bevalling (anders dan een keizersnede) en de gezondheid van de baby (Apgar score). Tot slot zal gekeken worden of de factoren elkaar beïnvloeden.

## Vraagstelling

De onderzoeksvraag luidt: *Wat is de invloed van demografische factoren, het vóórkomen van erfelijke aandoeningen in de familie en het verloop van zwangerschap, bevalling en de gezondheid van het kind op het geven van borstvoeding op de geboortedag en twee tot drie weken na de geboorte?*

## Methode

De informatie van ruim 44.500 afgelegde huisbezoeken in de regio Hollands Midden (in 2010 tot en met 2015) zijn geregistreerd in het digitaal dossier van de JGZ. Niet alle huisbezoeken worden meegenomen in dit onderzoek (zie de eindnoot).

De jeugdverpleegkundige van de GGD stelt tijdens het huisbezoek onder andere vragen aan de ouder(s) op het gebied van gezinssamenstelling, demografische factoren van de ouders, erfelijke ziekten in de familie, bijzonderheden in het verloop

van de zwangerschap en bij de bevalling. De meetgegevens van de geboortedag (bijvoorbeeld geboortelengte en gewicht, hoofdomtrek en Apgarscore) worden overgenomen van het overdrachtsformulier van de verloskundige.

Bij borstvoeding op de geboortedag wordt gekeken of sprake is van enige borstvoeding (zowel alléén borstvoeding als gemengde voeding).

Bij borstvoeding in week 2 of 3 na de geboorte, gaat het om kinderen die uitsluitend borstvoeding op de dag van het huisbezoek hebben gehad.

De *demografische factoren* die zijn meegenomen in het onderzoek zijn: geslacht van de baby, of een baby deel uitmaakt van een levend geboren meerling, het aantal oudere kinderen binnen het gezin, geboorteland van de moeder (ingedeeld in Nederland, Oost-Europa, overige westerse landen, Marokko en overige niet-westerse landen), leeftijd van de moeder, hoogste opleidingsniveau van de ouders (ingedeeld in lager onderwijs (lo), lbo/mavo, havo/vwo/mbo en hbo/wo), werkpatroon van de partner (werkloos, parttime of fulltime), gezinssamenstelling (tweeoudergezin, éénoudergezin of anders), gemeente waar de baby woont en geboortjaar (2010 - 2015).

Bij het huisbezoek wordt navraag gedaan naar het voorkomen van *erfelijke aandoeningen* in de biologische familie. De volgende aandoeningen zijn meegenomen: epilepsie, diabetes, verstandelijke handicap, spierziekten, eczeem, astma/COPD, allergieën en psychi(atri)sche aandoeningen. Er is onderscheid gemaakt in het vóórkomen in de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> familielijn. De eerste lijn betreft de biologische ouders en de eventuele broers en zussen van de baby. De tweede familielijn betreft opa's, oma's, ooms en tantes van de baby. Verdere biologische familieleden vallen onder de derde familielijn.

Factoren waarnaar gekeken wordt uit de *zwangerschap* zijn: roken, alcohol-, of drugsgebruik, medicijngebruik en verhoogde bloeddruk van de moeder tijdens de zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur wordt onderscheid gemaakt in een korte (korter dan 37 weken), een normale en een lange zwangerschap (als de zwangerschap 42 weken of langer heeft geduurd). De verschillende wijzen van *bevalling* die onderscheiden worden, zijn: spontaan, met een tang, met een vacuümpomp, keizersnede of anders (voornamelijk ingeleide bevallingen en soms om bevallingen met een ruggenprik). *Gezondheidskenmerken* van de baby zijn een te laag geboortegewicht voor de bepaalde zwangerschapsduur en de Apgarscore. De Apgarscore is een maat voor de gezondheid van de baby en wordt zowel 1 minuut als 5 minuten na de geboorte gemeten.

Het wel/niet geven van enige borstvoeding na de geboorte en het wel/niet volledig geven van borstvoeding na 2 of 3 weken wordt vergeleken voor genoemde demografische, erfelijke, zwangerschaps-, bevallings- en gezondheidsfactoren. In deze factsheet worden alleen relevante verschillen beschreven.

Deel 1 van deze factsheet geeft informatie over de prevalentie van borstvoeding op de geboortedag en 2 tot 3 weken na de geboorte per gemeente (bij 25.200 huisbezoeken) en voor andere demografische factoren (bij 39.890 huisbezoeken).

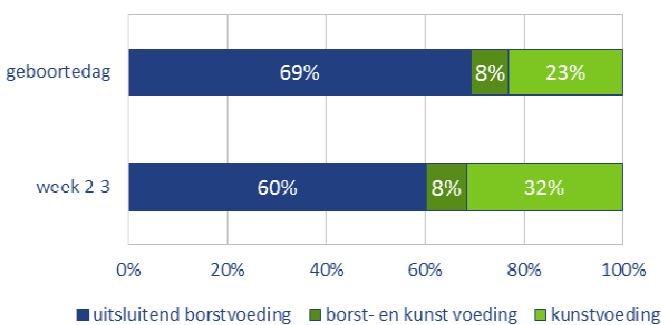
Deel 2 gaat in op de relatie tussen de demografische factoren onderling en op de andere factoren die eveneens gerelateerd zijn aan het geven van borstvoeding op de geboortedag (bij 42.332 huisbezoeken).

## DEEL 1 VERSCHILLEN IN BORSTVOEDING VOOR DEMOGRAFISCHE FACTOREN

### Prevalentie

In Hollands Midden krijgt 77% van de kinderen borstvoeding op de geboortedag: 69% krijgt uitsluitend borstvoeding en 8% zowel borst- als kunstvoeding (figuur 1). In week 2 of 3 na de geboorte zijn deze percentages gedaald naar 60% dat uitsluitend borstvoeding en 8% dat zowel borst- als kunstvoeding krijgt (68% krijgt enige borstvoeding).

De helft van de baby's die op de geboortedag zowel borst- als kunstvoeding krijgen, krijgt in week 2 of 3 uitsluitend borstvoeding. Een derde krijgt dan nog steeds zowel borst- als kunstvoeding en bij 17% is de moeder overgegaan op het geven van alleen kunstvoeding.



Figuur 1. Percentage baby's naar soort voeding op geboortedag en 2 tot 3 weken na de geboorte

### Geografische verschillen

In de *geografische tabel* (zie achterpagina) is te zien in welke gemeenten vaker of minder vaak borstvoeding wordt gegeven dan gemiddeld in de regio. In Katwijk en Lisse wordt minder vaak borstvoeding gegeven op de geboortedag, in Gouda, Leiden en Oegstgeest vaker. Twee tot drie weken na de geboorte zijn de verschillen minder groot: in Katwijk wordt minder vaak borstvoeding gegeven dan gemiddeld, in Oegstgeest vaker.

Het percentage baby's dat in de landelijke monitor van TNO (2015) borstvoeding op de geboortedag krijgt, is 80%. In de regio Hollands Midden is dit percentage iets lager: 77%. Het percentage baby's in Hollands Midden dat in de tweede of derde week uitsluitend borstvoeding krijgt is gelijk aan het landelijk gemiddelde (60% versus 59%).

### Demografische factoren

Nederlandse moeders beginnen het minst vaak met borstvoeding (74%), zie *kerncijfertabel* op de achterpagina. Moeders uit

een ander geboorteland starten vaker met borstvoeding dan Nederlandse moeders: 89% van de moeders uit een westers land, 91% van de moeders uit Marokko en 92% van de moeders uit een Oost-Europees land of een overig niet-westers land.

Bij baby's zonder oudere broertjes of zusjes wordt het vaakst gestart met borstvoeding (81%), bij baby's waar één ouder kind in het gezin is, het minst vaak (72%), daarna loopt het percentage weer op naar 78% bij meer dan twee oudere kinderen. Bij meerlingen is het percentage waarbij gestart wordt met borstvoeding relatief laag (63% ten opzichte van 77%).

Hoe ouder de moeder, hoe meer baby's borstvoeding krijgen op de geboortedag: van de baby's met moeders tot 25 jaar krijgt 72% borstvoeding, bij moeders van 40 jaar of ouder is dit 81%.

Als minimaal één ouder hoog is opgeleid (hbo of universiteit) wordt het vaakst gestart met borstvoeding (84%). Als het hoogste opleidingsniveau mbo/havo/vwo is, krijgt 67% van de baby's borstvoeding, bij mavo/lbo is het 59%. Bij ouders die alleen lager onderwijs hebben gevolgd, is het percentage weer hoger: 81%.

Van de moeders met een fulltime werkende partner start 76% met borstvoeding ten opzichte van 82% van de moeders waarbij de partner niet werkt en 84% bij een parttime werkende partner. Baby's in een gezin met twee ouders krijgen vaker borstvoeding (77%) dan baby's in een gezin met een andere samenstelling dan één of twee ouders (72%).

Twee tot drie weken na de geboorte is de relatie tussen borstvoeding en een- of meerling sterker geworden; een derde van de meerlingen krijgt (uitsluitend) borstvoeding ten opzichte van bijna twee derde van de eenlingen. Ook het verschil tussen gezinnen met twee biologische ouders en andere gezinnen (met een andere gezinssamenstelling) is duidelijker: baby's in een tweoudergezin krijgen vaker borstvoeding dan baby's in andere gezinnen.

### Trends in borstvoeding

Over de jaren 2010 tot en met 2015 zijn er geen verschillen gevonden in het percentage baby's dat op de geboorte of twee tot drie weken na de geboorte borstvoeding kreeg (*kerncijfertabel*).

## DEEL 2 SAMENHANG TUSSEN FACTOREN BIJ BORSTVOEDING GEBOORTEDAG

### Relatie tussen demografische factoren

Hoe ouder de moeder, hoe groter de kans dat zij al meer kinderen heeft. De invloed die deze twee factoren (leeftijd en het aantal oudere kinderen) hebben op het geven van borstvoeding, is echter tegengesteld: oudere moeders geven vaker borstvoeding, maar moeders die al één of twee kinderen hebben, geven minder vaak borstvoeding (zie kerncijfertabel).

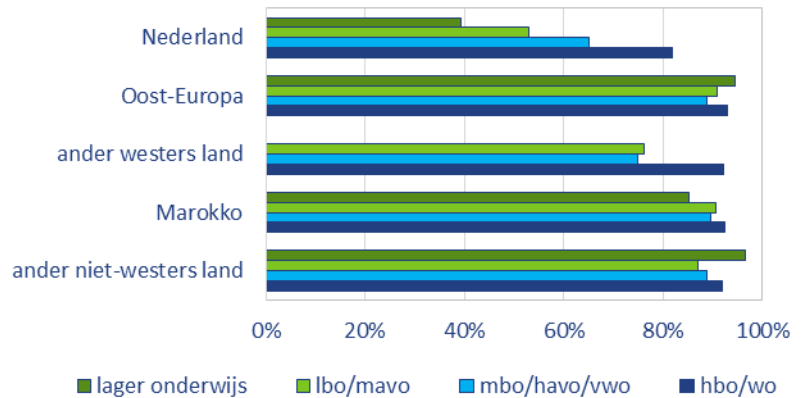
Bij Marokkaanse moeders is het aantal kinderen binnen het gezin niet van invloed op het geven van borstvoeding. Nederlandse, Oost-Europese of overig-westerse moeders starten vaker met borstvoeding geven als er nog geen oudere kinderen binnen het gezin zijn. Daarentegen starten moeders uit een overig niet-westers land relatief vaker met borstvoeding als er al meer dan twee oudere kinderen in het gezin zijn.

Onder Nederlandse moeders stijgt het percentage dat start met borstvoeding geven naarmate het opleidingsniveau van de ouders hoger is (figuur 2). Onder moeders uit andere westerse landen is te zien dat vooral in gezinnen met een hoog opleidingsniveau vaker borstvoeding wordt gegeven, maar een stijgende lijn is niet aanwezig zoals bij Nederlandse ouders. Onder Oost-Europese en Marokkaanse moeders is het opleidingsniveau niet van invloed op het starten met borstvoeding terwijl onder moeders afkomstig uit andere niet-westerse landen juist vaker gestart wordt als de ouders alleen lager onderwijs hebben.

Deze voorbeelden laten zien dat het belangrijk is om rekening te houden met het geboorteland van de moeder, voordat andere factoren met borstvoeding in verband worden gebracht. Daarom is voor de verdere presentatie van gegevens gekozen om voor de verschillende (categorieën van) landen van geboorte van de moeder te onderzoeken welke andere factoren onafhankelijk van elkaar van invloed zijn op het starten met borstvoeding. Naast de demografische factoren wordt gekeken naar de aanwezigheid van erfelijke aandoeningen/ziekten in de familie, bijzonderheden in de zwangerschap of bij de bevalling en de gezondheid van de baby op de geboortedag.

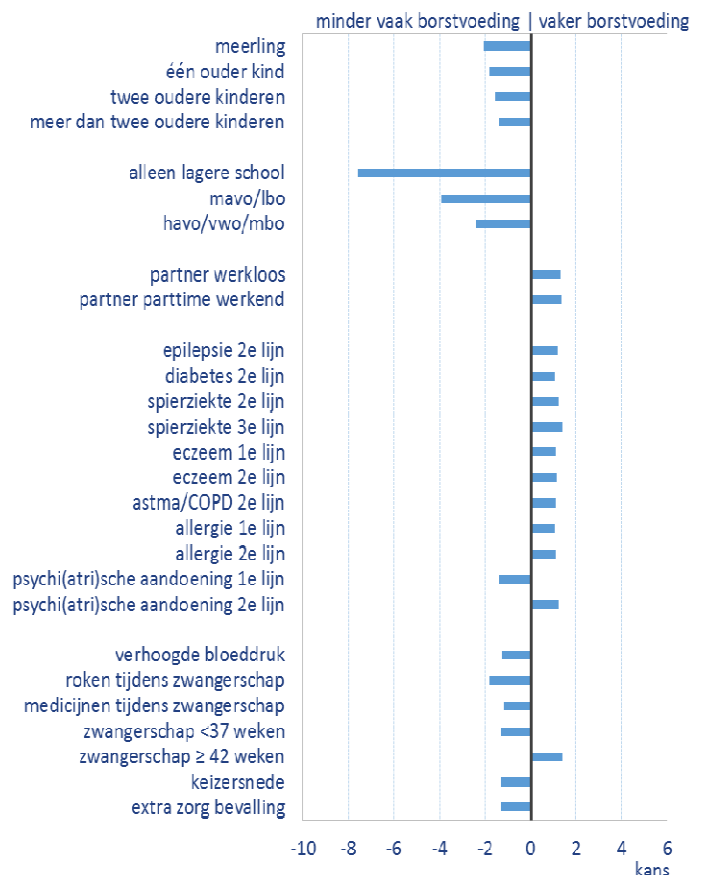
#### Nederlandse moeders

Voor Nederlandse moeders zijn veel factoren aan te wijzen die onafhankelijk van elkaar invloed hebben op het starten met borstvoeding. De factoren zijn weergegeven in figuur 3. Per factor zijn de antwoorden vergeleken met een referentiegroep: bijvoorbeeld zijn de meerlingen vergeleken met de



Figuur 2. Percentage borstvoeding op de geboortedag voor hoogste opleidingsniveau binnen het gezin, per geboorteland van de moeder

eenlingen en zijn de verschillende opleidingsniveaus vergeleken met het hoogste opleidingsniveau hbo/wo. De referentiegroep staat op de middellijn. De antwoorden met staafjes die links van de middellijn staan, verminderen de kans op het starten met borstvoeding, de staafjes rechts van de middellijn verhogen de kans op het starten. Hoe groter het staafje, hoe sterker de relatie.



Figuur 3. Kans op borstvoeding op de geboortedag per factor bij Nederlandse moeders

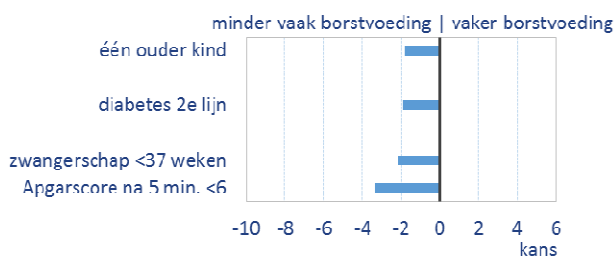
Voor het opleidingsniveau binnen het gezin heeft een sterk effect op de kans op borstvoeding op de geboortedag bij Nederlandse baby's. Een baby waarbij beide ouders alleen lager onderwijs hebben gevolgd, heeft een bijna 8 keer zo kleine kans op borstvoeding op de geboortedag als een baby met minimaal één hoog opgeleide ouder (hbo of wo). Als mavo of lbo het hoogste opleidingsniveau binnen het gezin is, heeft de baby een 4 keer zo kleine kans en als het hoogste opleidingsniveau havo/vwo/mbo is, is de kans ruim 2 keer zo klein. Ook bij meerlingen is de kans iets meer dan twee keer zo klein om borstvoeding te krijgen op de geboortedag ten opzichte van eenlingen. Naast deze factoren spelen ook een aantal andere factoren een rol in de afweging om niet te starten met borstvoeding maar deze relaties zijn kleiner dan bovenstaande factoren. Het gaat hier om de aanwezigheid van oudere kinderen in het gezin, roken en medicijngebruik tijdens de zwangerschap, verhoogde bloeddruk tijdens de zwangerschap, de te vroege geboorte van de baby (minder dan 37 weken) en een gecompliceerdere bevalling (met een keizersnede of extra zorg, zoals pijnbestrijding of een inleiding).

Factoren die Nederlandse moeders juist stimuleren om borstvoeding te geven, zijn de aanwezigheid van de partner in huis (partner werkt niet of werkt parttime) en het feit dat er bepaalde ziekten of aandoeningen in de familie voorkomen (voornamelijk in de tweede lijn). Het gaat hierbij om ziekten als epilepsie, diabetes, spierziekte, eczeem, astma/COPD en allergie. Dit geldt eveneens voor een psychi(atr)ische aandoening in de tweede lijn. Als een psychi(atr)ische aandoening voorkomt in de eerste lijn, vermindert dit de kans op het krijgen van borstvoeding. Daarnaast wordt bij baby's die langer dan twee weken na de uitgerekende datum worden geboren, vaker gestart met borstvoeding.

Ook als rekening wordt gehouden met de bovenstaande relaties met het starten met borstvoeding bij Nederlandse vrouwen, blijven verschillen bestaan tussen gemeenten. Moeders in Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Nieuwkoop en Oegstgeest starten vaker met borstvoeding, moeders in Katwijk en Lisse minder vaak. In Leiden zijn er geen verschillen meer ten opzichte van gemiddeld in de regio als rekening wordt gehouden met bovenstaande factoren.

### Oost-Europese moeders

Baby's van moeders die in Oost-Europa zijn geboren, hebben een 2 keer zo kleine kans op borstvoeding op de geboortedag als er al één ouder kind binnen het gezin is, als er diabetes in



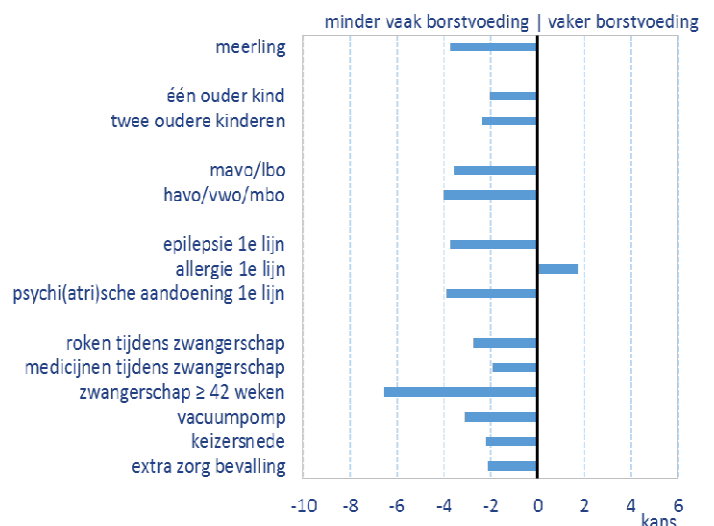
Figuur 4. Kans op borstvoeding op de geboortedag per factor bij Oost-Europese moeders

de tweede lijn van de familie voorkomt en als de baby te vroeg geboren is. Als de gezondheid van de baby 5 minuten na de geboorte minder gunstig is, is de kans bijna 4 keer zo klein op het krijgen van borstvoeding (figuur 4).

### Overig westerse moeders

Voor moeders die in een ander westers land zijn geboren, zijn net als voor Nederlandse moeders vooral opleidingsniveau, het aantal oudere kinderen binnen het gezin en of meer dan één baby tegelijk is geboren belangrijke factoren die het starten met borstvoeding belemmeren (figuur 5). Wanneer het hoogste opleidingsniveau binnen het gezin mavo/lbo of mbo/havo/vwo is, is de kans op borstvoeding bijna 4 keer zo klein als wanneer het hoogste opleidingsniveau binnen het gezin hbo/wo is. Wanneer er één of twee oudere kinderen binnen het gezin zijn, is de kans op borstvoeding op de geboortedag ruim 2 keer zo klein als wanneer er geen oudere kinderen binnen het gezin zijn en de kans dat meerlingen borstvoeding krijgen is bijna 4 keer zo klein.

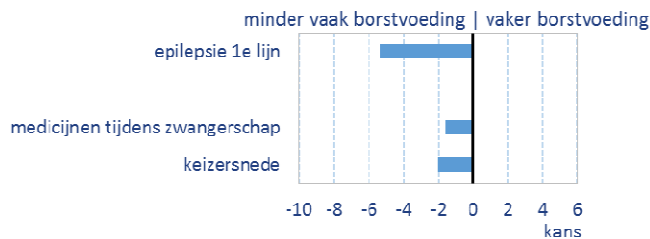
Baby's die twee of meer weken na de uitgerekende zwangerschapsdatum zijn geboren hebben een ruim 6 keer zo kleine kans op het krijgen van borstvoeding op de geboortedag. Als epilepsie of een psychiatrische aandoening binnen het gezin voorkomt, heeft een baby een 4 keer zo kleine kans op borstvoeding op de geboortedag. Bij roken en medicijngebruik tijdens de zwangerschap en een gecompliceerdere bevalling (via een vacuümpomp, een keizersnede of bij extra zorg), is de kans dat gestart wordt met borstvoeding 2 tot 3 keer zo klein. De kans op borstvoeding is 2 keer zo groot als er binnen het gezin allergie voorkomt.



Figuur 5. Kans op borstvoeding op de geboortedag per factor bij overig-westerse moeders

### Marokkaanse moeders

Onder Marokkaanse moeders bleek geen enkele onderzochte demografische factor van invloed op het starten met borstvoeding (figuur 6). Wel verkleint epilepsie in het gezin de kans op het starten met borstvoeding aanzienlijk (ruim 5 keer zo kleine kans). Daarnaast zijn medicijngebruik tijdens de zwangerschap



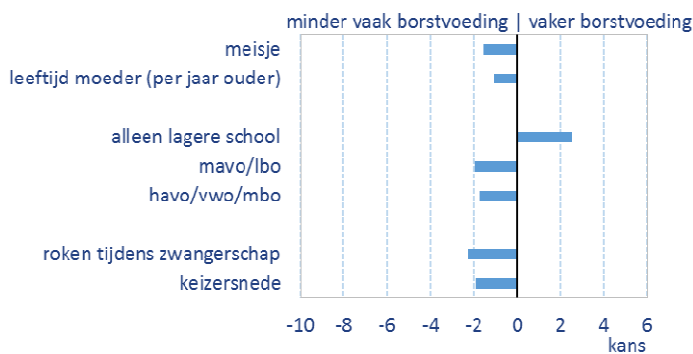
Figuur 6. Kans op borstvoeding op de geboortedag per factor bij Marokkaanse moeders

en een keizersnede factoren die de kans op het starten met borstvoeding verkleinen (2 keer zo klein).

### Overig niet-westerse moeders

Onder moeders die in een ander niet-westers land zijn geboren, is opleidingsniveau opnieuw een belangrijke factor voor het starten met borstvoeding. Echter, in tegenstelling tot moeders uit andere geboortelanden is hier de kans op borstvoeding juist groter (ruim 2 keer zo groot) als beide ouders alleen lager onderwijs hebben gevolgd in vergelijking tot gezinnen waarbij hbo of wo het hoogste opleidingsniveau is. De opleidingsniveaus mavo/lbo en mbo/havo/vwo verkleinen de kans op borstvoeding in vergelijking tot opleidingsniveau hbo/wo. Jongere niet-westerse moeders starten vaker met borstvoeding dan oudere moeders. Het is opvallend dat alleen bij deze categorie geboortelanden verschil is tussen jongens en meisjes. Voor meisjes is de kans op borstvoeding bijna 2 keer zo klein als voor jongens.

Erfelijke ziekten binnen de familie spelen bij deze groep moeders geen rol in de keuze voor het starten met borstvoeding. Wel is de kans op borstvoeding kleiner binnen deze groep als de moeder heeft gerookt tijdens de zwangerschap en als de baby via een keizersnede ter wereld is gekomen.



Figuur 7. Kans op borstvoeding op de geboortedag per factor bij overig niet-westerse moeders

## Discussie

De relaties tussen *demografische factoren* en het starten met borstvoeding zijn ook in andere onderzoeken gevonden, maar niet eerder is per geboorteland van de moeder de relatie met andere factoren nader onderzocht. Uit ons onderzoek blijkt dat deze relaties niet altijd aanwezig zijn als uitgesplitst wordt naar het geboorteland van de moeder. Dit geldt voor de relatie opleiding ouders, oudere kinderen in het gezin, meerlingen en de

steun van de partner. Laagopgeleide ouders, bij Nederlandse moeders en moeders uit overige westerse landen, starten minder vaak met het geven van borstvoeding, maar dit is niet het geval bij moeders uit Oost-Europa of Marokko. Laagopgeleide ouders uit overige niet-westerse landen geven zelfs vaker borstvoeding. Nederlandse en overig-westerse moeders van meerlingen starten minder vaak met borstvoeding en alleen bij Nederlandse moeders is een relatie gevonden tussen de werksituatie (en mogelijke steun) van de partner en het starten met borstvoeding. Een relatie met de leeftijd van de moeder (vaker borstvoeding als de moeder ouder is), is in dit onderzoek ook gevonden, maar valt weg als rekening wordt gehouden met andere demografische factoren zoals opleiding. De bevinding dat bij meisjes van moeders uit een niet-westers land (exclusief Marokko) minder vaak gestart wordt met borstvoeding, is niet in eerdere onderzoeken teruggevonden.

Naar de positieve effecten van het geven van borstvoeding op het vóórkomen van bepaalde *aandoeningen* later in het leven is vaker onderzoek gedaan. Maar of het vóórkomen van bepaalde ziekten in de familie een reden is om te starten met borstvoeding is niet onderzocht. Vooral bij Nederlandse vrouwen is een (zwakke) relatie gevonden met het vóórkomen van bepaalde ziekten in de familie. Bij baby's waarbij een allergie of eczeem binnen het gezin voorkomt, wordt vaker gestart met borstvoeding dan bij baby's waar dit niet voorkomt. Het aantal ziekten in de tweede familielijn (bij opa, oma, oom of tante), waarmee een positieve relatie met het starten met borstvoeding is gevonden, is groter: dit geldt voor epilepsie, diabetes, spierziekte, eczeem, allergie, astma/COPD en een psychi(atri)-sche aandoening. Als een psychi(atri)sche aandoening binnen het gezin (en dan vooral bij de ouders) voorkomt, wordt echter minder vaak gestart met borstvoeding. Bij overige westerse moeders en Marokkaanse moeders wordt ook minder vaak gestart met borstvoeding als epilepsie in het gezin voorkomt.

Bepaalde factoren in de *zwangerschap* en bij de *bevalling* geven een verkleinde kans op het starten met borstvoeding. Moeders die gerookt hebben of medicijnen hebben gebruikt tijdens de zwangerschap, starten hier minder vaak mee. Baby's die vóór de 37<sup>e</sup> week van de zwangerschap zijn geboren hebben een kleinere kans op borstvoeding op de geboortedag. Nederlandse baby's waarbij de zwangerschap langer heeft geduurd ( $\geq 42$  weken), krijgen vaker borstvoeding, baby's uit andere westerse landen echter minder vaak. Het feit dat een baby te licht is voor een bepaalde zwangerschapsduur, is geen extra reden voor de moeder om met borstvoeding te starten (maar krijgen ook niet minder vaak borstvoeding).

Bij een gecompliceerdere bevalling, bijvoorbeeld bij een keizersnede, maar ook bij het gebruik van een vacuümpomp of als extra zorg is geleverd (zoals pijnbestrijding of inleiding), krijgen minder baby's borstvoeding op de geboortedag. De relatie met een keizersnede is ook bij ander onderzoek gevonden.

Lokale verschillen in het geven van borstvoeding kunnen in dit onderzoek niet altijd verklaard worden met de onderzochte factoren. Blijkbaar zijn er nog andere factoren bij in Nederland geboren moeders in Katwijk en Lisse waardoor zij minder vaak beginnen met het geven van borstvoeding. Het geloof zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de lage borstvoedingspercentages. Dit is echter niet verder onderzocht. In Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Nieuwkoop en Oegstgeest blijven er ook onverklaarde (positieve) verschillen bij Nederlandse moeders. Wellicht wordt in deze gemeenten al veel aan voorlichting over borstvoeding gegeven.

Niet ieder kind heeft, in de zelfde mate, de kans om borstvoeding te krijgen. In dit onderzoek zijn de populatie verschillen beschreven. Niet onderzocht zijn individuele factoren, waaronder eerdere ervaringen van ouders of sociale normen die gelden in de omgeving van de ouders die de motivatie om wel of geen borstvoeding te geven kunnen beïnvloeden. Voor de juiste benadering tijdens voorlichtingen is het interessant om meer onderzoek te doen naar deze motivationele redenen.

### Aandachtspunten voor de voorlichting

Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen meestal al tijdens de zwangerschap besluiten borstvoeding te willen gaan geven, waardoor de (verloskundige) voorlichting mogelijk een belangrijke rol speelt in de besluitvorming. Moeders die gecertificeerde (kraam)zorg ontvangen starten vaker met borstvoeding. Of een moeder voorlichting over borstvoeding heeft ontvangen tijdens de zwangerschap is in dit onderzoek niet nagevraagd.

Uit dit onderzoek komen een aantal aandachtspunten naar voren waar bij een voorlichting over borstvoeding aan aanstaande ouders extra aandacht aan kan worden besteed:

- ◆ Richt de voorlichting vooral op Nederlandse moeders, en dan met name de lager opgeleide moeders;
- ◆ Benadruk bij niet-Nederlandse moeders de beschermende werking van het geven van borstvoeding op het ontstaan van ziekten;
- ◆ Besteed bij westerse moeders extra aandacht aan het feit dat borstvoeding goed mogelijk is als er oudere kinderen in het gezin zijn;
- ◆ Medicijngebruik van de moeder hoeft geen belemmering te zijn voor het geven van borstvoeding. Bespreken van de keuzes in een één op één gesprek kan het geven van borstvoeding bevorderen;
- ◆ Ook het geven van borstvoeding bij te vroeg geboren kinderen, bij een gecompliceerde bevalling en bij meerlingen zou extra onder de aandacht gebracht kunnen worden.
- ◆ Tijdens de voorlichting over borstvoeding kan het zinvol zijn te vragen wat redenen zijn om niet te willen starten met borstvoeding, zodat hierop kan worden ingespeeld.

### Referenties

In deze factsheet is gebruik gemaakt van de literatuurstudie die is uitgevoerd door Lisa van Tol in het kader van haar stageopdracht. De literatuurverwijzingen zijn te vinden in haar rapport (zie hieronder of op de website <https://www.awpgnzh.nl/aandachtsgebieden/jeugdgezondheidszorg/relationships-between-demographic-factors-and-breastfeeding-prevalence-on-the-day-birth-and-after-two-weeks>).

- ◆ *Relationship between demographic factors and breastfeeding prevalence on the day of birth and after two weeks.* van Tol, L., Paijmans, I.J.M., de Ruyter, J. Vrije Universiteit Amsterdam, juni 2016.
- ◆ *Borstvoeding vier weken en drie maanden na de geboorte.* Paijmans, I.J.M., Knook, P. Intern onderzoek GGD HM, 2014.
- ◆ *Factsheet borstvoeding.* Postma-Smeets, A., Stafleu, A. Voedingscentrum, maart 2016.



# Kerncijfers borstvoeding Hollands Midden

## Geografische tabel borstvoeding

N=25.200	op geboortedag <sup>a</sup>	2-3 weken na geboorte <sup>b</sup>
	%	%
<b>Nederland (TNO)</b>	80	59
<b>Hollands Midden</b>	77	60
<b>Subregio</b>		
Midden-Holland	78	61
Zuid-Holland Noord	76	60
<b>Gemeente</b>		
Alphen aan den Rijn	77	57
Bodegraven-Reeuwijk	80	64
Gouda	<b>82</b>	63
Hillegom	77	56
Kaag- en Braassem	78	62
Katwijk	<b>62</b>	<b>49</b>
Krimpenerwaard	73	57
Leiden	<b>82</b>	65
Leiderdorp	79	61
Lisse	<b>71</b>	56
Nieuwkoop	80	63
Noordwijk	76	61
Noordwijkerhout	75	59
Oegstgeest	<b>85</b>	<b>69</b>
Teylingen	78	64
Voorschoten	79	65
Waddinxveen	76	61
Zoeterwoude	79	59
Zuidplas	76	60

**rood** = ongunstiger dan gemiddeld in Hollands Midden

**groen** = gunstiger dan gemiddeld in Hollands Midden

<sup>a</sup> op geboortedag=enige borstvoeding

<sup>b</sup> 2-3 weken na geboorte=uitsluitend borstvoeding

### Eindnoot: aantal geselecteerde huisbezoeken:

Deel 1a: beschrijving prevalentie gemeenten: huisbezoeken die in week 2 of 3 zijn uitgevoerd en waarvan de gemeente ten tijde van het huisbezoek geregistreerd is.

Deel 1b: beschrijving overige demografische factoren: huisbezoeken die in week 2 of 3 zijn uitgevoerd bij baby's waarvan de biologische moeder aanwezig is in het gezin.

Deel 2: beschrijving relatie tussen demografische gegevens: huisbezoeken bij baby's waarvan de biologische moeder aanwezig is in het gezin en waarvan het geboorteland van de moeder bekend is.

De reden waarom huisbezoeken die in week 1 of na week 3 zijn uitgevoerd in deel 1 niet worden meegenomen is dat bij het huisbezoek wordt nagevraagd wat de 'voeding op dit moment' is. De kans dat de baby borstvoeding krijgt, neemt af naarmate de baby ouder wordt. Hierdoor worden echter baby's die langer in het ziekenhuis verblijven (zoals te vroeg geboren baby's), niet meegenomen. Ook bij borstvoeding op de geboortedag worden alleen huisbezoeken meegenomen die in week 2 of 3 hebben plaatsgevonden, zodat vergelijking tussen beide tijdstippen mogelijk is. Baby's waarvan de biologische moeder niet aanwezig is in het gezin (zoals bij gezinnen waar de moeder is overleden, waar twee pleegouders of twee adoptieouders zijn) worden niet meegenomen, omdat deze baby's geen borstvoeding krijgen.

## Kerncijfertabel borstvoeding

N=39.890	op geboortedag <sup>a</sup>	2-3 weken na geboorte <sup>b</sup>
	%	%
<b>Hollands Midden</b>	77	61
<b>Geslacht van het kind</b>		
jongen	77	60
meisje	76	61
<b>Meerling</b>		
ja	<b>63</b>	<b>34</b>
nee	<b>77</b>	<b>61</b>
<b>Aantal oudere kinderen<sup>1</sup></b>		
eerste kind	<b>81</b>	62
1 ouder kind	<b>72</b>	58
2 oudere kinderen	75	63
> 2 oudere kinderen	<b>78</b>	63
<b>Geboorteland moeder</b>		
Nederlands	<b>74</b>	<b>59</b>
Oost-Europa	<b>92</b>	<b>71</b>
ander westers land <sup>2</sup>	<b>89</b>	<b>72</b>
Marokko	<b>91</b>	66
ander niet-westers land <sup>3</sup>	<b>92</b>	<b>67</b>
<b>Leeftijd van de moeder</b>		
<20 jaar	<b>72</b>	<b>53</b>
20-24 jaar	<b>72</b>	<b>55</b>
25-29 jaar	75	59
30-34 jaar	<b>78</b>	<b>63</b>
35-39 jaar	<b>78</b>	<b>62</b>
> 39 jaar	<b>81</b>	59
<b>Hoogste opleidingsniveau van beide ouders<sup>4,5</sup></b>		
lager onderwijs	<b>81</b>	<b>57</b>
mavo/lbo	<b>59</b>	<b>42</b>
mbo/havo/vwo	<b>67</b>	<b>50</b>
hbo/wo	<b>84</b>	<b>69</b>
<b>Werkpatroon partner<sup>6</sup></b>		
fulltime	<b>76</b>	<b>60</b>
parttime	<b>84</b>	<b>68</b>
werkloos	<b>82</b>	63
<b>Gezinssamenstelling</b>		
tweeoudergezin	<b>77</b>	<b>61</b>
éénoudergezin	75	55
anders <sup>6</sup>	<b>72</b>	<b>53</b>
<b>Geboortejaar</b>		
2010	76	62
2011	77	61
2012	76	60
2013	77	61
2014	76	60
2015	77	61

**rood** = ongunstiger dan in andere groep(en)

**groen** = gunstiger dan in laagste groep(en)

<sup>1</sup> Oudere kinderen binnen het gezin kunnen volle-, half-, stief-, pleeg-, adoptie-, broers en zussen zijn. Of er regelmatig contact is, bepaalt of een ander kind hier als 'binnen het gezin' is meegeteld.

<sup>2</sup> Andere Europese landen, Japan, Indonesië, Noord-Amerika en Oceanië

<sup>3</sup> Turkije, Afrika, Azië en Latijns-Amerika

<sup>4</sup> Het opleidingsniveau, is de hoogste opleiding van de (verzorgende) ouder die het hoogst is opgeleid van beide ouders.

<sup>5</sup> De partner is de tweede verzorger van het kind, naast de biologische moeder. Dit is vaak de biologische vader, maar in sommige gevallen is het een tweede moeder of bijvoorbeeld een nieuwe partner van de moeder.

<sup>6</sup> Anders is bijvoorbeeld nieuw samengestelde gezinnen en co-ouderschap.

