

Promotion and support of breastfeeding

Citation for published version (APA):

Kools, E. J. (2004). *Promotion and support of breastfeeding*. Maastricht University.

Document status and date:

Published: 01/01/2004

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SAMENVATTING

Borstvoeding gedurende zes maanden heeft voordelen voor de gezondheid van moeder en kind. In Europa start 80% van de moeders met de borstvoeding, maar slechts een klein percentage moeders houden de borstvoeding langer dan een paar maanden vol. Daarom hebben wij een project “Bevordering en Ondersteuning van Borstvoeding” ontwikkeld. Het project omvatte drie delen: een planningsmodel voor gezondheidsbevordering toegepast op borstvoeding (inclusief de ontwikkeling van een interventieprogramma), twee studies over gedragsdeterminanten van borstvoeding en een gerandomiseerde trial naar de effectiviteit van het interventieprogramma.

Hoofdstuk 1 (Introductie) beschrijft de belangrijkste doelstelling van dit project. Dit was het verhogen van het percentages borstvoeding op de leeftijd van drie maanden. De reden van de keuze voor drie maanden was gebaseerd op de gezondheidsvoordelen van het langer doorgaan met borstvoeding en op het hoge percentage moeders die stoppen in de eerste maanden zodat de grootste voordelen op populatieniveau worden verkregen door de borstvoedingscijfers te laten stijgen in de eerste maanden.

Hoofdstuk 2 (Het ABC van Borstvoeding) beschrijft een planningsmodel voor gezondheidsbevordering toegepast op borstvoeding. Dit model is een integratie van verschillende planningsmodellen van gezondheidsbevordering en van theoretische modellen van gedragsveranderingen. Het model onderscheidt drie basale fases in het proces van gezondheidseducatie en bevordering: analyse (de A van Analysis); gedragsverandering (de B van Behavior change) en continue preventie door diffusie (de C van Continuïng).

In de analyse fase (A) werd het probleem van de lage borstvoedingscijfers geanalyseerd. Nationale en internationale studies hebben aangetoond dat determinanten van de intentie om borstvoeding te geven een positieve sociale norm, een positieve attitude, en lage sociale druk voor kunstvoeding zijn. Daarnaast voorspelt een positieve eerdere ervaring met borstvoeding de intentie om borstvoeding te geven bij het volgende kind. De belangrijkste voorspellers van de duur van borstvoeding zijn de intentie om door te gaan met de borstvoeding, de eigen effectiviteit, en de sociale norm op het werk. Geconcludeerd werd dat studies van determinanten op het niveau van de moeders en barrières op het niveau van zorgverleners gebaseerd op het ASE (Attitude, Social influence, self Efficacy) model belangrijk waren en dat de ontwikkeling en implementatie van interventies gebaseerd op dit model nodig zijn. Nederlandse studies deden vermoeden dat moeders meer informatie en steun nodig hebben voor om de keuze borst- of flesvoeding te maken. Daarnaast signaleerden wij een gebrek aan samenwerking en continuïteit van zorg en onvoldoende uniformiteit in adviezen tussen de zorgverleners van de verschillende organisaties. Verder leek het dat lactatiekundigen niet vaak worden geconsulteerd. Zodoende formuleerden wij de volgende operationele doelstellingen voor ons project: het versterken van de bevordering en ondersteuning van borstvoeding door middel van:

(1) *Health counseling*: het verbeteren van de voorlichting door zorgverleners om borstvoeding te bevorderen en ondersteunen met behulp van de principes van health counseling.

(2) *Samenwerking en continuïteit*: het verbeteren van de samenwerking, vroegtijdige opsporing van borstvoedingsproblemen en van de continuïteit van zorg door overdracht van informatie van individuele moeders tussen zorgverleners.

(3) *Consultatie door lactatiekundige*: het vergroten van de toegang tot lactatiekundigen en het wegnemen van financiële en praktische barrières om hen te consulteren.

In de fase van gedragsverandering (B) werd een interventieprogramma ontwikkeld. Om de advisering door zorgverleners te vergemakkelijken werd het Health Counseling model gekozen, aangezien dit model al met succes was toegepast bij andere gedragingen van gezondheidsbevordering, zoals bij de preventie van roken. Verloskundigen konden niet meedoen aan dit onderzoek, omdat hun werkbelasting de laatste jaren was toegenomen. Zodoende werden zorgverleners van de kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en lactatiekundigen gekozen als de meest geschikte intermediairen. We ontwikkelden een scholingsprogramma voor de zorgverleners met een stapsgewijze benadering gebaseerd op health counseling. We maakten ondersteunende materialen zoals een boekje voor moeders om hen steun te geven bij de borstvoeding, om borstvoedingsproblemen vroegtijdig te signaleren, om de samenwerking tussen zorgverleners van kraamzorg en consultatiebureaus te verhogen, en om de overdracht van informatie tussen zorgverleners te bevorderen. Voor de zorgverleners werd een handboek voor health counseling samengesteld en een samenvatting op een pagina voor iedere groep: voor de kraamzorgverpleegkundige en voor de arts en verpleegkundige van het consultatiebureau. We gebruikten een gerandomiseerde trial omdat dit het meest geschikte model is om effectiviteit van een interventie te evalueren.

In de fase van continue preventie (C) anticipeerden we op de implementatie van het programma in geval het programma effectief zou zijn.

Hoofdstukken 3 en 4 (De gedragsdeterminanten van borstvoeding in Nederland) beschrijven de factoren die voorspellen het starten met borstvoeding bij de geboorte, en de duur van borstvoeding tot tenminste drie maanden. Dit werd onderzocht met de herhaalde vragenlijsten van de deelnemers van de controlegroep van de gerandomiseerde trial. We vonden dat intentie een zeer sterke voorspeller van het starten met borstvoeding was. Een eerdere ervaring met borstvoeding was een voorspeller zowel voor het starten met borstvoeding als voor de duur van borstvoeding: vergeleken met moeders met een eerste kind hadden moeder die eerder een kind borstvoeding hadden gegeven een hogere kans met borstvoeding te starten en er langer mee door te gaan. Moeders die niet een vorig kind borstvoeding hadden gegeven hadden een veel lagere kans en als zij starten gingen zij er niet zo lang mee door. Onafhankelijk ASE determinanten van het starten met borstvoeding waren de voor- en nadelen van borstvoeding en de sociale norm ten opzichte van borstvoeding. Determinanten van het doorgaan met de borstvoeding waren lage sociale norm voor kunstvoeding en hoge eigen effectiviteit van borstvoeding. Niet rokende moeders startten vaker met borstvoeding en gingen er langer mee door dan rokende moeders. Verder vonden wij tot onze verrassing dat borstvoedende moeders met de intentie om weer te gaan werken langer borstvoeding gaven dan moeders die deze intentie niet hadden. De belangrijkste redenen om met borstvoeding te beginnen waren: “borstvoeding is de meest natuurlijke voeding”, “de gezondheid van moeder en kind”, en “het contact tussen moeder en kind.”

De belangrijkste redenen om te stoppen met de borstvoeding waren: “de hoeveelheid borstvoeding nam af”, “de borstvoeding was pijnlijk”, “de baby huilde teveel.” Hoewel redenen om te stoppen altijd achteraf gegeven worden, kunnen zij verder inzicht geven in de betekenis van de voorspellende factoren. Bijvoorbeeld als moeders aangeven dat zij stoppen met borstvoeding omdat zij onvoldoende melk hebben, kan dit gerelateerd zijn aan een lage eigen effectiviteit om problemen op te lossen zoals het “onvoldoende melk syndroom.” Voor borstvoedende moeders waren de meest invloedrijke personen om met borstvoeding te stoppen: eigen initiatief; gevolgd door partner, familie en vrienden.

Hoofdstuk 5 (Een programma Bevordering en Ondersteuning van Borstvoeding in Nederland: een gerandomiseerde trial) onderzoekt de effectiviteit van het interventieprogramma om de duur van borstvoeding te verhogen tot minstens drie maanden. Dit programma werd geëvalueerd in een gerandomiseerde trial. Tien consultatiebureaus van drie Thuiszorgorganisaties in Limburg namen hieraan deel. De consultatiebureaus werden at random toegewezen aan vijf onderzoeksgroepen en aan vijf geografisch gescheiden controle groepen. Elementen in het programma waren health counseling en maatregelen om de samenwerking tussen zorgverleners te bevorderen, om borstvoedingsproblemen vroegtijdig te signaleren en om de continuïteit van zorg te verbeteren. Ten behoeve van de onderzoeksconsultatiebureaus werden drie lactatiekundigen aangesteld door de Universiteit Maastricht, waardoor hun consulten gratis werden. Alle zorgverleners van kraamzorg en van de consultatiebureaus in de onderzoeksgroep volgden een scholing in health counseling en fresh-up scholingen. Zorgverleners in de controle groep hadden geen inzage in lesmaterialen of ondersteunende materialen. De interventie startte bij het eerste huisbezoek in de zevende zwangerschapsmaand. De kraamzorgverpleegkundige begon dan met health counseling, reikte het moederboekje uit en besprak het gebruik. Bij het volgende huisbezoek (in de tweede week na de bevalling) ging de verpleegkundige jeugdgezondheidszorg hiermee door, en daarna werd de health counseling voortgezet bij elk maandelijks consultatiebureaubezoek door de arts en/of verpleegkundige. Wanneer borstvoedingsproblemen werden gesignaleerd werd de moeder doorverwezen naar de lactatiekundige. De onderzoekspopulatie bestond uit zwangere vrouwen die zich aanmelden voor de kraamzorg bij de interventie en controle locaties van de drie Thuiszorgorganisaties van december 2000-december 2002. Van de 1078 kandidaten gaven 72% in de interventie groep en 72% in de controle groep toestemming voor deelname aan het onderzoek. Zij werden gevolgd vanaf de zwangerschap tot zes maanden na de bevalling door middel van vier vragenlijsten. De primaire uitkomst maat was de duur van borstvoeding tot drie maanden. De resultaten toonden aan dat het programma niet effectief was: er was geen verschil in de percentages van het starten en van de duur van borstvoeding tussen de interventie groep en de controle groep (multilevel analyse rekening houden met het feit dat de consultatiebureaus aselekt getrokken zijn). Er was ook geen effect op de duur van borstvoeding na drie maanden (overlevingsanalyse tot zes maanden). Het programma zelf werd geëvalueerd op twee niveaus: op het niveau van de zorgverleners en op het niveau van de deelnemers. Alle zorgverleners van de interventie groep volgden de scholing. Bijna alle zorgverleners vonden het programma duidelijk en begrijpelijk en werden gestimuleerd door het programma om aandacht te geven aan borstvoeding. De meeste zorgverleners in de

interventie groep vermeldden dat zij voldoende bekwaam waren op het gebied van gedrag om het programma uit te voeren en dat zij aandacht besteedden aan de gedragsdeterminanten tijdens de contacten met de moeders. Vier en veertig procent van de zorgverleners vermeldden dat het programma meer tijd kostte dan gebruikelijk. Zij gaven het programma een rapportcijfer van 7,3, op een schaal van 1 tot 10 (1=erg laag tot 10=uitstekend). Zestien procent van de moeders werden verwezen naar de lactatiekundigen. De meest voorkomende redenen waren twijfels over het drinken van de baby, huilend kind en pijn tijdens het voeden. De moeders in de interventie groep waren niet meer positief over de voedingsadviezen van de zorgverleners dan de moeders in de controlegroep. We vonden geen grote bias in het design of in de uitvoering van de trial die het gebrek aan effectiviteit konden verklaren. We concluderen, dat het programma in zijn huidige vorm niet het doel bereikte om het percentage borstvoeding op drie maanden te verhogen. Mogelijke punten ter verbetering zijn het betrekken van kraamverzorgenden en verloskundigen bij het programma en het verhogen van de contacten in de eerste weken na de bevalling.

Hoofdstuk 6 (Algemene discussie) bediscussieert de belangrijkste bevindingen en de sterke en zwakke kanten van de studies in dit proefschrift. Hoewel het programma voldoende toegespitst was op de determinanten van gedrag vonden wij in de studie populatie lage niveaus van eigen effectiviteit voor borstvoeding. Toename van de eigen effectiviteit kan een belangrijk opvoedkundig doel voor programma ontwikkeling zijn. Verrassend was onze bevinding dat moeders met de intentie om weer te gaan werken langer doorgingen met borstvoeding. Wij veronderstellen dat dit te wijten is aan een selectie effect. Een dergelijk selectie effect kan de inconsistente resultaten van eerdere studies over borstvoeding en werk verklaren. Rekening houdend met selectie effecten concluderen wij dat studies over borstvoeding en werk longitudinaal moeten zijn. Dergelijke studies kunnen doelgerichte interventies voor de ondersteuning van borstvoeding in combinatie met werk onderbouwen. De kennis over belangrijke motiverende determinanten vormen de basis van interventies. In toekomstige studies moet meer aandacht gegeven worden aan verschillen in ASE determinanten in verschillende fases van borstvoeding; de rol van eigen effectiviteit bij onvoldoende melk of onvoldoende groeien en de rol van verschillende groeipatronen bij zuigelingen met borst en kunstvoeding. Met betrekking tot het programma onderkennen wij de volgende mogelijke zwaktes: beperkingen ten gevolgen van de experimentele benadering; beperkingen om ieder apart doel te kunnen evalueren en de beperkingen van de Thuiszorg setting. Een verklaring voor de afwezigheid van het effect van de interventie op de duur kan zijn dat de keuze van een gerandomiseerde trial om het programma te evalueren inhield dat we geen verloskundigen, kraamverzorgenden en kinderartsen konden betrekken bij ons programma, daar zij werkten zowel in de interventie als in de controle groep. Zodoende konden wij onze doelen verbetering van samenwerking, vroegtijdige signalering van borstvoedingsproblemen en continuïteit van zorg niet volledig bereiken. In de programma evaluatie hadden we beperkte mogelijkheden om ieder operationeel doel apart te evalueren, zodat het moeilijk is te zeggen welke doelen realistisch waren en of het programma er in faalde om iedereen te bereiken. De meeste zorgverleners slaagden er in om het programma uit te voeren in de beschikbare tijd. Maar het programma zou kunnen succesvoller zijn als de zorgverleners meer tijd hadden voor health counseling. Het Health Counseling model is effectief

geweest bij stoppen met roken, maar borstvoeding en stoppen met roken verschillen in menig opzicht zodat het de vraag is of health counseling principes wel van het ene type gedrag naar het andere omgezet kunnen worden. We beoordeelden gepubliceerde interventie trials om te bestuderen welke interventies effectief waren en of er elementen effectief bleken te zijn die wij onvoldoende gebruikt hebben. De resultaten doen vermoeden dat interventies van professionele ondersteuning of van ondersteuning met leken in combinatie met een scholingsprogramma het meest effectief waren, waarschijnlijk dank zij synergisme. Twee van de meest effectieve interventies bevatten een combinatie van ondersteuning door leken met scholingsprogramma's. Twee trials met lactatiekundige advisering toonden veel belovende maar geen doorslaggevende resultaten. Geen enkele interventie was gebaseerd op health counseling en op theorieën van gedragsverandering. Onze conclusie is dat interventies in veel trials effectief waren, maar ook in vele andere trials dit niet waren; en als we deze vergelijken is het moeilijk te zeggen welke mix of intensiteit van interventies succesvol was.

Aanbevelingen voor verder onderzoek waren de volgende: ten eerste de determinanten van borstvoeding moeten in iedere fase van borstvoeding (tijdens de zwangerschap, maar ook na de geboorte, etc.) bestudeerd worden. Meer aandacht moet gegeven worden aan verschillende barrières ten aanzien van borstvoeding en aan verkeerde interpretaties. Ten tweede, er is meer inzicht nodig in hoe werkgevers en werknemers de wettelijke regels over borstvoeding en werk gebruiken. Ten derde er is meer aandacht nodig voor de voorwaarden voor effectieve health counseling, zoals de opname van verloskundigen en kraamverzorgenden in de ketenzorg; meer kennis over borstvoeding op het niveau van de zorgverleners en zekerheid over voldoende tijd voor health counseling. Er moet meer aan programma ontwikkeling worden gedaan en dit moet geëvalueerd worden in een verkennende onderzoek, voordat dit kan worden getest in een gerandomiseerde trial. Omdat sommige studies hebben aangetoond dat lactatiekundige advisering effectief is wat betreft een langere duur van borstvoeding, lijkt het waardevol om de effectiviteit van lactatiekundige advisering apart te onderzoeken. Ten vierde, de behoefte aan een gecombineerde interventie om langer met borstvoeding door te gaan en om te stoppen met roken dient te worden onderzocht, omdat rokende moeders minder vaak starten met borstvoeding en minder lang er mee doorgaan dan niet rokende moeders. Ten vijfde, onderzocht moet worden hoe irrationele gezondheidsovertuigingen worden beïnvloed door kennis, wat hun relatieve impact is op gedrag en hoe de gezondheidsboodschap kan vertaald worden op een begrijpelijke en effectieve manier.

Aanbevelingen voor bevordering en ondersteuning van borstvoeding in de praktijk zijn de volgende: ten eerste, zorgverleners moeten hun interventies richten op het verhogen van de eigen effectiviteit van zwangeren en op ondersteuning van borstvoedende moeders. Om de sociale norm te veranderen kunnen zorgverleners moeders aanmoedigen om hun partners aanwezig te laten zijn bij huisbezoeken en bij de voorlichtingsbijeenkomsten. Ten tweede, Thuiszorgorganisaties moeten, pre- and postpartum zwangerschapsgymnastiek en –begeleiding, laagdrempelige weegurtjes voor borstvoedende moeders en groepsvoorlichting met getrainde leken organiseren.

Aanbevelingen voor beleid in de gezondheidszorg zijn de volgende: ten eerste, de verantwoordelijkheden ten aanzien van borstvoeding moeten opgenomen worden in taakomschrijving van kraamverzorgenden, verloskundigen, huisartsen en kinderartsen. Ten tweede, ten behoeve van monitoring moet een efficiënt en betrouwbaar nationaal en

Europees systeem van toezicht ingesteld worden. Nationale en Europese coördinatie centra (aangesteld door de regering) moeten borstvoedinggegevens verzamelen. De gegevens moeten vergelijkbaar zijn op internationaal niveau, nationaal en regionaal niveau. Ten derde, het onderwerp borstvoeding moet een onderdeel zijn van de opleiding van kraamverzorgenden, verpleegkundigen en artsen. Jaarlijkse opfrisscholing moet worden gestimuleerd en hun kennis moet getoetst worden. Daarvoor moeten toetsen ontwikkeld worden met referentie gegevens om deze te beoordelen. Ten vierde, om een positieve sociale norm ten opzichte van borstvoeding te creëren kunnen mass media gebruikt worden als een toegevoegd hulpmiddel, omdat deze effectief zijn gebleken voor de bevordering van borstvoeding. Ten vijfde, om de barrières weg te nemen om buitenshuis borstvoeding te geven moeten er aparte of mobiele kamers gecreëerd worden op openbare plaatsen. Ten zesde, gekeken kan worden naar positieve en negatieve stimulansen om de duur van borstvoeding te bevorderen, zoals belasting op kunstvoeding of een lagere van de verzekeringspremie voor borstvoedende moeders.