

# Professionele steun van groot belang bij borstvoeding

Riet M.E. Haasnoot-Smallegange, Carry M. Renders, Anne Marie Oudesluys-Murphy en Remy A. Hirasing

Dat het geven van borstvoeding gunstige effecten voor kind en moeder heeft, is algemeen bekend. Zo biedt borstvoeding immunologische bescherming tegen diverse infecties<sup>[1]</sup>, en mogelijk een beschermend effect tegen aandoeningen als wiegendood<sup>[2]</sup>, allergische ziektes<sup>[3]</sup>, overgewicht<sup>[4]</sup>, hoge bloeddruk<sup>[5]</sup> en insulineafhankelijke diabetes mellitus<sup>[6]</sup>. Ook is er een verband tussen borstvoeding en een betere cognitieve ontwikkeling van het kind<sup>[7]</sup>. Bovendien heeft borstvoeding gunstige effecten op de moeder en op een hechte moeder-kindrelatie. Het advies van de WHO is daarom om zes maanden volledige borstvoeding te geven ([www.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/care\\_after\\_childbirth/yscom/en/](http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/en/)).

Ondanks alle voordelen is in Nederland het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft relatief laag vergeleken met dat in andere landen: al jaren start in Nederland ongeveer 78% van de moeders met het geven van borstvoeding<sup>[8]</sup>, maar stopt bijna 75% daarmee voordat de zuigeling vier maanden is<sup>[9]</sup>. In de Scandinavische landen, waar 99% van de moeders start met het geven van borstvoeding, doet 85% dat na 4 maanden nog steeds<sup>[10]</sup>. De ondersteuning die moeders ervaren van hun omgeving speelt een belangrijke rol bij het kiezen voor en het continueren van borstvoeding<sup>[11,12]</sup>.

Wij onderzochten het verband tussen (de keuze voor) het geven van borstvoeding en de steun die moeders hierbij ervaren van professionals en van hun sociale omgeving. Vragen hierbij waren:

- welke determinanten zijn tijdens de zwangerschap van belang voor de keuze voor borstvoeding? en

- is er een relatie tussen het ervaren van professionele en sociale steun en de voedingskeuze van de (aanstaande) moeders vóór en na de geboorte? Daarnaast gingen wij na wat de redenen waren voor de moeders om de borstvoeding geheel of gedeeltelijk te vervangen door kunstvoeding.

## Methode

Wij verrichtten een beschrijvend onderzoek, waarbij wij gegevens verzamelden van zwangere vrouwen die in de periode van 1 februari tot 1 september 2000 onder controle waren bij verloskundigen, huisartsen en gynaecologen en woonachtig waren in het werkgebied van de Thuiszorg Zuidwest-Overijssel. Alle vrouwen die zich meldden voor zwangerschapscontrole bij verloskundige, gynaecoloog of huisarts werd gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. De aanwezigheid van een taalbarrière was reden voor exclusie.

De (aanstaande) moeders vulden de vragenlijsten in op reguliere contactmomenten in week 27 en week 36 van de zwangerschap, en na de geboorte van de zuigeling op dag 1, en na de eerste en vierde maand. De voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijsten bevatten vragen over onder andere sociodemografische kenmerken, het aantal kinderen in het gezin, rookgewoonten en de aanwezigheid van een medische indicatie voor ziekenhuisbevalling. Tevens vroegen wij of de vrouw al eerder borstvoeding had gegeven en of zij zelf borstvoeding had gekregen.

Op elk meetmoment werd gevraagd naar de zuigelingenvoeding, gevolgd door de vragen: 'Van welke persoon uit de gezondheidszorg en van welke persoon uit de omgeving ervaart u de meeste steun bij deze keuze?' Dit was een meerkeuzevraag. Als er (meer) kunstvoeding werd geïntroduceerd, werd de reden hiervan genoteerd.

## Statistische analyse

De verschillen in achtergrondkenmerken tussen de zwangere vrouwen die kozen voor borstvoeding, voor kunstvoeding of die het nog niet wisten, onderzochten wij met behulp van 2- en t-toetsen. Vervolgens analyseerden wij de relatie tussen het ervaren van steun, zowel van professionals als van de omgeving, en de voedingskeuze (dit is de uitkomstmaat). Wij deden dat

*Drs. R.M.E. Haasnoot-Smallegange, arts Maatschappij en Gezondheid, verbonden aan het stafbureau*

*Jeugdgezondheidszorg Regio Twente, Enschede;*

*Dr. C.M. Renders, epidemioloog en prof.dr. R.A. Hirasing, jeugdarts, beiden verbonden aan het VU Medisch Centrum, EMGO Instituut, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam;*

*Prof.dr. A.M. Oudesluys-Murphy, kinderarts, verbonden aan het Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Kinder-geneeskunde, Leiden.*

*Correspondentie: dr. C.M. Renders ([cm.renders@vumc.nl](mailto:cm.renders@vumc.nl)).*

*Dit artikel verscheen op 6 maart 2009 in het NTvG 2009;153:B72*

voor gegevens in de 27e en 36e zwangerschapsweek, dag 1 na de geboorte, na een maand en na vier maanden. Wij maakten daarvoor gebruik van zowel univariate als multivariate logistische-regressieanalyse. Wij corrigeerden voor de factoren leeftijd, opleiding, aantal kinderen in het gezin, het eerder geven van borstvoeding, het zelf borstvoeding gehad hebben als kind, werk en rookgewoonten.

## Resultaten

Van 404 vrouwen werden gegevens verzameld (tabel 1). Dit betrof 39% van het aantal geboorten in Zuidwest-Overijssel in de periode februari-september 2000. In de 27e en 36e zwangerschapsweek had 95% (n = 347) van

de aanstaande moeders een voedingskeuze gemaakt en koos ongeveer 80% (n = 325) voor borstvoeding. In week 36 maakte 93% van de zwangere vrouwen dezelfde voedingskeuze als in week 27. Op dag 1 na de geboorte gaf 76% (n = 277) van de moeders borstvoeding, 19% (n = 71) kunstvoeding en 5% (n = 19) gemengde voeding. 4 maanden na de geboorte gaf 28% (n = 85) uitsluitend borstvoeding, 57% (n = 170) kunstvoeding en 15% (n = 46) gemengde voeding (tabel 2).

De zwangere vrouwen die in week 27 voor borstvoeding kozen, waren in vergelijking met vrouwen die voor kunstvoeding kozen of nog geen keuze hadden gemaakt, hoger opgeleid, hadden vaker vroeger zelf borstvoeding gehad en vaker al eerder borstvoeding gegeven. Ook gaven zij relatief vaker aan professionele steun te ervaren. Onder hen waren minder rokers, en zij hadden minder vaak een medische indicatie voor een ziekenhuisbevalling (zie tabel 1). In week 27 gaf 53% (n = 213) van de zwangeren in ons onderzoek aan zich op dat moment niet gesteund te voelen door professionals bij de voedingskeuze.

In tabel 2 en 3 is de relatie weergegeven tussen het ervaren van professionele of sociale steun en de keuze van de (aanstaande) moeders voor het wel of niet geven van borstvoeding tijdens de zwangerschap en op verschillende momenten na de geboorte. Het ervaren van steun uit de sociale omgeving bleek niet significant samen te hangen met de keuze voor kunst- of borstvoeding, zowel vóór als na de geboorte. Alleen na 1 maand bleek het ervaren van sociale steun licht negatief gerelateerd aan het geven van borstvoeding (oddsratio (OR): 0,18; 95%-BI: 0,03-0,94).

Het ervaren van professionele steun was zowel tijdens de zwangerschap (week 27) als vlak na de geboorte positief gerelateerd aan de keuze voor en het daadwerkelijk geven van borstvoeding (OR: 2,89; 95%-BI: 1,30-6,42 respectievelijk OR: 2,68; 95%-BI: 1,11-6,46). Op de tijdstippen een en vier maanden na de geboorte was deze relatie niet meer significant. De professionals van wie de vrouwen steun ondervonden, waren (in afnemende frequentie): de kraamverzorgende, de verloskundige, de gynaecoloog, de docent Zwangerschapsbegeleiding, de wijkverpleegkundige, de huisarts, de kinderarts en de verpleegkundige van het ziekenhuis. Vanaf de eerste maand speelde het consultatiebureauteam een belangrijke rol bij de voeding van het kind.

Redenen die de moeders noemden om direct na de geboorte kunstvoeding (bij) te geven waren: de baby drinkt niet goed, er is onvoldoende borstvoeding, de baby heeft een laag gewicht en de baby valt af. In de eerste twee levensmaanden waren de voornaamste redenen om

**Tabel 1**

Achtergrondgegevens van 404 zwangere vrouwen in relatie tot de keus voor borst- of kunstvoeding in de 27e week van de zwangerschap

kenmerk*	aantal (%)		
	borst-voeding	kunst-voeding	'weet niet'
voedingskeuze (n = 404)	325 (80)	57 (14)	22 (5)
geboorteland van de zwangere			
Nederland (n = 376)	299 (92)	56 (98)	21 (95)
ander land (n = 28)	26 (8)	1 (2)	1 (5)
opleiding†			
basisschool, lbo of mavo (n = 101)	66 (21)	27 (48)	8 (40)
havo, vwo of mbo (n = 164)	132 (42)	24 (43)	8 (40)
hbo of universiteit (n = 125)	116 (37)	5 (9)	4 (20)
leeftijd in jaren			
< 35 (n = 332)	265 (82)	47 (84)	20 (95)
≥ 35 (n = 68)	58 (18)	9 (16)	1 (5)
rangnummer van het kind in het gezin			
oudste kind (n = 184)	156 (48)	20 (35)	8 (38)
reeds meerdere kinderen in het gezin (n = 217)	167 (52)	37 (65)	13 (62)
ervaring met borstvoeding‡			
niet van toepassing (het betreft het oudste kind) (n = 189)	158 (49)	22 (39)	9 (45)
alleen ervaring met kunstvoeding (n = 35)	11 (3)	19 (33)	5 (25)
ja (n = 177)	155 (48)	16 (28)	6 (30)
heeft de zwangere zelf borstvoeding gehad?§			
nee (n = 122)	86 (28)	27 (50)	9 (56)
ja (n = 259)	225 (72)	27 (50)	7 (44)
heeft de zwangere werk naast de huishouding?¶			
nee of < 12 h per week (n = 116)	90 (28)	20 (35)	6 (29)
ja: ≥ 12 h per week (n = 286)	234 (72)	37 (65)	15 (71)
medische indicatie voor ziekenhuisbevalling‡			
nee (n = 283)	240 (75)	33 (60)	10 (46)
ja (n = 114)	80 (25)	22 (40)	12 (54)
roken tijdens zwangerschap§			
nee (n = 338)	278 (89)	45 (80)	15 (71)
ja (n = 52)	35 (11)	11 (20)	6 (29)

\*Niet bij alle respondenten waren alle kenmerken bekend.

†Significant verschil bij vergelijking van de subgroepen:  $p < 0,001$ .

‡Significant verschil bij vergelijking van de subgroepen:  $p < 0,01$ .

§Significant verschil bij vergelijking van de subgroepen:  $p < 0,05$ .

Tabel 2

De door 404 (aanstaande) moeders ervaren professionele en sociale steun bij de keuze voor borst- of kunstvoeding, op verschillende momenten vóór en na de geboorte

	aantal (%)								
	27e week van de zwangerschap (n = 404)			dag 1 na de geboorte (n = 367)			4 maanden na de geboorte (n = 301)		
	borstvoeding	kunstvoeding	'weet niet'	borstvoeding	kunstvoeding	gemengd	borstvoeding	kunstvoeding	gemengd
voedingskeuze	325 (80)	57 (14)	22 (5)	277 (76)	71 (19)	19 (5)	85 (28)	170 (57)	46 (15)
professionele ondersteuning*									
nee	161 (50)	40 (70)	12 (55)	36 (13)	12 (17)	5 (26)	31 (36)†	42 (25)	21 (46)
ja	155 (48)	14 (25)	5 (23)	190 (69)	38 (54)	11 (58)	24 (28)	52 (31)	9 (20)
onbekend‡	9 (3)	3 (5)	5 (23)	51 (18)	21 (30)	3 (16)	30 (35)	76 (45)	16 (35)
sociale ondersteuning†									
nee	54 (17)	6 (11)	6 (27)	28 (10)	4 (6)	0 (0)	9 (11)	8 (5)	4 (9)
ja	249 (77)	47 (82)	9 (41)	205 (74)	47 (66)	16 (84)	50 (59)	88 (52)	28 (61)
onbekend‡	22 (7)	4 (7)	7 (32)	44 (16)	20 (28)	3 (16)	26 (31)	74 (44)	14 (30)

\*Significant verschil bij vergelijking van de subgroepen 27e week voor zwangerschap:  $p < 0,01$ .  
†Significant verschil bij vergelijking van de subgroepen 27e week voor zwangerschap:  $p < 0,05$ .  
‡Niet alle respondenten gaven antwoord op deze vragen

met borstvoeding te stoppen: onvoldoende groei van het kind volgens de moeder, slecht drinken en krampjes. Problemen met het geven van de borstvoeding zoals kloofjes, pijn of borstontsteking waren moedergerelateerde redenen om te stoppen. In de derde en vierde maand gaven de moeders hun (toekomstige) werk op als voornaamste reden om met de borstvoeding te stoppen. Na een maand gaven hoogopgeleiden, degenen die zelf borstvoeding hadden gehad en degenen die eerder borstvoeding hadden gegeven, vaker borstvoeding ( $p < 0,05$ ). Na vier maanden gaven niet-werkenden, vrouwen die niet rookten, vrouwen die zelf borstvoeding hadden gehad en vrouwen die eerder borstvoeding hadden gegeven, vaker borstvoeding ( $p < 0,05$ ). Ons onderzoek toonde een relatie tussen opleiding en de keuze voor borstvoeding: laagopgeleide vrouwen gaven minder vaak borstvoeding. Op dag 1 waren de percentages 59 ( $n = 68$ ) voor laagopgeleiden, 73 ( $n = 108$ ) voor midden-, en 83 ( $n = 98$ ) voor hoogopgeleiden ( $p < 0,05$ ). Na een maand waren de respectievelijke percentages 52 ( $n = 41$ ), 63 ( $n = 85$ ) en 73 ( $n = 78$ ) ( $p < 0,05$ ).

### Beschouwing

Bijna alle zwangere vrouwen (95%) hadden in de 27e week al een besluit over de voeding genomen; 7% wijzigde deze keuze later tijdens de zwangerschap. Uit een eerder onderzoek bleek dat 38% van de vrouwen zelfs vóór de zwangerschap al een voedingskeuze maakte<sup>[13]</sup>. De factoren 'opleiding', 'gezondheidstoestand' en 'roken van de zwangere', die in ons onderzoek samenhangen met de voedingskeuze, worden ook in andere onderzoeken genoemd<sup>[14,15]</sup>. Moeders die vroeger zelf borstvoeding hadden gekregen, kozen vaker voor borst-

voeding. Mogelijk speelde de sociale omgeving, met name de (toekomstige) oma's, hierbij een rol<sup>[16]</sup>. Verder blijkt de ervaring die is opgedaan met het geven van borstvoeding belangrijk voor de voedingskeuze tijdens de volgende zwangerschap.

### Ruimte voor verbetering

In dit onderzoek koos ongeveer 80% van de vrouwen tijdens de zwangerschap voor borstvoeding en startte 76% ook daadwerkelijk met borstvoeding. Dat komt overeen met eerdere getallen: na een lichte stijging in de jaren negentig ligt in Nederland het percentage vrouwen dat start met borstvoeding al langere tijd rond 80%<sup>[9]</sup>. Dit is lager dan in bijvoorbeeld Scandinavische landen, waar dit percentage 99 is<sup>[10]</sup>. De duur van het geven van borstvoeding is sinds 1996 licht toegenomen, maar het verschil met een aantal andere Europese landen op dit punt blijft erg groot<sup>[16]</sup>. Zo bedraagt in Nederland het

Tabel 3

De relatie tussen de ervaren professionele en sociale steun en de keuze voor het geven van borstvoeding, op verschillende momenten vóór en na de geboorte

keuze voor borstvoeding	ervaren steun (OR; 95%-BI)*	
	sociaal	professioneel
27e week van de zwangerschap	0,57 (0,19-1,69)	2,89 (1,30-6,42)
1 dag na de geboorte	0,49 (0,13-1,83)	2,68 (1,11-6,46)
1 maand na de geboorte	0,18 (0,03-0,94)	1,07 (0,48-2,37)
4 maanden na de geboorte	0,85 (0,24-3,07)	0,90 (0,43-1,88)

OR = oddsratio.  
\*OR is gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding, rangnummer van het kind, ervaring met het geven van borstvoeding, vroeger zelf borstvoeding hebben gehad, werk (geen werk of < 12 h per week versus  $\geq 12$  h werk per week) en roken.

percentage moeders dat na 4 maanden nog borstvoeding geeft 28, tegenover 85% in de Scandinavische landen. Dit onderzoek laat zien dat er ruimte voor verbetering is voor zowel het percentage vrouwen dat wil starten met borstvoeding als voor het percentage moeders dat na 4 maanden nog borstvoeding geeft.

### Steun en begeleiding bij borstvoeding

Vrouwen die tijdens de zwangerschap professionele steun ervoeren, kozen volgens ons onderzoek vaker voor borstvoeding dan vrouwen die dit niet ervoeren. Echter, meer dan de helft van de zwangeren in ons onderzoek (53%) gaf in de 27e zwangerschapsweek aan zich niet gesteund te voelen door professionals bij de voedingskeuze. Hier is nog winst te behalen, die zou kunnen resulteren in een verhoging van het percentage moeders dat start met borstvoeding.

Uit ons onderzoek bleek tevens dat moeders die vlak ná de geboorte geen ondersteuning ervoeren, vaker kunstvoeding gaven. Zij waren vaak ongerust over onvoldoende groei van hun kind in de eerste dagen en hadden problemen met het aanleggen. Zij gaven aan dat de (praktische) begeleiding en voorlichting daarbij tekortschoten. Met voorlichting en begeleiding vóór en na de geboorte zou er vooral aandacht moeten komen voor het op gang komen van de borstvoeding, het aanleggen, het groeipatroon van de pasgeborene en klachten over de borsten na de bevalling. Omdat er rondom de geboorte veel verschillende professionals betrokken bleken te zijn bij de advisering over de voeding, zouden uniformiteit en afstemming, bijvoorbeeld in de vorm van een borstvoedingsprotocol, er eveneens toe kunnen bijdragen dat vrouwen meer steun op dit gebied ervaren. Jeugdgezondheidszorgmedewerkers zouden ervaren moeders in contact kunnen brengen met jonge of onzekere (aanstaande) moeders<sup>[17,18]</sup>. Het zien van een kind aan de borst kan een positieve invloed hebben op de voedingskeuze<sup>[19]</sup>. Lactatiekundigen kunnen voorlichting geven tijdens de zwangerschap en deskundige hulp bieden bij problemen bij het geven van borstvoeding, wat kan bijdragen aan het meer en langer geven daarvan. Het belang van de sociale omgeving wordt in diverse onderzoeken benadrukt<sup>[14-16]</sup>. In ons onderzoek beleefden de meeste moeders steun van hun omgeving bij de voeding van het kind, ongeacht hun keuze voor borst- of kunstvoeding. Na een maand werd een licht negatieve relatie gevonden tussen de ervaren steun uit de sociale omgeving en het geven van borstvoeding. De houding ten aanzien van borstvoeding van de partner of anderen uit de sociale omgeving werd niet nagegaan. Mogelijk voelde de moeder zich gesteund in haar beslissing om geen borstvoeding meer te geven, bijvoorbeeld als de partner graag een flesje kunstvoeding wilde geven of

als er klachten van de moeder waren die aan de borstvoeding gerelateerd werden. Bij deze problemen ging het om tepelkloven, borstontsteking, klachten over stuwing en pijn aan de borsten. De redenen die moeders noemen om met de borstvoeding te stoppen, komen overeen met gegevens uit eerder Nederlands onderzoek<sup>[9]</sup>. Vooral het (weer) gaan werken wordt als reden genoemd om vroegtijdig te stoppen. Het zwangerschapsverlof in Nederland van 16 weken, waarvan 10-12 weken na de geboorte, staat in schril contrast met de verlofmogelijkheden in de Scandinavische landen en kan mede oorzaak zijn van de lage borstvoedingspercentages in Nederland. Mogelijkheden voor een andere verlofregeling, bijvoorbeeld borstvoedingsverlof, moeten onderzocht worden om het effect op de duur van de borstvoeding na te gaan. Daarnaast kunnen professionals tijdig de combinatie van borstvoeding en een baan aan de orde stellen.

### Uitleg

Lactatiekundige: een hbo-opgeleide deskundige die ouders en kind bij alle aspecten van de borstvoeding professioneel begeleidt; geeft voorlichting en scholing ter bescherming, bevordering en verbetering van de borstvoeding (<http://www.nvlborstvoeding.nl/>).

### Beperkingen

Het onderzoek richtte zich op professionele en sociale steun zoals die door de vrouw zelf werd ervaren; daarom werd gevraagd naar de beleving van de (aanstaande) moeder zelf. Door de keuze voor een vragenlijst werd de daadwerkelijk verkregen steun niet gemeten, waardoor niet is nagegaan of er geen steun werd gegeven of dat de steun niet goed aansloot bij de wensen van de (toekomstige) moeder.

Dit onderzoek vond plaats in 2000 en onze gegevens zijn dus relatief oud. Echter, de vraag of professionals meer aandacht moeten besteden aan het stimuleren van het geven van borstvoeding en wat het effect daarvan is, is in de tussentijd niet beantwoord in andere studies. Internationaal is hier nog weinig over gepubliceerd en nationaal is ons geen publicatie bekend. Beantwoording van deze vraag is van belang gezien de voordelen van borstvoeding. Die kunnen optimaal benut worden door meer moeders te stimuleren met borstvoeding te beginnen en hen te stimuleren langer borstvoeding te geven. Onze onderzoekspopulatie betrof 39% van het aantal geboorten in de betreffende periode en betrof relatief weinig laagopgeleide vrouwen en vrouwen van buitenlandse afkomst. Mogelijk was er selectie opgetreden (taalbarrière was reden voor exclusie) en valt er in een algemenere populatie dus nog meer winst te behalen, gezien de relatie tussen opleiding en de keuze voor en het daadwerkelijk geven van borstvoeding.

### Leerpunten

95% van de zwangere vrouwen in Nederland kiest vóór de geboorte al voor borst- (80%) of kunstvoeding. Direct na de geboorte gaf 76% uitsluitend borstvoeding, maar na 4 maanden was dit percentage gedaald tot nog maar 28. In de Scandinavische landen start 99% van de vrouwen met borstvoeding. Na 4 maanden geeft 85% die nog steeds.

Het ervaren van professionele steun deed meer zwangeren kiezen voor borstvoeding.

Zorgen over de groei van het kind, problemen met het geven van borstvoeding en het weer gaan werken waren redenen vroeg te stoppen met borstvoeding.

Voorlichting en begeleiding vóór én na de geboorte kunnen meer vrouwen stimuleren tot het (langer) geven van borstvoeding.

### Conclusie

De keuze voor borst- of kunstvoeding wordt in de zwangerschap gemaakt en wijzigt amper na de bevalling. Al jaren start ongeveer 80% van de moeders in Nederland met het geven van borstvoeding, maar velen gaan al snel over op kunstvoeding. Het is van belang een plan te ontwikkelen gericht op de zwangerschapsperiode om borstvoeding te stimuleren. Rondom de geboorte blijkt afstemming tussen verschillende zorgverleners noodzakelijk, evenals het betrekken van de partner om de duur van de borstvoeding te verlengen. Vier maanden na de geboorte ervaren de moeders weinig professionele steun bij het geven van borstvoeding. Hier is nog winst te behalen. Als borstvoeding bij een kind slaagt, heeft dit ook voordelen voor toekomstige broertjes en zusjes, en kan de ervaring met borstvoeding doorgegeven worden aan de volgende generatie. ■

**De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 24a van de digitale versie van dit tijdschrift.**

# Prenatale Counseling

## Aankondiging van nieuwe ontwikkeling

*Wies Maarse, Aebele Mink van der Molen, Corstiaan Breugem en Lou Pistorius*

### Introductie

Schisis is een van de meest voorkomende aangeboren afwijkingen, met een geboorte-incidentie van ongeveer 350 kinderen per jaar. Door een vernieuwde wetgeving, die werd geïntroduceerd in 2007, kan er door middel van echografie in het tweede trimester van de zwangerschap worden gescreend op deze afwijking. Dit impliceert dat ouders waarvan tijdens de zwangerschap een schisis bij de foetus wordt aangetoond, goed moeten worden begeleid. Verschillende schisisteams in Nederland hebben hiervoor al een prenataal spreekuur waarbij counseling centraal staat. Het blijkt echter dat over de invulling van deze begeleidingsmethodiek verschillend wordt gedacht. De Nederlandse Vereniging van Plastische chirurgie (NVPC) heeft het initiatief genomen voor de ontwikkeling van een nieuwe richtlijn: 'Prenatale Counseling bij Schisis'.

In 2006 werd de echoscreening die plaatsvindt tussen de 18-22ste week van de zwangerschap opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Nog geen jaar later adviseerde de Gezondheidsraad aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om tijdens deze echografie tevens te screenen op schisis, hartafwijkingen en buikwanddefecten.

Tegenwoordig kiest meer dan 90% van de zwangere vrouwen in Nederland voor dit structureel echografisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap. Door de combinatie van deze toenemende vraag en de verbeterde technologische ontwikkelingen van de echoapparatuur (Demircioglu et al. 647-51; Offerdal et al. 639-46), is er sprake van een verhoogde detectie van prenatale afwijkingen. Ook een lipspleet en gehemeltespleet worden vaker vastgesteld. Verloskundigen zullen deze ontwikkeling signaleren omdat zij vaak de rol vervullen van echografist in de eerstelijns. Ook indien er voor aanvullende echografie wordt doorverwezen, blijft

*Wies Maarse is arts-onderzoeker op de afdeling plastische chirurgie van het UMC Utrecht. Aebele Mink van der Molen en Corstiaan Breugem zijn plastisch chirurg in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht en verbonden aan het schisisteam van het WKZ. Lou Pistorius is gynaecoloog in het WKZ.*

*Correspondentie: w.maarse@umcutrecht.nl; 06-26598153.*

## Professionele steun van groot belang bij borstvoeding

- 1 Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:105-23.
- 2 Alm B, Wennergren G, Norvenius SG, Skjaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Arch Dis Child.* 2002;86:400-2.
- 3 Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ.* 1998;316:21-5.
- 4 Armstrong J, Reilly JJ. Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet.* 2002;359:2003-4.
- 5 Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet.* 2001;357:413-9.
- 6 Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:125-41.
- 7 Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breastfeeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Arch Dis Child.* 2001;85:183-8.
- 8 Lanting CI, van Wouwe JP. Peiling melkvoeding van zuigelingen 2007. *Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding.* Leiden: TNO; 2007.
- 9 Bulk-Bunschoten AM, van Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, de Groot CJ. Reluctance to continue breastfeeding in the Netherlands. *Acta Paediatr.* 2001;90:1047-53.
- 10 Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr.* 2001;4:631-45.
- 11 Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers [Cochrane review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD001141.
- 12 Van der Wal MF. Borstvoeding onder autochtone en allochtone moeders in Amsterdam 1992-1993. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1995;139:19-22.
- 13 Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics.* 2001;107:543-8.
- 14 Lanting CI, van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr.* 2005;94:935-42.
- 15 McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women. *BMC Public Health.* 2001;1:10.
- 16 Ekström A, Widström AM, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth.* 2003;4:261-6.
- 17 Hoddinott P, Lee AJ, Pill R. Effectiveness of a breastfeeding peer coaching intervention in rural Scotland. *Birth.* 2006;33:27-36.
- 18 Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ.* 2002;166:21-8.
- 19 Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ.* 1999;318:30-4.