



Borstvoeding in de eerste zes maanden

Een focusgroep studie naar redenen en motieven van vrouwen om gedeeltelijk of geheel te stoppen met het geven van borstvoeding in de eerste 6 maanden

I. Vogel¹

L. van Rossem¹

K. van Drongelen²

H.H. Haisma³

I. Mesters⁴

J.P. van Wouwe⁵

H. Raat¹

¹ Erasmus MC - Universitair Medisch Centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam

² Stichting Voedingscentrum Nederland, 's-Gravenhage

³ Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Gezondheidsstudies, Lectoraat Transparante Zorgverlening, Groningen

⁴ Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Care and Public Health Research Institute, Maastricht

⁵ Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek TNO, Kwaliteit van Leven, Preventie en Zorg, Leiden

Rotterdam, juli 2009

Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg

Erasmus MC – Universitair Medisch Centrum Rotterdam

ISBN 978-90-8559-557-1

Omslagfoto: ©iStockphoto.com/

DTP: Zoiets Communicatie | www.zoiets.com

Druk: Optima Grafische Communicatie | www.ogc.nl



Voorwoord

Uit een literatuurstudie van het RIVM (2007) naar de gezondheidswinst en economische effecten van borstvoeding blijkt dat borstvoeding diverse gezondheidsvoordelen heeft voor zowel moeder als kind. Om deze gezondheidsvoordelen optimaal te benutten, streeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ernaar dat zoveel mogelijk kinderen in Nederland de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding krijgen. Dit in navolging van adviezen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Feit is dat van alle in Nederland geboren moeders die in 2007 startten met het geven van borstvoeding het percentage na een half jaar was teruggelopen tot 20-25 procent. Naar aanleiding van de motie Wiegman over dit onderwerp wil het ministerie van VWS het percentage kinderen dat minimaal zes maanden borstvoeding krijgt flink verhogen. Daarvoor is inzicht nodig in de redenen waarom vrouwen eerder stoppen met het geven van borstvoeding.

Dit rapport is tot stand gekomen door een intensieve samenwerking tussen de onderzoekers van Erasmus Medisch Centrum / Maatschappelijke Gezondheidszorg, Hanzehogeschool Groningen, TNO Kwaliteit van Leven, Maastricht Universitair Medisch Centrum / Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en Stichting Voedingscentrum Nederland en werd financieel gesteund door ZonMw.

Het rapport bouwt voort op eerder kwantitatief onderzoek van TNO naar de redenen waarom vrouwen stoppen met borstvoeding. Hieruit kwamen als hoofdmotieven 'te weinig melk' en 'werk' naar voren. Om meer duidelijkheid te krijgen waar deze redenen precies voor staan, vond het ministerie nader kwalitatief onderzoek gewenst. Als hoofdvraag is geformuleerd: wat zijn de precieze redenen waarom vrouwen stoppen met het geven van borstvoeding binnen zes maanden na de bevalling?

In het onderzoek is met focusgroepen gekeken naar de motieven en achtergronden van vrouwen om te stoppen met het geven van borstvoeding of het vroegtijdig introduceren van kunstvoeding. De onderwerpen 'pijn', 'werk' en 'te weinig melk' zijn daarin meegenomen. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen vaak een combinatie van redenen aangeven om te stoppen met borstvoeding. De onderzoekers hebben de motieven verdeeld in drie, deels overlappende, hoofdthema's, namelijk 'autonomie', 'werk' en 'borstvoeding loopt minder soepel dan gewenst'.

De onderzoekers concluderen dat het stoppen met het geven van uitsluitend borstvoeding in de eerste zes maanden gedeeltelijk samenhangt met de huidige maatschappelijke nor-

men en persoonlijke opvattingen van vrouwen, die stimuleren dat een vrouw ook andere rollen vervult dan die van moeder. Daarnaast wordt benadrukt dat het geven van uitsluitend borstvoeding om verschillende redenen een zware 'opgave' kan zijn en de combinatie met betaald werk in de praktijk nog steeds lastig is.

De onderzoekers geven diverse aanbevelingen om obstakels op het gebied van beleid, praktijk en onderzoek het hoofd te bieden. Wetenschappelijk, beleids- en praktijkgericht onderzoek kan bijdragen aan het vinden van oplossingen voor een gedeelte van de naar voren gebrachte obstakels en barrières over het geven van borstvoeding. Wij hopen dat deze aanbevelingen navolging krijgen.

Henk J. Smid
Directeur ZonMw
Juli 2009





Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
2	Methode	13
2.1	Focusgroep discussies	13
2.2	Werving	14
2.3	Procedure	14
2.4	Vragenroute en theoretisch kader	15
2.5	Analyse	16
2.5.1	Vragenlijsten	16
2.5.2	Focusgroep discussies	16
3	Resultaten	19
3.1	Overzicht onderzoekspopulatie	19
3.1.1	Samenstelling focusgroepen	20
3.1.2	Kenmerken deelnemers focusgroepen	20
3.1.2.1	<i>Sociaaldemografische kenmerken</i>	20
3.1.2.2	<i>Zwangerschap en bevalling</i>	21
3.1.2.3	<i>De eerste keer borstvoeding</i>	21
3.1.2.4	<i>Tijdstip van geheel of gedeeltelijk stoppen</i>	22
3.1.2.5	<i>Kolven</i>	23
3.1.2.6	<i>Roken en overgewicht</i>	23
3.2	Percepties van de vrouwen in de onderzoekspopulatie	25
3.2.1	Inleiding	26
3.2.2	'Autonomie'	28
3.2.2.1	<i>Persoonlijke behoefte aan vrijheid</i>	29
3.2.2.2	<i>De huidige maatschappij is veeleisend voor moeders</i>	30
3.2.3	'Werk'	32
3.2.3.1	<i>De duur van het zwangerschapsverlof</i>	32
3.2.3.2	<i>'Werk is werk'</i>	33
3.2.3.3	<i>Kolven</i>	33
3.2.4	De borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst	37
3.2.4.1	<i>Het geven van borstvoeding kost teveel tijd</i>	37
3.2.4.2	<i>Stress</i>	38

3.2.4.3	<i>Borstvoeding is 'niet voldoende'</i>	38
3.2.4.4	<i>Behoeftte aan zekerheid</i>	39
3.2.4.4	<i>Mijn borstvoeding is niet goed voor mijn kind</i>	39
3.2.4.6	<i>Pijn</i>	39
3.2.4.7	<i>Onrustige nachten</i>	40
3.2.4.8	<i>De baby weigert de borst</i>	41
3.2.4.9	<i>Overtollige moedermelk en lekken</i>	41
3.2.5	Overige thema's	41
3.2.5.1	<i>De partner is meer betrokken</i>	42
3.2.5.2	<i>Pil, medicijnen of andere ervaren medische redenen</i>	42
3.2.5.3	<i>Geen lijfelijk contact willen</i>	42
3.2.5.4	<i>Weggooien is zonde</i>	42
3.2.5.5	<i>Het lichaam vindt het genoeg</i>	43
3.2.6	Voordelen en nadelen van borstvoeding en kunstvoeding	43
3.2.7	Verschillen tussen subgroepen	46
3.2.7.1	<i>Etnische subgroepen</i>	46
3.2.7.2	<i>Opleidingsniveaus</i>	46
3.2.7.3	<i>Vroeg gestopte vrouwen (voor 6 weken)</i>	46
4	Discussie	49
4.1	Inleiding	49
4.2	Methodologische overwegingen	50
4.3	Beschouwing van de resultaten	51
4.3.1	Het geven van borstvoeding is volgens plan verlopen	52
4.3.2	Het geven van borstvoeding is niet volgens plan verlopen	52
4.3.2.1	<i>Subjectieve normen</i>	52
4.3.2.2	<i>Verwachte waargenomen gedragscontrole</i>	54
4.3.3	Waargenomen verschillen tussen subgroepen	56
4.4	Aanbevelingen	57
4.4.1	Aanbevelingen voor onderzoek	57
4.4.2	Aanbevelingen voor praktijk en beleid	59
5	Uitgebreide samenvatting en conclusies	63
5.1	Samenvatting	63
5.2	Conclusies	67

Referenties	69
Bijlage 1 – Algemene vragenlijst voor moeders	71
Bijlage 2 – Vragenroute focusgroep discussies	79
Bijlage 3 – Overzicht projectgroep en geconsulteerde deskundigen	81
Bijlage 4 – Opdrachtbrief VWS aan ZonMw	83
Bijlage 5 – Opdrachtbrief ZonMw aan Erasmus MC	85

Inleiding

Positieve effecten van het geven van borstvoeding

Het geven van borstvoeding is geassocieerd met verschillende positieve gezondheidseffecten voor zowel het kind als voor de moeder, zowel op korte als op lange termijn.¹ Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft op basis van literatuuronderzoek een overzicht gemaakt van deze positieve gezondheidseffecten, en de mate van bewijs daarvoor. Het bewijs voor de volgende effecten op de gezondheid van het kind op *korte* termijn wordt als 'overtuigend' aangemerkt: minder gastrointestinale infecties en diarree, en minder otitis media; effecten met 'overtuigend' bewijs voor positieve gezondheidseffecten bij het kind op *lange* termijn betreffen minder obesitas en minder kans op een hoge bloeddruk.¹ Het RIVM geeft als mate van bewijs het label 'waarschijnlijk' voor de volgende positieve gezondheidseffecten bij het kind op korte en lange termijn: minder luchtweginfecties, astma, piepende ademhaling oftewel 'wheezing' en eczeem; en betere intellectuele en motorische ontwikkeling.¹ Wat betreft positieve effecten van het geven van borstvoeding op de gezondheid van de moeder geldt volgens het RIVM onderzoek het bewijs voor het minder voorkomen van reumatoïde artritis als 'overtuigend' en worden de volgende drie positieve effecten beoordeeld als zijnde 'mogelijk': minder premenopausale borstkanker, minder eierstokkanker, en minder diabetes mellitus type 2.¹

Advies om borstvoeding te geven

Vanwege de bovengenoemde positieve effecten van borstvoeding adviseert het RIVM met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om aan kinderen tot 6 maanden exclusief borstvoeding te geven.² Exclusief borstvoeding betekent in dit geval dat er naast de borstvoeding geen andere melkvoeding, vaste voeding of zelfs sap of water gegeven wordt. Dit WHO advies vormt ook in Nederland het algemene uitgangspunt voor het beleid van zowel overheid als de betrokken professionele instellingen zoals het Voedingscentrum.^{3,4}

In Nederland begint circa 81% van de moeders kort na de geboorte met het geven van borstvoeding. Eén maand na de geboorte geeft nog circa 51% van de vrouwen uitsluitend borstvoeding. Na 6 maanden geeft in Nederland nog maar circa 20-25% van de vrouwen uitsluitend borstvoeding. Uitsluitend borstvoeding betekent in dit geval niet hetzelfde als de definitie exclusief borstvoeding van de WHO. Onder uitsluitend borstvoeding wordt verstaan dat de baby borstvoeding als de enige vorm van melkvoeding krijgt. Het geven van fruithapjes, sap of water is dus niet uitgesloten.^{5,6} Cijfers in Nederland zijn enkel be-

schikbaar voor uitsluitend borstvoeding. De prevalentie van exclusief borstgevoede kinderen ligt dus waarschijnlijk lager.

Uit cijfers van de Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO) blijkt dat er in Nederland een tendens is naar het iets vaker beginnen met het geven van borstvoeding, namelijk van circa 75% in 2005 naar circa 81% in 2007. Echter, nog steeds daalt het aantal vrouwen dat uitsluitend borstvoeding geeft heel snel in de eerste maand (van circa 81% naar circa 51%), en zet deze daling daarna door, waardoor slechts heel weinig kinderen 6 maanden uitsluitend borstvoeding krijgen (circa 20-25%).⁷

Zomer 2008 brachten het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit de 'Nota voeding en gezondheid; Gezonde voeding van begin tot eind' uit.³ In die nota noemen de ministers de motie van Tweede kamerlid Wiegman die heeft gevraagd om een verbreding van het beleid zodat het percentage kinderen dat *uitsluitend* borstvoeding op 6 maanden krijgt wordt verhoogd naar 40%. De ministers geven aan dat om zulk beleid te kunnen ontwikkelen eerst kennis nodig is over de precieze redenen waarom vrouwen in Nederland stoppen met het geven van borstvoeding voordat hun kind 6 maanden oud is. Het doel van het onderhavige onderzoek is om in deze informatiebehoefte te voorzien.

In Nederland bestaat al inzicht in de belangrijkste determinanten van het beginnen met het geven van borstvoeding en de determinanten van het doorgaan met het geven van borstvoeding op basis van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek. De belangrijkste reden om te beginnen met het geven van borstvoeding is de overtuiging dat borstvoeding de beste voeding is om aan een baby te geven. De belangrijkste redenen om door te gaan met het geven van borstvoeding zijn het gemak van het geven van borstvoeding, en de positieve emotionele kanten van het geven van borstvoeding.^{5,6,8-12}

Het Voedingscentrum en TNO hebben in 2001 en in 2007 via kwantitatief onderzoek onderzocht wat de redenen van vrouwen zijn *om te stoppen met het geven van borstvoeding*.^{5,13} Twee factoren die vooral speelden bij het stoppen in de eerste maand na de geboorte waren 'te weinig melk', en 'het geven van borstvoeding is pijnlijk'. In de tweede tot en met de vierde maand werd vaak genoemd dat het 'werk' een reden was om te stoppen; maar aangaande die periode werden ook een groot aantal andere redenen genoemd die niet onder één noemer zijn samen te vatten.⁵

Hoewel deze onderzoeken wel categorieën factoren aangeven die van belang zijn bij vrouwen bij het stoppen met het geven van borstvoeding voordat het kind 6 maanden oud is, *is het nog onbekend waar deze redenen precies voor staan*. Daarom heeft het Ministerie van VWS aangegeven behoefte te hebben aan nader kwalitatief onderzoek waardoor inzicht ontstaat in deze factoren. Het onderhavige onderzoek heeft als doel te achterhalen wat de precieze achtergronden zijn van de belangrijkste redenen die vrouwen hebben opgegeven om te stoppen met het geven van borstvoeding in de kwantitatieve onderzoeken, zoals 'te weinig melk', 'het geven van borstvoeding is pijnlijk', en 'werk'.

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Wat zijn de precieze redenen waarom vrouwen stoppen met het geven van borstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?

Twee deelvragen zijn:

- 1) Welke redenen hebben vrouwen om te starten met het geven van kunstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?
- 2) Welke redenen hebben vrouwen voor het volledig stoppen met borstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?

Methode

In het onderzoek is gebruikt gemaakt van focusgroep discussies.¹⁴⁻¹⁶ De focusgroep discussies werden gehouden met moeders die waren begonnen met het geven van uitsluitend borstvoeding aan hun kind, maar die *niet* 6 maanden waren doorgegaan met het geven van uitsluitend borstvoeding. Gedurende deze focusgroep discussies werden moeders gestimuleerd om in een groepsgesprek informatie uit te wisselen over hun ervaringen met het geven van borstvoeding en over hun beweegredenen, motieven en meningen ten aanzien van het (gedeeltelijk) stoppen met het geven van borstvoeding.

Voorafgaand aan het onderzoek heeft de medisch ethische toetsingscommissie van het Erasmus MC een verklaring van 'geen bezwaar' afgegeven.

2.1 Focusgroep discussies

Het algemene doel van focusgroep discussies is inzicht te krijgen in ideeën en gevoelens van personen over een probleem of fenomeen.^{14,15,17} Er wordt bij deze methode gebruik gemaakt van het feit dat mensen worden gestimuleerd om te reageren op de ideeën en meningen van anderen die deelnemen aan het gesprek. Een belangrijk aspect van een focusgroep discussie is dat er communicatie over en weer, een interactie, plaats vindt tussen de deelnemers. Hiervoor is het belangrijk dat de discussie wordt geleid door een gespreksleider (moderator), die het onderwerp aandraagt waarin meer inzicht wordt gevraagd volgens een vooropgesteld protocol.

Het voordeel van focusgroep discussies is dat het een eenvoudige methode is, waarmee in korte tijd met relatief lage kosten veel informatie kan worden verzameld over een bepaald onderwerp. De methode is ook flexibel, omdat wanneer er onverwachte gegevens naar voren komen, er kan worden afgeweken van het protocol om deze informatie verder uit te diepen. Doordat er sprake is van interactie en de deelnemers op elkaars uitspraken reageren, levert de discussie een zo breed mogelijke range van redenen en motieven op. Een focusgroep bestaat over het algemeen uit zeven tot tien personen.^{14,15,17}

De werving van de deelnemers, de focusgroep discussies en uittypen van de banden van dit onderzoek zijn uitgevoerd door IPM KidWise, Rotterdam.

2.2 Werving

De focusgroepen zijn gehouden in Rotterdam, Zwolle en Eindhoven. Om de vrouwen te werven is er in Rotterdam een advertentie geplaatst in de *Metro*, de gratis krant die bij alle (metro)stations te vinden is. Verder zijn de deelnemers geworven in samenwerking met de consultatiebureaus in de drie regio's. De consultatiebureaus hebben een wervingsbrief gestuurd naar alle in hun bestand staande moeders met een baby tot 8 maanden oud. Dit waren 2500 brieven in Rotterdam, 1700 brieven in Zwolle en 1000 brieven in Eindhoven. Door middel van deze brieven werden vrouwen uitgenodigd mee te doen aan de focusgroep discussies. Vrouwen moesten een kind hebben van 0-8 maanden, niet langer dan 10 weken geleden gestopt zijn met het geven van uitsluitend borstvoeding en de Nederlandse taal beheersen.

Het is mogelijk dat allochtone moeders die borstvoeding geven andere redenen hebben dan autochtone vrouwen om te stoppen met het geven van borstvoeding of om in een vroeg stadium kunstvoeding te introduceren. Om dit te onderzoeken is ernaar gestreefd een deel van de focusgroepen te houden met vrouwen met een niet-Nederlandse herkomst. In Rotterdam werden met name niet-Nederlandse vrouwen gevraagd om op de brief te reageren, in het bijzonder vrouwen met een Antilliaanse, Surinaamse of Marokkaanse achtergrond.

2.3 Procedure

In Rotterdam vonden de focusgroepen plaats in het kantoor van IPM KidWise. In Zwolle en Eindhoven vonden de focusgroepen plaats op een consultatiebureau, na sluiting. Aan het begin van de focusgroepen werd benadrukt dat het onderzoek onafhankelijk van het consultatiebureau werd uitgevoerd.

Voor aanvang van de focusgroepen hebben de deelnemers een korte vragenlijst ingevuld (Bijlage 1). Uit deze vragenlijsten kunnen sociaaldemografische kenmerken, geboorte kenmerken en de belangrijkste kwantitatieve gegevens over borstvoeding en kolven verkregen worden. Alle deelnemende vrouwen hebben tevens een 'informed consent' formulier ingevuld en ondertekend.

De focusgroepen werden geleid door een ervaren moderator. Tevens was een notulist aanwezig. De duur van de focusgroepen was circa 2 uur per discussie.

De onderzoekers LvR en IV hebben alle focusgroepen simultaan gevolgd middels een gesloten TV circuit en hadden de mogelijkheid aanvullende vragen te laten stellen.

2.4 Vragenroute en theoretisch kader

De moderator beschikte over een vooraf opgestelde vragenroute (Bijlage 2). Direct na de start van de focusgroep discussies werden de vrouwen gevraagd drie redenen op te schrijven om te stoppen met het geven van borstvoeding. Deze werden gebruikt als leidraad voor de discussies. De vragenroute is gedurende het ontwikkelproces bediscussieerd binnen de projectgroep, met een vertegenwoordiger van het Voedingscentrum en met een lactatiekundige (Bijlage 3). De belangrijkste onderwerpen met betrekking tot het stoppen van het geven van borstvoeding die via de van tevoren opgestelde vragenroute minimaal in de focusgroep discussies besproken moesten worden waren: 'pijn,' 'werk' en 'te weinig melk.' Dit waren de belangrijkste redenen die vrouwen in kwantitatief onderzoek hadden aangegeven om te stoppen met het geven van borstvoeding (zie 1. Inleiding).

De vragenroute werd ontwikkeld binnen het theoretische kader van de Theorie van Gepland Gedrag ('Theory of Planned Behavior' of 'TPB').^{18,19} In deze theorie wordt gesteld dat het gedrag van mensen (in deze studie: het geven van borstvoeding) het best te voorspellen is door aan mensen te vragen of zij van plan zijn om dat gedrag te vertonen: de gedragsintentie ('ik ben van plan mijn kind na de geboorte (uitsluitend) borstvoeding te geven').

Volgens de TPB wordt de gedragsintentie bepaald door een drietal determinanten:

1) de eigen opvattingen - 'attitude' ('borstvoeding is goed voor mijn kind'); 2) opvattingen van anderen - 'subjectieve normen' ('mijn omgeving verwacht van mij dat ik mijn kind borstvoeding zal geven'); en 3) de inschatting van eigen mogelijkheden het gedrag uit te voeren - 'waargenomen gedragscontrole' ('ik ben in staat mijn kind gedurende een bepaald aantal maanden (uitsluitend) borstvoeding te geven'). Achtergrond factoren, zoals sociaal-demografische kenmerken en kennis over het betreffende gedrag, worden verondersteld het gedrag alleen te beïnvloeden via de drie determinanten en de gedragsintentie.

Naast een indirecte invloed via de gedragsintentie op het gedrag, wordt er ook een directe invloed verondersteld van de waargenomen gedragscontrole op het gedrag. De daadwerkelijke uitvoering van een gedrag leidt tot feedback over de verwachtingen die men van het gedrag had. Dit betekent dat het uitvoeren van een gedrag kan leiden tot veranderingen in de determinanten van dat gedrag.¹⁹ Bijvoorbeeld met betrekking tot het geven van borstvoeding kan blijken dat de waargenomen gedragscontrole na de start van het geven van borstvoeding moet worden bijgesteld: 'het geven van borstvoeding verloopt anders dan ik had verwacht, ik ben niet in staat volgens mijn plan borstvoeding te geven aan mijn kind en stop er (gedeeltelijk) mee.' Ook zou het kunnen dat niet iedereen in de omgeving een positieve attitude heeft ten opzichte van het geven van borstvoeding en dus de subjectieve norm niet altijd gunstig is voor het geven van borstvoeding: 'op mijn werk en in openbare gelegenheden vindt men het niet prettig dat ik mijn kind borstvoeding geef, dat maakt het moeilijker voor mij volgens mijn plan borstvoeding te geven aan mijn kind, dus ik stop onder die omstandigheden (gedeeltelijk) met het geven van borstvoeding.'

2.5 Analyse

2.5.1 Vragenlijsten

Enkele items uit de vragenlijst (Bijlage I) zijn gecategoriseerd of sommige categorieën in de vragenlijsten zijn samengevoegd:

Etniciteit: In de vragenlijst werd zowel het geboorteland van de deelnemster als het geboorteland van de vader en moeder van de deelnemster gevraagd, ook werd de deelnemster gevraagd naar haar etnische achtergrond. Deze zelfgerapporteerde etniciteit is gebruikt voor de analyses.

Opleidingsniveau: De moeder werd gevraagd haar hoogst afgeronde opleiding te rapporteren. Opleiding wordt gebruikt als indicator voor sociaaleconomische status^{20,21} en ingedeeld in twee categorieën: 'laag en midden' (lagere school, lbo, vmbo, mavo, havo/vwo en mbo) en 'hoog' (hbo of universiteit).

Werk: Moeders werden gevraagd of ze (binnenkort) weer van plan waren om buitenshuis te gaan werken. De antwoordcategorieën 'nee, ik doe het huishouden', 'nee, ik ben arbeidsongeschikt' en 'nee, ik ben werkzoekend' werden samengevoegd tot één categorie 'nee (geen werk/opleiding)'. Een fulltime baan werd gedefinieerd als een werkweek van meer dan 32 uur; een parttime baan als 32 uur of minder.

Overgewicht: Body Mass Index (BMI) werd berekend uit de zelfgerapporteerde lengte en gewicht van de deelnemster. Afkappunten waren in overeenstemming met de definitie voor overgewicht van de WHO.²²

De eerste keer borstvoeding: Moeders werden gevraagd van wie ze hulp hadden gekregen bij het voor de eerste keer geven van borstvoeding. De antwoorden zijn opgesplitst in de categorieën 'kraamverzorgster', 'verloskundige' en 'verpleegkundige' en 'niemand, mijn partner of familie'.

Statistische analyses van de vragenlijsten zijn uitgevoerd met behulp van de programma's SPSS (versie 15; SPSS Inc, Chicago, IL, USA) en SAS (versie 9.1.3; SAS Institute Inc, Cary, NC, USA). Er is gebruik gemaakt van frequentietabellen om de karakteristieken van de vrouwen in de studiepopulatie te verkennen. Frequentieverschillen zijn getoetst met behulp van de Fisher's Exact test.

2.5.2 Focusgroep discussies

Alle focusgroep discussies zijn op DVD opgenomen en woordelijk uitgetypt. Aan de hand van deze transcripties is een zogenaamde 'content analyse' verricht ('systematic coding of categories') met gebruik van een 'topic-by-group grid'.^{14,23} 'Content analyse' is een instrument om de inhoudelijke structuur van een complex probleem te structureren. Er is een schematische lijst van onderwerpen en subonderwerpen – 'categories' – opgesteld, waarna de segmenten van de uitgewerkte discussies systematisch per groep onder deze onderwerpen zijn gerangschikt.

Uit de analyse van alle onderhavige focusgroep discussies kwamen drie algemene hoofdonderwerpen, oftewel thema's, naar voren, die zijn benoemd als: 1) 'autonomie', 2) 'werk' en 3) 'de borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst'. Binnen deze algemene hoofdonderwerpen werden diverse subonderwerpen onderscheiden. Sommige van deze subonderwerpen kunnen onder meerdere hoofdonderwerpen worden gerangschikt; omdat de verschillende onderwerpen en subonderwerpen met elkaar samenhangen en in elkaar overlopen, is de scheidslijn tussen de onderwerpen niet altijd heel scherp aan te geven. Wanneer dat het geval is, wordt dit ter plekke aangegeven.

In de resultatenparagraaf 3.2 worden de drie algemene hoofdthema's met hun subthema's gepresenteerd en ter illustratie aangevuld met citaten uit de focusgroep discussies. Het is inherent aan de onderzoeksmethode dat de resultaten explorerend en beschrijvend van aard zijn. De resultaten moeten worden bevestigd in kwantitatief onderzoek.

Resultaten

3.1 Overzicht onderzoekspopulatie

In deze paragraaf worden de belangrijkste uit de vragenlijst verkregen kenmerken beschreven van de deelnemers aan de focusgroep discussies.

Tabel 1. Samenstelling focusgroepen (N=10)

Groep	Datum	Locatie	Deelnemers		
			N	Etniciteit	Opleidingsniveau
1	20-11-2008	Rotterdam	6	3 Marokkaans 3 Niet-Westers	2 vmbo/mavo 3 mbo 1 hbo
2	20-11-2008	Rotterdam	8	6 Marokkaans 1 Surinaams 1 Antilliaans	1 vmbo 5 mbo 2 hbo
3	20-11-2008	Rotterdam	5	3 Surinaams-Creools 1 Surinaams-Javaans 1 Surinaams-Hindoestaans	4 mbo 1 hbo
4	20-11-2008	Rotterdam	7	4 Surinaams-Creools 1 Antilliaans-Creools 3 Niet-Westers	4 mbo 2 hbo 1 wo
5	24-11-2008	Zwolle	6	5 Nederlands 1 Westers	1 havo/vwo 4 mbo 1 hbo
6	24-11-2008	Zwolle	7	7 Nederlands	1 lager onderwijs 1 mbo 3 hbo 1 wo
7	01-12-2008	Zwolle	7	7 Nederlands	1 havo/vwo 2 mbo 4 hbo
8	01-12-2008	Zwolle	8	1 Surinaams-Creools 7 Nederlands	2 mbo 1 hbo 5 wo
9	08-12-2008	Eindhoven	7	7 Nederlands	2 mbo 5 hbo
10	08-12-2008	Eindhoven	8	8 Nederlands	1 lbo 1 havo/vwo 1 mbo 5 hbo

3.1.1 Samenstelling focusgroepen

Er zijn 10 focusgroep discussies gehouden, waaraan in totaal 69 vrouwen hebben deelgenomen (Tabel 1). De focusgroepen bestonden uit minimaal 5 en maximaal 8 personen. In Rotterdam zijn vier focusgroep discussies gehouden met in totaal 26 moeders. Deze groepen bestonden uit vrouwen van allochtone herkomst. In Zwolle zijn ook vier focusgroepen gehouden, met in totaal 28 moeders. Ten slotte zijn er in Eindhoven twee focusgroepen gehouden met in totaal 15 moeders.

3.1.2 Kenmerken deelnemers focusgroepen

3.1.2.1 Sociaaldemografische kenmerken

Een overzicht van de sociaaldemografische kenmerken van de deelnemende vrouwen staat in Tabel 2. De vrouwen die deelnamen aan de focusgroepen waren gemiddeld 29,8 jaar oud (SD (standaarddeviatie) 5,0; range 19-39). Er namen 41 autochtone en 28 allochtone vrouwen deel aan de focusgroep discussies. De gerapporteerde herkomst van de allochtone vrouwen was als volgt: 9 Marokkaans (van wie 6 Marokkaans-Arabisch en 3 Marokkaans-Berbers), 11 Surinaams (9 Creools, 1 Hindoestaans, 1 Javaans), 2 Antilliaans (1 Creools, 1 Antilliaans-anders), 6 Niet-Westers en 1 Westers.

Tabel 2. Sociaaldemografische kenmerken van de deelnemende vrouwen (N=69)

	N	%
Totaal	69	100
Leeftijd		
<25 jaar	10	15
25-35 jaar	49	70
>35 jaar	10	15
Etniciteit¹		
Nederlands	41	59
Marokkaans	9	13
Surinaams/ Antilliaans	13	19
Anders	6	9
Opleiding²		
Laag en midden	36	52
Hoog	33	48
Werk / opleiding³		
Nee	8	12
Opleiding	3	4
Werk ≤32 u/wk	43	62
Werk >32 u/wk	15	22
Pariteit		
1 kind	27	39
>1 kind	42	61

1 Zelf gerapporteerde etniciteit

2 Laag en midden: ten hoogste mbo. Hoog: hbo en universiteit

3 Binnenkort of huidige situatie 'Niet werken' = huisvrouw, arbeidsongeschikt of werkzoekend

Tabel 3. Verloop van de zwangerschap en de bevalling (N=69)

	N	%
Complicaties tijdens de zwangerschap¹		
Geen	51	75
Zwangerschapsvergiftiging	5	7
Hoge bloeddruk	2	3
Zwangerschapsdiabetes	1	2
Anders	9	13
Plaats van de bevalling		
Ziekenhuis, klinisch	41	59
Ziekenhuis, poliklinisch	10	15
Thuis	16	23
Anders	2	3
Complicaties tijdens de bevalling		
Geen	56	81
Keizersnee	5	7
Vacuümpomp of tang	5	7
Anders	3	4

1 Eén vrouw heeft deze vraag niet ingevuld

Er waren 36 vrouwen met een laag of midden opleidingsniveau (28 vrouwen met mbo-niveau, 4 vrouwen met havo/vwo, 2 vrouwen met mavo/vmbo niveau, 1 met lagere school en 1 met lbo). Er waren 26 vrouwen met hbo-niveau en 7 vrouwen met wetenschappelijk onderwijs.

Meer dan negentig procent van de moeders gaf aan dat de (biologische) vader bij het gezin woonde. De leeftijd van deze vaders was gemiddeld 33 jaar (SD 5: range 21-46). De etniciteit van de vader was, op 5 mannen na, dezelfde etniciteit als de etniciteit van de moeder.

3.1.2.2 Zwangerschap en bevalling

De zwangerschap verliep bij de meeste vrouwen die deelnamen (75%) zonder complicaties. De zwangerschapsduur varieerde van 35 weken tot 42 weken. De vrouwen waren na gemiddeld 39,3 weken bevallen; 51% van de kinderen was van het mannelijk geslacht. Zestien vrouwen (23%) waren thuis bevallen, 51 vrouwen (74%) waren in het ziekenhuis bevallen. Bij het merendeel van de vrouwen (81%) was de bevalling spontaan begonnen. Zeven baby's (10%) moesten direct na de geboorte in de couveuse, en 7 baby's (10%) zijn, nadat de baby al thuis was geweest, weer in het ziekenhuis opgenomen. In 2 gevallen betrof dit baby's die ook na de bevalling in de couveuse hadden gelegen. Na een bevalling in het ziekenhuis mochten de vrouwen na gemiddeld 1,6 dagen naar huis (range 0-10) (Tabel 3).

3.1.2.3 De eerste keer borstvoeding

De meeste vrouwen (84%) werden geholpen door een verpleegkundige, een kraamverzorgster of een verloskundige bij de eerste keer geven van borstvoeding. Elf vrouwen (16%) werden niet door een professionele zorgverlener geholpen bij de eerste keer borstvoeding geven. De eerste keer aanleggen gebeurde bij 48 vrouwen (72%) binnen 1-2 uur na de geboorte, bij 8 vrouwen (12%) 2 tot 6 uur na de geboorte en bij 11 vrouwen (16%) meer dan 6

Tabel 4. Hulp bij de eerste keer borstvoeding geven in relatie tot de tijdsduur tussen de bevalling en eerste keer borstvoeding geven (N=67)¹

	Binnen 2 uur na geboorte		Tussen 2-6 uur na geboorte		Meer dan 6 uur na geboorte		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Verloskundige	11	100	0	0	0	0	11	100
Verpleegkundige	20	63	5	16	7	22	32	100
Kraamverzorgster	8	62	2	15	3	23	13	100
Overig ²	9	82	1	9	1	9	11	100
Totaal	48	72	8	12	11	16	67	100

1 Twee vrouwen gaven aan niet meer te weten wanneer ze voor het eerst borstvoeding hadden gegeven.

2 Overig: niemand, partner of familie

uur na de geboorte (Tabel 4). Er was geen associatie tussen het wel of niet door een professional geholpen worden met aanleggen en het moment van eerste keer aanleggen na de geboorte ($p=0,51$).

3.1.2.4 Tijdstip van geheel of gedeeltelijk stoppen

Geheel en gedeeltelijk gestopte vrouwen – Van de 69 vrouwen waren 37 vrouwen op het moment van de focusgroep discussie volledig gestopt met het geven van borstvoeding (Tabel 5). Van de 32 vrouwen die nog niet volledig gestopt waren met het geven van borstvoeding gaf 19% af en toe een flesje kunstvoeding, 31% minder dan de helft van de voedingen in de vorm van kunstvoeding, 25% voor de helft kunstvoeding en 25% meer dan de helft van de

Tabel 5. Aantal vrouwen per etniciteit, opleidingsniveau en werkstatus dat geheel of gedeeltelijk was gestopt met het geven van borstvoeding op het moment van de focusgroep discussies (N=69)

	Volledig kunstvoeding		Meer dan de helft kunstvoeding		Helft kunstvoeding		Minder dan de helft kunstvoeding		Af en toe kunstvoeding		p-waarde ¹
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Totaal	37	54	8	12	8	12	10	14	6	9	
Etniciteit²											0,06
Nederlands	27	66	5	12	4	10	4	10	1	2	
Marokkaans	4	44	1	11	1	11	1	11	2	22	
Surinaams/ Antilliaans	4	31	1	8	2	15	5	39	1	8	
Anders	2	33	1	17	1	17	0	0	2	33	
Opleiding³											0,80
Laag en midden	17	47	5	14	4	11	6	17	4	11	
Hoog	20	61	3	9	4	12	4	12	2	6	
Werk⁴											0,33
Niet werken	5	63	2	25	0	0	1	13	0	0	
Studeren	1	33	2	67	0	0	0	0	0	0	
Parttime	23	54	3	7	5	12	6	14	6	14	
Fulltime	8	53	1	7	3	20	3	20	0	0	

1 p-waarde voor Fisher's exact test

2 Zelf gerapporteerde etniciteit

3 Laag en midden: ten hoogste mbo. Hoog: hbo en universiteit

4 Binnenkort of huidige situatie. 'Niet werken' = huisvrouw, arbeidsongeschikt of werkzoekend

Tabel 6. Aantal vrouwen per etniciteit, opleidingsniveau en werkstatus dat geheel gestopt was met het geven van borstvoeding voor het kind 6 weken oud was (N=69)

	Geheel gestopt voor het kind 6 weken oud was		Niet geheel gestopt voor het kind 6 weken oud was		p-waarde ¹
	n	%	n	%	
Totaal	10	15	59	85	
Etniciteit²					0,94
Nederlands	7	17	34	83	
Marokkaans	1	11	8	89	
Surinaams/Antilliaans	2	15	11	85	
Anders	0	0	6	100	
Opleidingsniveau³					0,50
Laag en midden	4	11	32	89	
Hoog	6	18	27	82	
Werk⁴					0,51
Niet werken	1	12	7	88	
Studeren	0	0	3	100	
Parttime	5	12	38	88	
Fulltime	4	27	11	73	

1 p-waarde voor Fisher's exact test

2 Zelf gerapporteerde etniciteit

3 Laag en midden: ten hoogste mbo. Hoog: hbo en universiteit

4 Binnenkort of huidige situatie 'Niet werken' = huisvrouw, arbeidsongeschikt of werkzoekend

voedingen kunstvoeding. Nederlandse vrouwen in deze focusgroepen gaven relatief vaker volledig kunstvoeding dan allochtone vrouwen ($p=0,06$).

Vroeg gestopte vrouwen – Van de 69 deelneemsters aan de focusgroep discussies waren er 10 binnen 6 weken volledig gestopt met het geven van borstvoeding (Tabel 6).

Vrouwen die vroeg gestart zijn met het geven van kunstvoeding – Er waren 10 vrouwen binnen 4 weken na de geboorte begonnen met het geven van kunstvoeding; 5 daarvan waren binnen 6 weken na de geboorte volledig gestopt met het geven van borstvoeding (Tabel 7).

3.1.2.5 Kolven

Van de vrouwen had 84% wel eens gekolfd. Gemiddeld begonnen vrouwen 4 weken na de geboorte met kolven, maar dit varieerde van direct na de geboorte tot 20 weken na de geboorte. Van de vrouwen bij wie de baby direct na de geboorte in de couveuse had gelegen ($n=7$), waren er 2 direct na de geboorte gaan kolven, 2 na 3 weken, 1 na 4 weken, en hadden er 2 niet ingevuld wanneer ze voor het eerst hadden gekolfd. Vrouwen met een niet-Nederlandse etniciteit koldden relatief minder vaak; er is in deze focusgroep discussies geen verschil gevonden in kolven naar opleidingsniveau, werkstatus of duur van het geven van borstvoeding (Tabel 8).

3.1.2.6 Roken en overgewicht

Acht vrouwen (12%) rapporteerden dat ze sinds de bevalling gerookt hadden; 3 vrouwen waren nooit gestopt met roken, 1 vrouw was binnen 1 maand na de bevalling weer gaan roken, 1 vrouw binnen 2 maanden na de bevalling en 3 vrouwen binnen 3 maanden.

Tabel 7. Aantal vrouwen per etniciteit, opleidingsniveau en werkstatus dat geheel of gedeeltelijk gestopt was met het geven van borstvoeding voor het kind 4 weken oud was (N=66)¹

	(Gedeeltelijk) gestopt voor het kind 4 weken oud was		Niet (gedeeltelijk) gestopt voor het kind 4 weken oud was		p-waarde ²
	n	%	n	%	
Totaal	10	15	56	85	
Etniciteit³					0,88
Nederlands	7	17	34	83	
Marokkaans	1	14	6	86	
Surinaams/Antilliaans	2	17	10	83	
Anders	0	0	6	100	
Opleidingsniveau⁴					0,50
Laag en midden	4	11	31	89	
Hoog	6	19	25	81	
Werk⁵					0,67
Niet werken	0	0	8	100	
Studeren	0	0	3	100	
Parttime	8	20	33	80	
Fulltime	2	14	12	86	

1 Er waren 3 vrouwen die niet meer weten wanneer hun baby voor het eerst kunstvoeding heeft gehad

2 p-waarde voor Fisher's exact test

3 Zelf gerapporteerde etniciteit

4 Laag en midden: ten hoogste mbo. Hoog: hbo en universiteit

5 Binnenkort of huidige situatie 'Niet werken' = huisvrouw, arbeidsongeschikt of werkzoekend

Tabel 8. Aantal vrouwen dat ooit gekolfd heeft: in totaal en naar etniciteit, opleidingsniveau, werk en moment van stoppen met het geven van borstvoeding (N=69)

	Ooit gekolfd		Nooit gekolfd		p-waarde ¹
	n	%	n	%	
Totaal	58	84	11	16	
Etniciteit²					0,02
Nederlands	38	93	3	7	
Marokkaans	6	67	3	33	
Surinaams/Antilliaans	11	85	2	15	
Anders	3	50	3	50	
Opleidingsniveau³					0,19
Laag en midden	28	78	8	22	
Hoog	30	91	3	9	
Werk⁴					0,07
Niet werken	6	75	2	25	
Studeren	1	33	2	67	
Parttime	37	86	6	14	
Fulltime	14	93	1	7	
Moment van stoppen met het geven van borstvoeding					0,19
≤ 6 weken	7	70	3	30	
> 6 weken	51	86	8	14	

1 p-waarde voor Fisher's exact test

2 Zelf gerapporteerde etniciteit

3 Laag en midden: ten hoogste mbo. Hoog: hbo en universiteit

4 Binnenkort of huidige situatie 'Niet werken' = huisvrouw, arbeidsongeschikt of werkzoekend

Tabel 9. Aantal vrouwen dat rookte en/of overgewicht had en (gedeeltelijk) was gestopt met het geven van borstvoeding voor het kind 4 weken oud was (N=65)

	(Gedeeltelijk) gestopt voor het kind 4 weken oud was		Niet (gedeeltelijk) gestopt voor het kind 4 weken oud was		p-waarde ¹
	n	%	n	%	
Roken²					0,34
Ja	0	0	8	100	
Nee	10	18	47	82	
Overgewicht³					1,00
Ja	7	15	40	85	
Nee	3	17	15	83	

1 p-waarde voor Fisher's exact toets

2 Deze vrouwen hadden sinds de bevalling (weer) gerookt

3 Zelfgerapporteerde lengte en gewicht; BMI > 25 kg/m²

Tabel 10. Aantal vrouwen dat rookte en/of overgewicht had en geheel gestopt was met het geven van borstvoeding voor het kind 6 weken oud was (N=68)

	Geheel gestopt voor het kind 6 weken oud was		Niet geheel gestopt voor het kind 6 weken oud was		p-waarde ¹
	n	%	n	%	
Roken²					1,00
Ja	1	13	7	87	
Nee	9	15	51	85	
Overgewicht³					0,18
Ja	5	10	44	90	
Nee	5	26	14	74	

1 p-waarde voor Fisher's exact toets

2 Deze vrouwen hadden sinds de bevalling (weer) gerookt

3 Zelfgerapporteerde lengte en gewicht; BMI > 25 kg/m²

Roken was in deze groep niet geassocieerd met (gedeeltelijk) stoppen voor het kind 4 weken oud was ($p=0,34$) (Tabel 9) of volledig stoppen met borstvoeding voor het kind 6 weken oud was ($p=1,00$) (Tabel 10).

Overgewicht kwam voor bij 19 vrouwen (28%), van wie er 6 (9%) obesitas hadden. Overgewicht was in deze groep niet geassocieerd met het eerder beginnen dan 4 weken met het geven van kunstvoeding ($p=1,00$) (Tabel 9) of het volledig stoppen met borstvoeding voor 6 weken ($p=0,18$) (Tabel 10).

3.2 Percepties van de vrouwen in de onderzoekspopulatie

In dit onderdeel worden de resultaten gepresenteerd van de focusgroep discussies met vrouwen die gedeeltelijk of geheel gestopt waren met het geven van borstvoeding voor hun kind de leeftijd van 6 maanden had bereikt. De bevindingen worden geïllustreerd met representatieve citaten.

3.2.1 Inleiding

De twee onderzoeksvragen

In deze paragraaf worden de resultaten met betrekking tot beide deelvragen ‘Welke redenen hebben vrouwen om te starten met het geven van kunstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?’ en ‘Welke redenen hebben vrouwen voor het volledig stoppen met borstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?’ gecombineerd weergegeven. Over het algemeen waren er weinig verschillen in redenen om geheel te stoppen met het geven van borstvoeding, of om in een vroeg stadium kunstvoeding te introduceren naast het geven van borstvoeding; de meeste volledig gestopte vrouwen waren een aantal weken voor zij volledig stopten eerst gedeeltelijk gestopt.

Een combinatie van redenen in plaats van één reden

De deelnemende vrouwen gaven aan bijna nooit gedeeltelijk of geheel te zijn gestopt met het geven van borstvoeding om één enkele reden. Bijna altijd was er sprake van een combinatie van redenen. De deelnemsters aan de studie gaven bijvoorbeeld aan dat er in de loop der tijd verschillende aanleidingen naar voren kwamen om te gaan stoppen of om kunstvoeding te gaan introduceren. Vaak werd wel één bepaalde reden als ‘hoofdrede’ genoemd om de beslissing tot (gedeeltelijk) stoppen te nemen.

Drie hoofdthema’s

De redenen die door de deelnemsters aan de studie werden genoemd kunnen in het algemeen worden geordend onder één van drie algemene hoofdthema’s. De drie hoofdthema’s zijn:

- 1) Autonomie;
- 2) Werk;
- 3) De borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst.

De drie hoofdthema’s worden hieronder in aparte paragrafen toegelicht.

De kanttekening moet worden gemaakt dat de scheidslijn tussen de hoofdthema’s onderling niet altijd duidelijk aan te geven is. Er is soms sprake van overlap. Er was bijvoorbeeld relatief vaak overlap tussen redenen die zijn samengevat bij het hoofdthema ‘autonomie’ en de redenen die zijn samengevat bij het hoofdthema ‘werk’. Het thema ‘autonomie’ speelde vooral een rol bij werkende vrouwen die ruim voor de drie maanden (gedeeltelijk) stopten en bij vrouwen die niet werkten. Veel van de deelnemende vrouwen die betaald werk hadden gaven aan dat zij besloten hadden (gedeeltelijk) te gaan stoppen wanneer ze aan het werk zouden gaan. Bij het aan het werk gaan werd de behoefte aan autonomie dus sterker. De hoofdrede die deze vrouwen vaak aangaven om (gedeeltelijk) te stoppen was het feit dat ze weer moesten gaan werken en daarbij niet wilden gaan kolven. Dit zou echter ook kunnen worden gezien als een aspect van autonomie.

Naast de drie hoofdthema’s zijn er ook een aantal redenen genoemd door de vrouwen die

zijn ondergebracht in een paragraaf 'overige redenen.' Hieronder vallen redenen die door slechts één of twee vrouwen in de focusgroep discussies werden genoemd en/of niet direct gerelateerd waren aan één van de algemene hoofdthema's.

Starten met het geven van borstvoeding

Alle moeders die hebben deelgenomen aan deze focusgroep discussies waren begonnen met het geven van borstvoeding aan hun kind en hebben dat minimaal twee weken volgehouden. De meeste moeders hadden reeds tijdens de zwangerschap bedacht hoe lang ze ongeveer borstvoeding zouden gaan geven. Alle vrouwen gaven ook aan dat zij ervan overtuigd waren dat borstvoeding goede voeding was voor hun kind. Alle allochtone deelnemers zeiden er geheel van overtuigd te zijn dat borstvoeding de beste voeding was voor hun kind. Dit gold echter niet voor alle autochtone vrouwen. Een klein aantal autochtone vrouwen zei dat zij er niet volledig van overtuigd waren dat borstvoeding altijd beter is dan kunstvoeding.

'In de voeding van tegenwoordig zit alles, het is misschien nog beter als je kijkt hoeveel kinderen er groot mee zijn geworden. Bij borstvoeding moet je nog extra vitamine geven, A en D.^a Ik denk eigenlijk dat in de flesjes meer zit.'

Eén vrouw zei dat ze aanvankelijk dacht dat borstvoeding het beste was voor haar kind omdat haar kind door de antistoffen in de borstvoeding niet of minder ziek zou worden. Omdat haar kind echter toch een longontsteking had gekregen was zij er niet meer van overtuigd.

'Ik dacht dat mijn kind minder vaak ziek zou zijn met borstvoeding, maar ze heeft zelfs een keer longontsteking gehad, dus ik heb zelf zoiets van: "volgens mij maakt het niets uit".'

Enkele vrouwen gaven aan er niet volledig van overtuigd te zijn dat borstvoeding de beste voeding voor hun kind was en zeiden vooral borstvoeding te hebben gegeven om de innige band die je daarmee met je kind kweekt.

'Het mooiste is toch wel dat je een band met je kind opbouwt.'

(Gedeeltelijk) stoppen met het geven van borstvoeding

Hoewel veel van de deelnemende moeders aanvankelijk van plan waren om gedurende een aantal maanden borstvoeding te geven waren er verschillende redenen om toch eerder (gedeeltelijk) te stoppen met het geven ervan. Onder de deelnemers van deze focusgroep discussies was het in bijna alle gevallen de vrouw zelf die de beslissing nam om gedeeltelijk of geheel over te gaan op kunstvoeding; hun partner respecteerde hun keuze. Hun partner gaf desgevraagd wel een mening, maar de deelnemende vrouwen hadden over het algemeen zelf de beslissing genomen.

'Het was dus op den duur dat ik zelf gewoon de knoop doorhakte, mijn man had het er al veel eerder mee gehad, maar die had zoiets van ja, zolang jij dat wilt.'

^a Misvatting: Bij borstvoeding is het gangbare advies dat kinderen in de eerste 3 maanden extra vitamine K en D krijgen.

Voor wat betreft het geven van kunstvoeding naast het geven van borstvoeding, gaven sommige deelnemers aan overdag de fles te geven en gedurende de avond, nacht en in de vroege ochtend borstvoeding. Deze vrouwen wilden graag overdag de vrijheid hebben die de fles hen bood en 's nachts het gemak van de borstvoeding. De redenen van deze vrouwen waren vaak te scharen onder de thema's 1) autonomie en 2) werk. Anderen gaven aan juist een fles in de avond en nacht te geven, bijvoorbeeld door de partner, en overdag borstvoeding. De redenen van deze vrouwen zijn meer te scharen onder het thema 3) de borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst.

Schuldgevoel

Veel deelnemende vrouwen gaven aan dat ze zich in eerste instantie schuldig voelden wanneer ze (gedeeltelijk) waren gestopt met het geven van borstvoeding, hetzij omdat ze hun kind de beste voeding onthielden, hetzij vanwege de band met het kind.

'De band met je kind raak je een beetje kwijt lijkt het wel.'

De meeste deelnemende vrouwen gaven ook aan het gevoel te hebben gehad dat de omgeving, en dan vooral de mensen van de kraamzorg en het consultatiebureau, de vrouw een slechte moeder vond als zij geen borstvoeding gaf. Bij de deelnemende vrouwen met een Islamitische achtergrond was dat gevoel extra sterk, omdat, zoals enkele deelnemers aan de focusgroep discussies vertelden, in de Koran staat dat er sterk op wordt aangedrongen dat een vrouw gedurende een periode van 2 jaar borstvoeding geeft.

'Zo lang je melk hebt ben je als moslim verplicht om te geven. Als het niet lukt om de een of andere reden, dan is het je vergeven, maar borstvoeding is belangrijk. Het is iets belangrijks en als je het niet doet wordt er je een schuldgevoel aangepraat. Dus je moet wel, anders hoor je gezeur.'

3.2.2 'Autonomie'

Het eerste hoofdthema wordt aangeduid met 'autonomie'. In deze context wordt onder 'autonomie' verstaan dat een mens de mogelijkheden heeft om zelf te bepalen wat hij of zij doet. De vrouwen in deze studie gaven tijdens de focusgroepsdiscussies vaak aan dat zo lang zij borstvoeding gaven, zij rekening moesten houden met de logistiek die hierbij kwam kijken. Bijvoorbeeld dat ze niet langer dan een paar uur 'van huis' (dat wil zeggen 'van hun kind') konden weggaan, tenzij ze zouden kolven; maar kolven werd als moeilijk ervaren (zie paragraaf 3.2.3.3). Zoals hieronder wordt toegelicht, werd het geven van uitsluitend borstvoeding ervaren als een inperking van de mogelijkheden om zelf te bepalen wat ze deden, en hoe lang. Het ging daarbij volgens de deelnemende vrouwen ook om andere zaken dan alleen de 'logistieke' aspecten. Vrouwen in de studie gaven bijvoorbeeld aan het geven borstvoeding te ervaren als een beperking van het eigen leven. Deelnemers aan de studie zeiden bijvoorbeeld een persoonlijke behoefte te hebben aan meer tijd en vrijheid voor zichzelf.

Eigen keus of beïnvloeding vanuit de maatschappij?

Aan de ene kant gaven de deelnemers aan dat het ging om een persoonlijke behoefte aan autonomie. Maar sommige vrouwen brachten naar voren dat die persoonlijke behoefte aan 'autonomie' ook samenhang met wat, voor hun gevoel, de maatschappij van een moeder verwacht. Vrouwen in de studie gaven bijvoorbeeld aan dat zij het idee hadden dat de huidige maatschappij van hen vereiste dat zij een druk leven leidden en dat zij werden 'gedwongen' om zich met veel zaken bezig te houden naast het geven van borstvoeding aan hun kind.

Het is dan niet duidelijk in hoeverre er een 'persoonlijke behoefte' is aan 'autonomie' (zie paragraaf 3.2.2.1), of dat bepaalde rollen volgens de vrouwen in het onderzoek van buitenaf worden 'opgelegd' (zie paragraaf 3.2.2.2).

Het type redenen dat valt onder het thema 'autonomie' werd in alle groepen genoemd; deze redenen kunnen, zoals hierboven werd aangegeven, overlappen met redenen die vallen onder de andere hoofdthema's, in het bijzonder 'werk.'

3.2.2.1 Persoonlijke behoefte aan vrijheid

Een persoonlijke behoefte aan vrijheid is bij sommige personen sterker aanwezig dan bij anderen. Sommige uitdrukkingen van de deelnemende vrouwen leken erop te duiden dat zij onafhankelijk van het feit dat ze moeder waren een behoefte hadden een deel van hun leven voor zichzelf te willen houden en dat het geven borstvoeding daarvoor een belemmering was.

'Ik ben heel hectisch, mijn leven is niet gemaakt om borstvoeding te geven.'

'Mijn kindje houdt mij binnenhuis en zo raak ik geïsoleerd. Ik hecht veel waarde aan mijn vrije tijd, niet vrijheid, maar vrije tijd, maar ik word dan gestagneerd door mijn dochtertje.'

'Als men borstvoeding geeft kan men nergens heen. Het beknot je vrijheid. Je wil toch ook je eigen dingetjes doen.'

Voor sommige van deze vrouwen voelde het overdag geven van borstvoeding aan als een soort gevangenis.

'Ik had ook een soort gevangenisgevoel'

Naar hun idee waren ze gedurende de periode dat ze uitsluitend borstvoeding gaven alleen moeder van een pasgeboren baby en, zoals de deelneemsters vertelden, een soort 'melkmachine' die 24 uur per dag klaar moest staan voor het geval hun kind wilde drinken.

'Uiteindelijk heb je zoiets van ik zal me toch graag weer meer vrouw willen voelen, in plaats van alleen moeder en melkmachine.'

Dit kwam, soms onverwachts, bovenop het gevoel dat ze gedurende de zwangerschap al zo'n 9 maanden hadden moeten opletten, vertelden enkele vrouwen.

'Ik wilde eerder mijn leven terug. Ik heb een zware zwangerschap gehad, ik kreeg al heel snel zware bloedingen en moest plat gaan liggen. Ik was het zo zat dat ik al die tijd niks kon, om in die steunpanty's te liggen. Ik wilde mijn lijf terug en sporten, nu

even niets meer aan mijn lijf, laat mij mezelf weer zijn.'

'Als je zwangerschap vordert wordt je wereld kleiner. Als er oorlog is in Irak dan denk jij alleen maar aan je kind en zwangerschap. De wereld staat dan voor jou stil. Je bent helemaal kapot en er komt veel visite. Geeft niet, kraambed is fantastisch. En dan op een gegeven moment wordt je wereld weer wat groter. Je merkt aan je lichaam dat je weer kan lopen. En dan kan pappa ook flesjes geven, dat is voor mij gemakkelijker.'

Naast het zijn van moeder van een baby wilden ze ook graag moeder van de andere kinderen, een eigen individu, en bijvoorbeeld partner, vriendin, sporter en collega zijn.

'Je wilt ook nog een beetje leuk zijn voor jezelf en je partner, nog een beetje lol in het leven hebben.'

'Ik heb 3 kinderen en ik vind het niet fijn als alles alleen maar om die borstvoeding draait, die andere kinderen hebben ook aandacht nodig en ik wil tijd voor mezelf.'

'Het is wel een deel van de reden om te stoppen, dat ik mijn seksuele aantrekkelijkheid terug wilde. Seksuele aantrekkingskracht is tot een nulpunt gedaald. Het is voor mij ook een reden dat ik wel weer partner wil zijn. Je bent dan minder met elkaar.'

'Weer als vrouw gezien worden, niet als moeder en melkkoe. Dat is een verschil. Dat je man weer zegt dat je er lekker uit ziet.'

'Ik ben 30 en heb vriendinnen zonder kinderen, studenten en die kunnen aan de borrel, dat vond ik ook erg gezellig, veel sociaal contact, dat miste ik wel erg tijdens borstvoeding. Zowel de tijd dat je thuis moest zijn als het drinken zelf. Ik wil lekker op stap met de meiden.'

'Probeer maar eens te sporten met borstvoeding. Ik vond dat niet fijn. Je voelt dan meteen een toeschietreflex. Het is niet fijn rennen als je volle borsten hebt.'

Vaak vonden ze het ook beter voor de baby om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding, omdat ze dan voor hun gevoel een betere moeder voor hun kind konden zijn.

'Ik moet ook echt tijd voor mezelf hebben om een goede moeder te zijn voor hem. Ik heb met borstvoeding te weinig tijd voor mezelf om er optimaal van te genieten.'

Voor deze vrouwen voelde het (gedeeltelijk) stoppen met het geven van de borstvoeding aan als een soort bevrijding.

'Je kunt weer jezelf zijn, je hebt eindelijk weer je borsten voor jezelf, eindelijk kan je rustig aan doen in plaats van alles gehaast, douchen gehaast etc.'

'Nu ik gestopt ben heb ik gewoon mijn lichaam terug, het is mijn lichaam en hiervoor was ik zeg maar in dienst van mijn dochter.'

'Als je geen borstvoeding meer geeft kan je ook weer over iets anders praten en met je vriendinnen gewoon doen. Je staat weer open voor andere dingen. Je bent weer een leuke partner en vriendin.'

3.2.2.2 De huidige maatschappij is veeleisend voor moeders

Andere vrouwen gaven aan dat zij het idee hadden dat de huidige maatschappij van hen vereist dat zij een druk leven leiden. Met druk bedoelden ze dat er van ze werd verwacht dat ze hun huishouden op orde hebben, goed voor de andere kinderen zorgen, een sociaal

leven leiden en werken. In een dergelijk druk leven is volgens de vrouwen geen ruimte voor het geven van uitsluitend borstvoeding.

'Onze generatie moeders heeft het te druk. Van moeders wordt heel veel verwacht.'

'Je moet nu presteren en alles goed doen. Je moet overal vanaf weten, moeder zijn, vriendin, partner, en alles aan kunnen en in alle commissies zitten. Op de hoogte zijn van alle politieke dingen. Vroeger was je alleen moeder.'

'Het wordt van je gevraagd, je moet de economie ook draaiende houden. Mijn moeder had bijvoorbeeld niks beters te doen dan de kinderen.'

'In het begin heeft iedereen begrip, iedereen is vol van je kindje, maar daarna wordt er voor je gevoel meer van je verwacht, na drie maanden moet je weer 100% functioneren. De buitenwereld heeft zo iets van: nou het kind is drie maanden, functioneer maar weer.'

Een gedeelte van de vrouwen waarvan het kind overdag de fles kreeg omdat het hen flexibeler maakte om bijvoorbeeld zonder hun baby boodschappen te doen of andere kinderen naar activiteiten of school te kunnen brengen, gaf aan dat zij waarschijnlijk wel langer door zouden zijn gegaan zijn met het geven van borstvoeding wanneer zij geen problemen met het geven van borstvoeding in het openbaar zouden hebben gehad. In dat geval hadden zij hun kind overal mee naar toe kunnen nemen en borstvoeding kunnen hebben gegeven. Vooral allochtone vrouwen ervoeren problemen vanuit de omgeving met betrekking tot het openbaar voeden. Deze vrouwen hadden het gevoel er door de omgeving op te worden aangekeken of waren erover aangesproken.

'In het politiebureau, ik moest daar weg.'

'Zelfs in het kraamhotel, belachelijk!'

'In Marokko kan je het overal doen, niemand die op je let. In Nederland is het toch een soort taboe, je mag dus niet openbaar borstvoeding geven.'

'Ik ben iemand die heel druk is buitenshuis. Er zitten dan veel mensen om je heen, dat is soms wel storend. Een vrouw kwam zeggen of ik het niet ergens anders kan doen, terwijl ik toch bedekt ben met een doekje. Dan wil ik liever flesvoeding geven.'

'In mijn cultuur, Aruba, kun je gewoon de borst eruit hangen. Hier in Nederland is dat toch heel anders. Terwijl ze zeggen, nee, is geen probleem. Maar het is toch blijkbaar een probleem.'

Voor met name de autochtone vrouwen lijkt het voeden in het openbaar een grotere barrière te zijn omdat zij het zelf niet prettig vinden.

'Het is niet lekker om in een winkelcentrum te geven. Iedereen kijkt naar je, je voelt je niet lekker als je in het openbaar voedt.'

'In Nederland zijn geen faciliteiten, ruimtes in openbare gelegenheden voor voeden. Ik vind het niet prettig om in een restaurant mijn baby te borstvoeden.'

'Ik vind dat zelf niet prettig, maar ik kan me ook voorstellen dat andere mensen dat niet prettig vinden. Ik vind het toch een beetje gênant, maar ook voor andere mensen, ik zou het ook niet prettig vinden als ik daar zit te eten en iemand schuin tegenover me haalt haar borst te voorschijn. Voor mij zou het niet hoeven.'

'Ik ben niet zo'n type dat bij La Place gaat zitten om borstvoeding te geven. Ik heb het wel eens gedaan, maar dan voel ik me zo aangekeken door iedereen.'

Het onderwerp kolven wordt besproken bij het thema werk, maar de ervaren algemene negatieve aspecten van kolven, welke de deelnemende vrouwen hebben besproken in de context van het werk, zijn waarschijnlijk ook van toepassing in de context van het thema autonomie.

3.2.3 Werk

Volgens de wet hebben Nederlandse vrouwen het recht om op het werk te kolven en borstvoeding te geven, totdat de baby negen maanden oud is. Ze mogen daarvoor, doorbetaald, maximaal een kwart van hun werktijd gebruiken (arbeidstijdenwet, artikel 4:8). De werkgever moet zorgen voor een geschikte, af te sluiten ruimte. Veel van de vrouwen die deelnamen aan de focusgroep discussies hadden een parttime of fulltime baan. Voor veel van deze vrouwen was 'werk' de hoofdreden of één van de redenen om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding. Omdat kolven met name in de context van het werk een rol speelde bij de beslissing om geheel of gedeeltelijk te stoppen, wordt het onderwerp kolven onder dit hoofdstuk besproken.

3.2.3.1 De duur van het zwangerschapsverlof

Veel van de werkende deelnemende moeders zeiden dat ze al tijdens de zwangerschap of kort na de geboorte van het kind hadden besloten om het kind kunstvoeding te gaan geven wanneer de zwangerschapsverlofperiode zou zijn afgelopen. Gezien de huidige duur van het verlof, hadden deze vrouwen zich ten doel gesteld om tenminste tussen de 2 en 3 maanden uitsluitend borstvoeding te geven. Vaak gaven zij aan tegen het einde van het zwangerschapsverlof te zijn begonnen met het afbouwen van het geven van uitsluitend borstvoeding. Deze vrouwen waren niet van plan te gaan kolven op hun werk. Zij wilden voor zij weer naar het werk gingen hun melk productie laten afnemen en het kind vast laten wennen aan kunstvoeding.

'We leven in een cultuur waar iedereen aan zichzelf denkt. Iedereen is egoïstisch. De eerste 3 maanden heb je alles voor je kind over, maar daarna wordt het lastig. Borstvoeding is moeilijk te combineren met werken. Ik ben dan gemakkelijk en stop met borstvoeding geven, want van de fles worden ze ook groot.'

Sommige vrouwen, met name degenen die de huidige maatschappij als veeleisend beschouwden, gaven aan dat indien zij langer verlof zouden hebben gehad, zij ook langer door zouden zijn gegaan met het geven van borstvoeding.

'Op het moment dat je je weer een klein beetje normaal gaat voelen dan moet je weer gaan werken. Het moment van die 3 maanden is wel bepalend. Dan zijn ze nog net te klein. Het is eigenlijk nog net te vroeg.'

'Daarom vind ik dat je verlof moet duren totdat je baby 6 maanden is.'

'Fulltime werken is zwaar, je bent moe, je bent kapot 's avonds. Ik zou meer tijd willen'

of meer regeling met werken als je kinderen hebt. Het lijkt mij lekkerder als je 1 jaar verlof krijgt lekker genieten, dan ben je met borstvoeding klaar, met alles.'

Eén vrouw gaf aan dat zij het verlof voor de man te kort vindt en graag langer zijn hulp had willen hebben.

'De man heeft wettelijk 2 weken vrij na de bevalling.^b In Scandinavië is dat veel langer. Ik vind het belachelijk dat dat in Nederland zo kort is. De mannen moeten al hun vakantiedagen opnemen om er maar bij te kunnen zijn. Je hebt de ondersteuning echt nodig.'

Er waren ook vrouwen, die aangaven beslist niet langer verlof te willen hebben gehad. Zij gaven aan dat ze juist de behoefte hadden om hun wereld te verbreden en wilden niet het idee hebben dat zij de hele dag alleen met hun baby bezig waren.

'Ik zou niet 1 jaar thuis willen zitten. Ik zou bang zijn dat ik in zo'n zwangerschapsdepressie kwam als ik thuis zat. Want dan ben je alleen maar bezig met die baby en die borst enzo. Je sociale contacten worden toch minder en ik zou echt gek worden, ik ben nog niet eens 2 maanden thuis, maar ik wil al aan het werk.'

'Ik wilde graag weer werken. Ik was zo blij en het zo zat om thuis te zitten. Na 3 weken wilde ik alweer gaan werken. Dat thuiszitten is niks.'

'Ik ben na alle drie de zwangerschappen met alle soorten van genoeg weer gaan werken.'

3.2.3.2 'Werk is werk'

Een aantal van de deelnemende vrouwen met betaald werk gaf aan dat ze op hun werk niet aan thuis herinnerd willen worden. Deze reden van vrouwen om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding kan ook worden opgevat als een behoefte aan 'autonomie.' Zij geven aan dat er in de eerste maanden naar hun mening een goede basis is gelegd door het geven van in ieder geval een aantal weken borstvoeding.

'De basis is er, het is mooi geweest.'

'Mijn kinderen hebben in ieder geval allemaal wel de biest gehad, het eerste uit de borst.'

Het werk beschouwden deze deelnemsters als iets van henzelf.

'Thuis ben ik mama en mijn werk is van mij, dan wil ik niet ondertussen moeten kolven.'

'Ik vind mijn baan veel te leuk, dus dat is wel een reden om af te bouwen. De kinderen zitten dan ver in mijn achterhoofd.'

3.2.3.3 Kolven

Een aantal vrouwen gaf aan dat zij al voor zij aan het werk zouden gaan hadden besloten om niet te gaan kolven. Dit waren over het algemeen de vrouwen die ook aangaven dat

^b Misvatting: Op dit moment heeft de vader 2 vrije dagen na de bevalling, er zijn momenteel veranderingen gaande om dit te verhogen naar 2 weken.

hun werk een deel van hun leven is waar thuis niets mee te maken heeft ('werk is werk'). Dit is gerelateerd aan de behoefte aan autonomie.

'Een voorraad aanleggen door kolven is lastig en alles meenemen naar de opvang is ook lastig.'

Een gedeelte van de vrouwen gaf aan wel te zijn begonnen met kolven op het werk, maar daar na een bepaalde periode toch mee te zijn gestopt. Daar lagen verschillende redenen aan ten grondslag. Sommige vrouwen hadden wel de gelegenheid en ruimte om te kolven, maar stopten om een andere reden, vooral omdat zij negatieve associaties met het kolven hadden. Er waren echter ook vrouwen die aangaven dat zij niet goed de ruimte of gelegenheid hadden om te kunnen kolven. Dit laatste was vooral een probleem op het werk.

Algemene negatieve aspecten

- 'Melkmachinegevoel' – Sommigen vrouwen gaven aan te zijn gestopt met het kolven omdat ze kolven onnatuurlijk vinden, mede omdat het apparaat teveel geluid maakt.
'Ik had zo'n elektrische en dan was het echt zo een, net zo'n koe, dan hoor je echt zo het geluid van shhsjoe, ja dat geluid erbij dat is niet ontspannend.'
'Je voelt je net een melkfabriek.'
'Toen ben ik dus gaan kolven op de WC, dan hoor je zo'n motortje. Ik schaamde me echt kapot. Dat geeft het geluid van een vibrator en dan schaam ik me kapot.'
- 'Teveel gedoe' – Anderen gaven aan te zijn gestopt omdat ze het teveel gedoe vonden en het teveel tijd kostte. Kolven veronderstelt niet alleen het afnemen van moedermelk met een kolfapparaat, maar ook het hygiënisch en gekoeld bewaren en transporteren van de gekolfde moedermelk, het aanleggen van een voorraad moedermelk in een diepvrieskast, het organiseren/administreren van de voorraad, en het op een goede manier (laten) opwarmen als het kind de gekolfde melk later krijgt.
'Het gesjouw en gedoe is gewoon te veel.'
'Ik ben wel georganiseerd, maar je moet zoveel meenemen. Ik heb ook vaak gehad, dan vergat ik gewoon van alles, dan weer de ventieltjes, dan weer de fles.'
'En je moet ook elke keer weer met die tasjes heen en weer rennen. Ik heb ook geen koeling en dan moet ik bij de kantine vragen om een koelement, dat vind ik gedoe. Op een gegeven moment denk ik daar heb ik geen zin in.'
'Het kolven van twee borsten kan bijvoorbeeld wel drie kwartier duren.'
- 'Kolven lukt niet' – Weer anderen stopten ermee omdat het kolven niet lukte of omdat er heel weinig uit kwam.
'Dan moet je heel snel kolven en dan komt er veel minder als dat je gehoopt had.'
'Alleen als ik het woord kolf al hoor, 10 ml meer komt er echt niet uit.'

Een alternatief voor kolven kan zijn dat iemand het kind naar de moeder brengt zodat zonder te kolven borstvoeding kan worden gegeven. Omdat dit slechts eenmaal werd ge-

noemd, door één vrouw waarvan haar man het kind wel eens naar de school waar zij haar opleiding volgde had gebracht, wordt hier verder niet op ingegaan.

Geen goede kolfomstandigheden op het werk

- Geen af te sluiten ruimte – Een deel van aanwezige moeders gaf aan dat de werkgever hen geen geschikte, af te sluiten ruimte ter beschikking stelde.

'We hebben allemaal open ruimtes met glazen dus de enige dichte ruimte is het toilet.'

'Het ging niet tussen die politiepakjes in dat kleedhok, als iemand zich om komt kleden dan zit ik daar met dat geluid, dan schaam ik me kapot.'

- Geen tijd – Een deel van de aanwezige moeders gaf aan dat de werkgever hen geen werktijd ter beschikking stelde. Volgens sommige vrouwen die deelnamen aan de focusgroepen trokken sommige werkgevers de kolftijd van de gewerkte uren, en dus salaris af.

'Het wordt afgetrokken van je uren, wordt ook niet vergoed, ze zien het als een pauze.'

Volgens andere vrouwen die deelnamen aan de focusgroepen, vergoedden andere werkgevers wel de kolfuren, maar verwachtten ze wel dat dezelfde hoeveelheid werk in die resterende 80% werktijd werd gedaan, hetgeen voor die vrouwen neerkwam op het niet vergoeden van de kolftijd.

'Ze zeggen wel neem rustig de tijd, maar ondertussen stapelt het werk zich wel op en mag je dat alsnog gaan doen, dus eigenlijk krijg je die tijd gewoon helemaal niet.'

'Ik werk als zaalarts en er zijn dan zoveel patiënten en er moet een bepaalde hoeveelheid werk gedaan worden. En als ik dan twee uur met kolven bezig ben dan duurt de dag gewoon twee uur langer, het is niet zo dat er dan een avonddienst komt die het van me over neemt.'

- Het werk laat kolven niet toe – De deelnemende vrouwen noemden ook dat er beroepsgroepen en werkvelden zijn waarbij het werk het praktisch niet toelaat dat een vrouw even weggaat om te kolven, zoals bij het bijwonen van vergaderingen, het hebben van ambulante werk, wanneer men alleen is op het werk of wanneer men met groepen mensen werkt.

- Vergaderingen – Een paar vrouwen gaf aan veel vergaderingen te moeten bijwonen.

'Ik werk in een cultuur met veel oude mannen. En ik heb nu een kolfruimte, maar ze zitten me allemaal aan te kijken, van kolven, nou ze worden bijna rood als ze het horen. Ik had laatst geen tijd en toen zat ik midden in een vergadering en toen begon ik te lekken. En ik vind het dan heel gênant om te zeggen: "Nou heren, ik moet even gaan kolven".'

'En dan zit je in een vergadering met zo'n voorgevel en dan moet je er wel uit terwijl je er gewoon bij moet zijn. Maar dan moet je er toch uit en je komt wel weer terug maar, dan mis je weer een heel deel.'

- Ambulant werk – Er waren ook vrouwen die aangaven een beroep te hebben waarbij men geen vaste werkplek heeft maar veel onderweg is.

'Mijn baan is niet zo dat ik kan kolven. Ik ben bij veel bedrijven, ik ben overal door Nederland, ik ga niet met een koelbox over straat, of ergens op een parkeerplaats langs de snelweg of op een afgelegen terrein kolven.'

'Ik ben ambulante hulpverlener en leg veel huisbezoeken af, ben dus veel onderweg.'

'Ik ben maatschappelijk werkster en moet heel veel gesprekken voeren. Ik moet ook bij mensen op huisbezoek, je kunt dan niet midden in het levensverhaal zeggen "Ik moet kolven".'

- Men is alleen op het werk – Ook vrouwen die in een winkel of benzinepomp werkten gaven aan moeilijk te kunnen kolven gedurende het werk.

'Ik werk bij een benzinepomp. Dan zou de hele pomp moeten worden dichtgegooid.

Meestal sta ik alleen. Je kan niet zomaar een bordje ophangen: ik ben even weg, kom zo maar terug.'

- Men werkt met groepen mensen – Er waren ook deelnemers aan de focusgroep discussies die met groepen mensen werkten die men niet alleen kan laten. Deze vrouwen gaven aan over het algemeen aangewezen te zijn op hun (lunch)pauze voor het kolven en hebben dan geen tijd om rustig te eten of met hun collega's te praten.

'Ik ben lerares op een basisschool. Ik kan niet tegen de kinderen zeggen, nou ga even driekwartier wat voor jezelf doen, dan kan ik kolven. En ze kunnen ook niet zeggen, nou laten we laten een invaller komen voor een uur, want er is natuurlijk geen invaller die voor een uur komt. Dus kolf ik tussen de middag. Afgelopen vrijdag zat ik in het magazijn en dacht ik het is eigenlijk wel mooi geweest. Ik vind het ook wel gezellig om even pauze te hebben met mijn collega's. En dat ik niet snel alles naar binnen hoeft te proppen omdat ik nog moet kolven.'

'Ik werk in speciaal onderwijs, ik sta voor een klas zeer moeilijk lerende kinderen, dan moet je in de pauze gaan kolven.'

'Ik werk bij verstandelijk gehandicapten met gedragsproblematiek. Alle cliënten lopen op de groep en dan kan ik daar niet weg, dat kan eigenlijk alleen als ik pauze heb want dan zitten ze op hun kamer.'

- Schuldgevoel naar werkgever en/of collega's – In sommige gevallen waarin het praktisch lastig was om te kolven op het werk, bood de werkgever volgens de deelnemende vrouwen aan om iets aan deze problematiek te doen, maar de betreffende vrouwen gaven tijdens de focusgroepen aan dit te hebben geweigerd uit schuldgevoel naar de werkgever of collega's.

'Mijn baas bood aan iemand over te laten komen, maar je voelt je dan schuldig, omdat jij een half uur weg moet, omdat ik zo nodig moet kolven en iemand dan moet invallen. Iemand anders werkt dan voor jou, ik voel me dan schuldig.'

'Als je van de groep weg moest om te kolven, stel dat er dan iets gebeurt terwijl je weg bent en verantwoordelijk voor bent. Agressie zie je vaak bij ons op het werk. Als een invaller in elkaar getimmerd wordt als ik er niet ben dan zou ik het mezelf niet vergeven.'

3.2.4 De borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst

Onder het algemene hoofdthema 'borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst' was er over het algemeen sprake van een opeenstapeling van redenen. Op een gegeven moment was er één reden te veel die maakte dat de moeder de beslissing nam om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding, de spreekwoordelijke druppel die de emmer deed overlopen. Een aantal van deze vrouwen vertelde dat het gedeeltelijk stoppen met het geven van borstvoeding een manier was om de druk van de ketel te halen en het voor henzelf mogelijk te maken om langer borstvoeding te kunnen blijven geven, zij het in combinatie met kunstvoeding.

Dit thema wordt hieronder opgesplitst in een aantal subthema's, maar over het algemeen was een combinatie van een aantal van deze subthema's die de moeders ertoe deed overgaan te starten met het geven van kunstvoeding naast of in plaats van de borstvoeding.

'Als je alle dingen bij elkaar op gaat tellen en het toch al niet goed loopt, dan stop je toch snel met de borstvoeding.'

Ook met dit thema bestaat er een overlap met redenen die werden genoemd bij het thema autonomie en dan met name met het subthema 'huidige maatschappij is veeleisend voor moeders.'

3.2.4.1 Het geven van borstvoeding kost teveel tijd

In de situatie dat een kind erg vaak wilde drinken besloot een aantal vrouwen overdag gedeeltelijk over te gaan op het geven van kunstvoeding om zo ook aan andere zaken toe te kunnen komen dan alleen maar het geven van borstvoeding. Dit overlapt gedeeltelijk met het onderwerp autonomie. Deze vrouwen gaven aan dat ze zich min of meer gedwongen voelden om kunstvoeding te geven door het feit dat hun kind veel huilde om voeding en het geven van de borstvoeding een groot aantal uren per dag in beslag nam. De vrouwen gaven aan te ervaren dat het geven van flesvoeding minder tijd kostte dan het geven van borstvoeding.

'Je kan nu aan hebben gelegd en een half uur daarna komt ze weer en heb je zoiets van "Jeetje heb je niet gegeten?"'

'Als ik dacht dat ze genoeg had, kwam ze weer omdat ze nog honger had. Elk half uur, ik was de hele dag bezig met voeden.'

'Ik ga voor de fles, is voor mij rustiger en ik heb tijd voor mijn huishoudelijke dingen, koken, eten voor mezelf. Ik eet altijd koud, dat had ik niet bij de eerste, maar bij deze denk ik echt pfff, ik kom niet aan mezelf toe.'

'Je kan je dan niet concentreren op borstvoeding geven, ik heb dikwijls meegemaakt dat ik mijn kind van de borst heb gehaald, ze had nog honger, maar ik had er gewoon geen tijd voor.'

De moeders die aangaven dat het voeden erg veel tijd kostte hadden vaak nog andere kinderen, waar ze naar hun idee niet genoeg tijd aan konden besteden.

'Ik heb nog een zoon van 3 die ook veel aandacht eist.'

'Mijn andere zoon had ook zijn moeder nodig.'

'Toen ik was gestopt waren de kinderen veel blijer en ik was weer beschikbaar. Ik was minder gestrest, de rust was er weer na de fles. Daarvoor moest ik weer voeden en verschonen: "Mama, moet je nou weer?"'

'Dan zat ik te voeden en dan moest mijn zoon poepen, dan moest ik met mijn dochter aan de borst zijn billen afvegen. Dat is praktisch allemaal best lastig. En daar heb je eigenlijk geen zin in.'

'Dan moest ik naar zwemles en ik moest half 4 op school zijn terwijl mijn andere kind om half 3 wakker werd. Voordat ik klaar was, het jasje had aangedaan, ik was iedere keer te laat voor mijn andere kinderen.'

3.2.4.2 Stress

Doordat hun kind naar het idee van sommige deelnemende moeders veel huilde en het kind volgens die moeders om borstvoeding vroeg, raakten sommige vrouwen naar hun zeggen in een neerwaartse spiraal waarbij er volgens hen een vermindering van de melkproductie optrad. Ze vertelden dat ze vermoeid en gestrest raakten door het huilen en het frequente geven van borstvoeding.

'Je bent gewoon heel moe en als je moe bent heb je dus heel weinig melk. Ook de stress die dat allemaal oplevert is slecht voor de melk.'

Volgens de moeders voelden hun kinderen dan ook aan dat de moeder gestrest was, waardoor de kinderen nog onrustiger werden en nog meer gingen huilen.

'Kinderen voelen dat aan als je gestrest bent, want dan willen ze ook niet drinken en gaan ze huilen.'

Daarbij gaven de moeders aan dat ze hierdoor ook nauwelijks tijd hadden om zelf te eten, hetgeen volgens hen ook de melkproductie belemmert.

'Soms vergeet ik te eten, dus heb ik geen borstvoeding. Je moet minimaal 3 keer per dag eten om die borstvoeding op gang te houden.'

'Soms denk ik om 2 uur in de middag, ik heb nog geen eens een boterham naar binnen gewerkt, je bent constant bezig met haar. Ik ben al niet zo'n grote eter en kind in combinatie met borstvoeding vergt heel veel energie. Mijn hele energie niveau wordt minder.'

3.2.4.3 Borstvoeding is 'niet voldoende'

De moeders met baby's waarvan de moeder vond dat ze veel huilden, gaven ook aan het idee te hebben dat de hoeveelheid borstvoeding die ze gaven aan hun kind niet voldoende was.

'Ik wist niet hoeveel er uit mijn borst kwam per keer. Mijn kind kreeg buikpijn en ze moest spugen, omdat ze teveel kreeg. Of te weinig, dus ging ze er snel weer om vragen. Heel onrustig voor haar en voor mij.'

Sommige van deze moeders gaven aan dat hun kind volgens hen niet voldoende groeide, wat voor hen een bevestiging was dat de borstvoeding niet voldoende was voor hun kind.

'Ze groeide niet goed, daalde verder in de groeilijn.'

'Hij was in een maand tijd slechts 200 gram aangekomen, toen heb ik gezegd, ik gooi

er twee flessen op.'

'Ze kreeg niet genoeg binnen en was onrustig en stopte met groeien. Ik besepte op dat moment dat mijn melk op dat moment toch niet het beste was. Dat het kindje niet groeide gaf de doorslag.'

3.2.4.4 Behoeftte aan zekerheid

Het geven van kunstvoeding naast borstvoeding of het helemaal overstappen op kunstvoeding gaf sommige deelneemsters een gevoel van zekerheid. Ze konden daardoor beter overzien hoeveel voeding hun kind binnen kreeg, waardoor zij zichzelf rustiger gingen voelen, hetgeen volgens hen weer tot gevolg had dat hun kind ook rustiger werd. Zij hadden het gevoel door het geven van kunstvoeding de neerwaartse spiraal te hebben doorbroken.

'Bij flesvoeding zie je hoeveel die binnenkrijgt. Dan weet je in ieder geval voor die keren dat ze zoveel binnen heeft gekregen.'

'Als ik zie dat hij de fles leeg heeft dan denk ik, ja, hij heeft goed gegeten en dan zie ik dat hij groeit en voel ik me op mijn gemak.'

'Nou de controle behoefte heb ik dus ook gehad, vooral in het begin, ze^c waren dus heel klein bij ons. En dan moesten we ze heel goed wegen voor de voeding en na de voeding wegen of er wel genoeg in ging, en of ze wel genoeg groeiden. En als je de fles geeft dan weet je precies wat ze krijgen, dan heb je het gevoel van controle.'

3.2.4.5 Mijn borstvoeding is niet goed voor mijn kind

Volgens sommige moeders hadden hun kinderen last van hun darmen en kwam dat naar hun zeggen door de borstvoeding die zij kregen, omdat die problemen er niet waren wanneer het kind kunstvoeding kreeg.

'Mijn kind heeft veel last van winderigheid en krampen en noem maar op. En nu krijgt hij gewoon kunstvoeding en dat verdraagt hij beter, hij heeft minder last van krampjes.'

'Ik vind het zielig als ik mijn kind zie verkrampen, dus als ik mag kiezen tussen de borst en de fles, grijp ik liever naar de fles.'

3.2.4.6 Pijn

Een extra complicerende factor die de deelnemende vrouwen noemden was het hebben van pijn. Vaak gingen de vrouwen die vertelden dat zij pijn hadden gehad bij het geven van borstvoeding echter pas over tot de beslissing om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding nadat zij op allerlei manieren hadden geprobeerd van de pijn af te komen of deze in ieder geval te verminderen. Dat kon zijn met behulp van de kraamverzorgster, het consultatiebureau of een lactatiekundige of door bijvoorbeeld te gaan kolven. Met deze hulp wisten ze het stoppen wel uit te stellen, maar op een gegeven moment stopten sommigen toch definitief. Vaak ging de reden 'pijn' wel gepaard met andere redenen.

^c Deze vrouw had een tweeling gekregen.

'Ik heb wel geprobeerd te kolven, maar dat lukte niet. Was melk en bloed. Tepels gingen kapot. Mijn zusje zei; wat is dat voor rare melk, het was gewoon zalmkleurig.'

'Het was te pijnlijk. Vanaf het eerste moment deed het pijn. Mijn tepel was helemaal open. En toen dacht ik, nee ik moet stoppen. Ik keek steeds op de klok, oh nee, weer die pijn. En om de 2 uur dat je haar moet aanleggen en ik dacht omdat ze steeds huilt krijgt ze misschien niet. De kraamzorg zei van kijk als je steeds pijn hebt moet je voor jezelf kiezen.'

'Kolven doet minder pijn dan het mondje van het kind. Dus dat is een voordeel. Dan zei ik tegen mijn man dat hij het kind maar moest nemen, ik kon dat mondje niet meer zien. Dan liepen de rillingen over mijn rug.'

'Het was zo pijnlijk. Godsgruwelijk. Dan zeggen ze dat je daar even doorheen moet. Die eerste minuut. Als je echt alleen maar pijn hebt en het aanleggen uitstelt. Geen rust meer, je stond helemaal stijf van de stress omdat het te pijnlijk was. Mijn kind had bloed op de mond van mijn tepelkloven. Het was net een vampiertje. Toen de tepelkloven voorbij waren bleef het pijnlijk. Ik dacht "Laat maar, met de fles worden ze ook groot." Doordat de pijn er is en er geen klik is, dan maar de fles.'

'Als je crepeert van de pijn en je moet ook nog op je andere kind letten. Daar word je erg chagrijnig van en dat is ook niet leuk voor je andere kind. Dan kan je niet goed functioneren en ben je geen perfecte moeder meer. Ik had zoveel pijn dat ik niet meer goed voor mijn andere zoon kon zorgen.'

3.2.4.7 Onrustige nachten

Naast de vrouwen die overdag de fles gaven naast de borstvoeding, waren er ook vrouwen die juist 's avonds of 's nachts de fles gaven. Volgens sommige moeders konden op die manier zowel moeder als kind de avond doorslapen. Volgens hen was de kunstvoeding voedzamer en duurde het langer voordat het kind weer honger had dan bij borstvoeding.

'Die onrustige nachten, als je er dan ook nog een klein kind bij hebt die om 6 uur naast je bed staat om te vragen of je wilt spelen...'

'Ik wilde een keer slapen, na 3 maanden was ik het gewoon even zat. Nu ik begonnen ben met kunstvoeding slaapt ze 's nachts 6 uurtjes door. Bij borstvoeding was dat wel anders. De eerste dagen had ik zoiets van, hè? Even kijken of alles wel goed is. Dat is gewoon raar als ze doorslapen, maar wel lekker. Dat betekent "heel veel rust".'

'Ik ben 's avonds om 10 uur gaan bijvoeden, na een week sliep hij al helemaal door. Dan kwam hij de volgende ochtend pas om 7 uur weer.'

Een ander voordeel van het 's nachts de fles geven volgens de deelnemende moeders was dat wanneer het kind 's nachts honger had, de partner ook het bed uit kon om de fles te gaan geven.

'Er zijn dagen geweest dat ik het gevoel had dat ik een zombie was. Dat ik ook zoiets had van ik ben eigenlijk bekap en dat moet anders. En dan ga je kijken wat kan nou anders en uiteindelijk had ik zoiets van dat is gemakkelijk op te lossen. Toen dacht ik laat mijn man maar helpen 's nachts te voeden.'

3.2.4.8 De baby weigert de borst

Sommige vrouwen gaven aan dat op een gegeven moment het kind zelf weigerde uit de borst te drinken. Een deel van deze moeders loste dit op door op kolven over te gaan. Hierdoor liep volgens hen de melkproductie echter dusdanig snel terug dat zij wel moesten overgaan op kunstvoeding.

'Mijn kind pakte niet goed vanaf het eerste moment. Hysterisch janken. Daarna gekolfd en dat ging heel erg goed. Daarna alles gekolfd en in flesjes gegeven. Door de terugloop na twee weken van de melk was het snel voorbij. Het liep heel snel terug. Er kwam niet meer en ik moest geheel over op de fles.'

'De mijne wil de fles liever. Bij de borst trekt hij een vies gezicht na 5 minuten. Hij heeft sowieso nooit heel lang gedronken. Aan de borst hoeft hij niet meer.'

'Bij kunstvoeding ligt ze rustig te drinken, bij mij was het krijsen, gillen, boeren. Toen mijn kind de fles ontdekte wilde ze alleen maar dat.'

'De laatste tijd borstweigering, echt het overstrekken naar achteren. Ik wil niet meer geef mij de fles maar. Als hij dan een flesje ziet dan is het gelijk happen.'

'Ik gaf hem borstvoeding maar hij wou het op een gegeven moment zelf niet meer, hij spuugde het echt uit, of gaf over. Dus ik had zoiets van, ik heb wel heel veel, maar hij wil het niet. Soms had ik wel 5 of 6 flesjes in de koelkast, maar hij wou het gewoon niet. Hij dronk het niet op, hij heeft het een paar keer gedronken, maar daarna spuugde hij het gewoon weer uit. En met poedervoeding gaat het heel goed.'

3.2.4.9 Overtollige moedermelk en lekken

Een paar vrouwen gaven als reden om (gedeeltelijk) te stoppen dat ze 'teveel' melk hadden. Daardoor werden ze constant nat en moesten zichzelf en hun bed een paar keer per dag of nacht verschonen.

'Klinkt misschien raar maar ik heb teveel melk. Als ik ging slapen was mijn bed nat. Ik kon niet over straat gaan want dan werden mijn kleren nat. Nu geef ik gewoon 's morgens en 's avonds en heb ik nog steeds veel melk en lekt het nog steeds wel, maar het lijkt of ik meer balans kan vinden. Voor de balans wil ik niet zoveel melk meer hebben. In het begin had ik last van stuwingen, nu gaat het een stuk beter. Het is niet leuk voor je partner als hij zegt ja heel je bed is nat. Hoe lang ben je nog van plan borstvoeding te geven? Die zoogkompresen, ik weet niet of het bij jullie wel werkt maar ze doen echt niks hoor, het spuit gewoon.'

3.2.5 Overige thema's

Naast de 3 algemene hoofdthema's die bij het overgrote gedeelte van de vrouwen een rol speelden bij het nemen van de beslissing om gedeeltelijk of geheel te stoppen zijn er gedurende de focusgroep discussies nog een aantal thema's naar voren gebracht die niet goed onder de drie algemene hoofdthema's te scharen zijn. Dit zijn 'de partner is meer betrokken bij flesvoeding,' 'pil, medicijnen of andere ervaren medische redenen,' 'geen lijfelijk contact willen,' 'weggooien is zonde' en 'het lichaam vindt het genoeg.'

3.2.5.1 De partner is meer betrokken

Als bijkomend voordeel van het laten voeden van het kind door de partner werd naar voren gebracht dat de partner op deze manier een betere band met zijn kind kon opbouwen.

'Papa wil graag de fles geven. Dat vond hij bij de eerste ook zo leuk, dan had hij zoiets van ik mag het kind uit bed halen en het geven. Gewoon het innige contact.'

'Mijn man ging op een gegeven moment ook wel zeggen, nou ik zou het ook wel heel erg leuk vinden om wat meer met het kindje te kunnen doen.'

'Mijn man voelde zich er buiten staan. Nu geeft mijn man ook flesjes en heeft meer contact. Dat is een zeer belangrijk punt. Meer mannen kunnen denk ik niet veel met kleintjes en het geven van een flesje kan de band wel versterken.'

'Die van mij maakt het zelf warm. Hij doet alles zelf. Als ik me er mee ga bemoeien, wordt hij boos. Het is zijn tijd met de baby.'

3.2.5.2 Pil, medicijnen of andere ervaren medische reden

Volgens sommige vrouwen stopt het lichaam met het produceren van melk wanneer zij de 'normale' anticonceptiepil gaan innemen. Eén vrouw moest stoppen met het geven van borstvoeding omdat zij medicijnen moest slikken voor een blaasontsteking, één andere zei dat ze volgens haar dokter geen borstvoeding meer mocht geven omdat ze last had van bekkeninstabiliteit.

'Als ik de pil neem, is bij mij de borstvoeding weg. Er is wel een pil die je kan gebruiken terwijl je borstvoeding geeft, maar die is zo licht, de kans bestaat dan dat je toch zwanger wordt.'

'Ik moest medicijnen gaan slikken voor mijn blaasontsteking. Jammer dat het toen over was.'

'Bij mij is het puur medisch, door bekkeninstabiliteit.^d Dan krijg je te horen dat dat absoluut niet goed voor je is. En ik had voordat ik gestopt ben ook alleen bloed. Toen zei de dokter, geef het maar niet meer, en toen was het van Oh je hebt bekkeninstabiliteit dus je mag helemaal niet meer.'

3.2.5.3 Geen lijfelijk contact willen

Eén vrouw gaf aan door problemen in haar verleden niet van lijfelijk contact te houden en dus ook het geven van borstvoeding onprettig te vinden.

'Ik wil geen lijfelijk contact, daar hou ik niet van. Ik hou niet van dat gefreubel. Aan de borst wil je dan helemaal niet zoveel. In de eerste kraamweek wil dat allemaal nog wel, maar na 2 weken gaan de hormonen zakken en de extase zakt een beetje, je komt met beide benen op de grond en dan wil je het niet meer. Laat maar, geen gedonder aan mijn lijf.'

3.2.5.4 Weggooien is zonde

Enkele vrouwen gaven als reden om te stoppen met borstvoeding dat ze het zonde vonden

^d Misvatting: Bekkeninstabiliteit is geen indicatie om te stoppen met het geven van borstvoeding.

om borstvoeding te moeten weggoaien en liever kunstvoeding weg wilden weggoaien. *'Als je hebt gekolfd, dan drinken ze het niet helemaal op. En ik vind het zonde om het laatste stukje weg te gooien. Je moet het weggoaien. En ik vond het toen zo zonde dat ik dacht, ik kan beter de kunstvoeding gewoon weggoaien dan de borstvoeding. Als ik de flesvoeding weg deed dacht ik ach wat kan mij het schelen, maar een druppel borstvoeding is heel veel waard, als ik mijn melk moest weggoaien, voelde het alsof ik geld moest weggoaien.'*
'Ik snap je helemaal, want ik geef het dan liever ook niet, nu ik de kunstvoeding weggooi vind ik het niet erg.'

3.2.5.5 Het lichaam vindt het genoeg

Eén vrouw zei dat haar lichaam vanzelf aangaf wanneer het genoeg was, doordat het dan stopt met het produceren van melk.

'Ik denk dat het lichaam het ook zelf wel aangeeft. Ja, althans wel in mijn geval. Zodra je ook met andere dingen bezig gaat zijn, dat merkte ik wel met het werk, als je al bezig bent met naar het werk toegaan, dan gaat je lichaam dat vertellen. Je geeft je niet helemaal meer over aan het voeden. Er komen weer andere dingen in je hoofd, de hormoonproductie wordt weer anders. En uiteindelijk beslist het lichaam zelf wel: tot zover en niet verder.'

3.2.6 Voordelen en nadelen van borstvoeding en kunstvoeding

Aan de ene kant ervoeren de moeders borstvoeding als praktisch gemakkelijker dan flesvoeding. Moeder hebben borstvoeding altijd bij zich, het is altijd direct op temperatuur en moeders hoeven er verder niks voor mee te nemen, behalve het kind zelf. Voor kunstvoeding zijn de moeders echter aangewezen op een magnetron of moeten ze een thermosfles met warm water meenemen. Aan de andere kant ervoeren veel deelnemers het geven van borstvoeding niet altijd als gemakkelijker, hetzij in praktische, hetzij in andere zin. Voor de ene moeder was het fijn te weten dat zij de enige was die haar kind kon voeden; het gaf haar een verbonden gevoel met haar kind. Echter, andere moeders gaf dit juist een vervelend gevoel. Deze moeders voelden zich door het geven van alleen borstvoeding niet zo zeer verbonden met hun kind, maar gebonden aan hun kind. Zij konden niet zonder hun kind weg. Kunstvoeding bood hun die mogelijkheid wel, dat kan door iedereen, op elk gewenst moment worden gegeven. In theorie zouden zij wel hebben kunnen kolven, omdat dit dezelfde mogelijkheden biedt als de kunstvoeding, maar kolven kostte (te) veel organisatie volgens veel deelnemers.

Niet alleen het gebonden zijn aan het kind was echter een probleem. Ook vrouwen die het geen belemmering vonden om hun kind mee te nemen en onderweg te voeden, ondervonden problemen met het geven van borstvoeding in het openbaar.

Volgens de deelnemende moeders rust er op het voeden in het openbaar in Nederland een taboe. Verder zijn er in openbare gelegenheden te weinig faciliteiten om een kind te voeden.

den of melk af te kolven. Deze problemen spelen geen rol bij het geven van kunstvoeding in het openbaar. Een aantal vrouwen gaf ook aan dat wanneer ze op visite of met vriendinnen aan het praten waren een voordeel van flesvoeding was dat ze daar gewoon mee door konden gaan, terwijl ze voor het geven van borstvoeding even apart moesten gaan zitten en dus het gesprek moesten onderbreken. Ook sporten was lastig met volle borsten volgens de moeders.

Een voordeel van borstvoeding volgens sommige deelnemers is dat alles wat de moeder eet, zoals vitaminen, ook in de borstvoeding komt en de smaak van de voeding daardoor ook varieert. Terwijl de kunstvoeding altijd hetzelfde bevat en smaakt. Wat aan de andere kant ook weer een voordeel is van flesvoeding volgens deelnemende moeders. In kunstvoeding zit alles aan vitaminen wat een kind nodig heeft, terwijl je bij borstvoeding extra vitamine K en D moet geven. Echter, aldus een moeder, de vitamine C verdwijnt uit de kunstvoeding wanneer de fles te heet wordt gemaakt,^e iets wat niet kan gebeuren bij het geven van borstvoeding direct uit de borst. Een nadeel van borstvoeding volgens deze moeders was ook dat je er geen alcohol bij mag drinken of de pil of medicijnen kan slikken. Ook was een nadeel volgens vele deelnemers dat de vrouw minder zin in vrijen heeft of dat het vrijen lastig verloopt doordat er melk uit de borsten komt. Een voordeel was wel dat de partner het fijn vindt dat de borsten groter zijn dan wanneer de vrouw geen borstvoeding geeft. Een nadeel van het geven van borstvoeding was volgens de deelnemers ook dat lekkende borsten voor natte kleding en / of bedden zorgen; wat bij het geven van kunstvoeding niet het geval was.

Verder was de timing van voeden bij flesvoeding veel gemakkelijker dan bij borstvoeding volgens deze vrouwen. Veel vrouwen dachten dat borstvoeding minder verzadigend is dan kunstvoeding, of dat het sneller verteert, waardoor hun kind vaker moest worden gevoed. Ook dronken hun kinderen over het algemeen sneller een flesje leeg dan een borst. Het geven van kunstvoeding gaf daardoor volgens hen overdag meer rust, vrijheid en tijd voor andere zaken. Ook hadden zij het idee dat hun kind daardoor 's nachts langer doorsliep en dus moeder ook meer nachtrust kreeg.

Voor de ene moeder was het geven van borstvoeding gedurende de nacht een voordeel, omdat ze dan niet uit bed hoefde te komen om de melk te bereiden. Echter voor de ander was het geven van kunstvoeding gedurende de nacht een voordeel, omdat de partner het dan kon geven en zij gewoon door kon slapen.

Voor de vrouwen waarbij het geven van borstvoeding pijnlijk was, was een voordeel van de fles dat zij van die pijn af waren. Enkele vrouwen vonden het zonde om de afgekolfdde borstvoeding te moeten weggooiden en gooiden liever kunstvoeding weg.

Een schematisch overzicht van de door de deelnemende vrouwen genoemde voordelen en nadelen van zowel borstvoeding als flesvoeding is te vinden in Tabel 11.

e Misvatting: vitamine C verdwijnt niet uit de kunstvoeding wanneer de fles te heet wordt gemaakt.

Tabel 11.**Voordelen/nadelen van kunstvoeding en borstvoeding volgens de moeders in de focusgroepen**

Borstvoeding	Kunstvoeding
<p>Genoemde voordelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Goedkoop • Gemakkelijk, je hoeft alleen een spuugdoekje en kind mee te nemen • Borstvoeding is gelijk op de juiste temperatuur • Je hoeft 's nachts niet uit bed om de baby te voeden • Geeft de baby variatie in smaak door wat moeder eet. • Je hoeft niet op te letten • Je kunt samen met je baby aan de borst in slaap vallen • Het is gezond, kind krijgt antistoffen binnen • Kind heeft goede ontlasting • Partner vindt grotere borsten prettig <p>Genoemde nadelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan geen pil of medicijnen nemen • Minder autonomie, geen vrije tijd • Je weet niet wat kind binnenkrijgt • Je moet kolven als je weg wilt zonder kind • Partner is minder betrokken bij kind • Na het drinken van alcohol moet je de borstvoeding afkolven en weggooien • Voeden in het openbaar is een probleem • Je moet de gezelligheid verlaten en apart gaan zitten om te gaan voeden of kolven • Moeilijk te combineren met werk • Niet te plannen door onregelmatige voedingen • Het kost veel tijd, kind komt vaak en drinkt lang • Moeder is enige die borstvoeding kan geven • Kind heeft krampjes als moeder verkeerd eet • Lekkende borsten: natte kleding, bedden • Vrouw heeft minder zin in vrijen • Er komt melk uit de borsten tijdens het vrijen • Kind wil vaker 's nachts drinken • Zonde om weg te gooien • Kan pijn doen • Sporten is lastig 	<p>Genoemde nadelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duur • Je moet van alles meenemen. • Voeding moet op de juiste temperatuur gebracht worden, er is een magnetron nodig • 's Nachts moet je opstaan om de fles klaar te gaan maken • Eentonig, is altijd hetzelfde voor het kind • Je moet goed opletten dat de baby niet te veel lucht hapt of zich verslikt • Je moet opblijven om de fles te geven • Kind krijgt geen antistoffen van de moeder binnen • Harde ontlasting wanneer het kind teveel krijgt • De borsten worden weer kleiner <p>Genoemde voordelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan wel pil of medicijnen nemen • Meer autonomie, wel vrije tijd • Je ziet wat de baby binnenkrijgt • Je hoeft nooit te kolven • Partner is meer betrokken bij kind • Je kunt wijn drinken • Voeden in het openbaar is geen probleem • Je kunt de fles in gezelschap geven, je hoeft de gezelligheid niet te verlaten om te voeden • Gemakkelijker te combineren met werk • Goed te plannen door regelmaat in voeden • Langere pauzes tussen de voedingen en fles is snel leeg • Iemand anders kan het flesje geven • Kind heeft geen last van krampjes • Geen lekkende borsten • Heeft geen invloed op zin in vrijen • Er komt geen melk uit de borsten tijdens vrijen • Kind slaapt 's nachts langer door • Niet zonde om weg te gooien • Doet geen pijn • Sporten is goed mogelijk

3.2.7 Verschillen tussen subgroepen

In deze paragraaf worden de verschillen tussen de verschillende subgroepen besproken.

3.2.7.1 Etnische subgroepen

Een verschil tussen de autochtone en allochtone groepen was dat alle vrouwen van een allochtone etniciteit die deelnamen aan de focusgroep discussies er geheel van overtuigd waren dat borstvoeding de beste voeding was voor hun kind. Dit was niet het geval bij alle autochtone vrouwen die deelnamen, sommigen van hen zeiden vooral borstvoeding te hebben gegeven om de innige band die je daarmee met je kind kweekt. Bij de allochtone vrouwen leek het schuldgevoel met betrekking tot het (gedeeltelijk) stoppen ook langer aan te houden dan bij de autochtone vrouwen. Dit leek vooral het geval te zijn bij de deelnemende vrouwen met een Islamitische achtergrond, omdat het, zoals zij zeiden volgens de Islam dringend wordt aanbevolen om gedurende 2 jaar borstvoeding te geven.

Een ander verschil tussen allochtone en autochtone deelnemers aan de focusgroep discussies betrof het hebben van problemen met voeden in het openbaar. De allochtone vrouwen gaven aan dat het geven van borstvoeding in het openbaar in hun cultuur heel gewoon is en dat niemand daarvan opkijkt als men dat doet. Deze vrouwen gaven aan dat zij meer het idee hadden dat de omgeving er moeite mee had en er in Nederland een taboe op rust. De autochtone vrouwen echter gaven aan dat zij het geven van borstvoeding in het openbaar zelf niet prettig vonden en zich ook konden voorstellen dat hun omgeving dat niet prettig vond.

Het lijkt erop dat de allochtone vrouwen, net als de autochtone vrouwen, met name (gedeeltelijk) stoppen om redenen die zijn te scharen onder de thema's 'autonomie, de huidige maatschappij is veeleisend voor moeders,' 'werk' en 'de borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst.'

3.2.7.2 Opleidingsniveaus

Alle hoogopgeleide vrouwen werkten en op 3 na hadden zij allen ooit gekolfd. Niet alle laag of middenopgeleide vrouwen werkten en slechts 4 van hen werkten fulltime. Het waren de vrouwen uit deze groep die niet werkten of parttime werkten die nooit hadden gekolfd. Hoog opgeleide vrouwen stopten vooral met kolven omdat ze op het werk niet aan thuis wilden denken of dat het werk bleef liggen, terwijl het de lager opgeleiden vaker ontbrak aan faciliteiten en mogelijkheden om te kolven op het werk.

3.2.7.3 Vroeg gestopte vrouwen (voor 6 weken)

Van de vrouwen ($N=10$, Tabel 6) uit de studiepopulatie die geheel gestopt waren met het geven van borstvoeding voor hun kind 6 weken oud was, noemde de helft pijn als dé reden of één van de redenen om te besluiten te stoppen. Dit is ongeveer de helft van het aantal vrouwen dat pijn heeft genoemd gedurende de discussies.

De andere helft van de vrouwen die zeiden te zijn gestopt met het geven van borstvoeding

voor het kind 6 weken oud was, gaven als reden van stoppen combinaties van redenen uit de drie algemene hoofdthema's.

Op één vrouw na waren de vrouwen die geheel gestopt waren met het geven van borstvoeding voor hun kind 6 weken oud was werkende vrouwen.

Discussie

4.1 Inleiding

Dit explorerende onderzoek geeft meer inzicht in de redenen en motieven van moeders om gedeeltelijk of geheel te stoppen met het geven van borstvoeding voor het kind de leeftijd van 6 maanden heeft bereikt. De resultaten gelden voor vrouwen die voor de leeftijd van 6 maanden gedeeltelijk of geheel zijn gestopt met het geven van borstvoeding en gelden niet voor de gehele populatie van moeders die borstvoeding geven of hebben gegeven aan hun kind.

Uit deze focusgroep studie komt naar voren dat de belangrijkste redenen voor de deelnemende moeders om te stoppen met het geven van borstvoeding voordat de baby 6 maanden was, waren te groeperen onder drie algemene hoofdthema's: 'autonomie,' 'werk' en 'het geven van borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst.'

De deelnemende vrouwen die aangaven te zijn gestopt om redenen die zijn te scharen onder de hoofdthema's 'autonomie' en 'werk' gaven aan over het algemeen van tevoren te hebben bepaald gedurende welke minimale periode zij borstvoeding wilden gaan geven. Deze periode was voor de werkende vrouwen ongeveer 2 tot 3 maanden.

Bij vrouwen die stopten om redenen welke te scharen zijn onder het thema 'de borstvoeding verloopt minder soepel dan gewenst' was de vooraf bepaalde minimale periode over het algemeen 6 maanden. Over het algemeen ging er aan de beslissing om (gedeeltelijk) te stoppen een heel proces vooraf; een opeenstapeling aan praktische en emotionele problemen.

Een element dat kan meespelen bij de interpretatie van de resultaten is dat vrouwen die hebben deelgenomen aan de studie aan de ene kant de morele verplichting ervoeren om een 'goede moeder' te zijn; daarbij hoort volgens de gangbare opvattingen gedurende 6 maanden (uitsluitend) borstvoeding geven. Aan de andere kant werd door veel vrouwen in de studie het geven van (uitsluitend) borstvoeding als veeleisend en zwaar ervaren, om verschillende redenen. Vrijwillig de keuze te hebben gemaakt om (gedeeltelijk) te stoppen zou deze vrouwen een schuldgevoel en negatief zelfbeeld hebben kunnen geven. Vanuit dit perspectief kunnen de redenen die de vrouwen naar voren brachten in de focusgroe-

pen ook als een 'legitimatie' voor het (gedeeltelijk) stoppen worden gezien; geëxternaliseerde redenen of een ervaren externe dwang om (gedeeltelijk) te moeten stoppen hebben op een dergelijke manier mogelijk bijgedragen aan de preventie van schuldgevoel of een negatief zelfbeeld.

Een ander element dat kan meespelen bij de interpretatie van de genoemde redenen kan zijn dat niet zozeer het geven van borstvoeding de oorzaak van eventuele problemen was, maar meer het minder goed kunnen omgaan met de vele eisen die het ouderschap stelt. Het geven van borstvoeding is vrijwel het eerste wat vrouwen tegenkomen bij het uitvoeren van ouderschap, dus 'tegenvallend' ouderschap wordt dan mogelijk sneller toegeschreven aan problemen met de borstvoeding.

4.2 Methodologische overwegingen

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van focusgroep discussies. Deze methode is eenvoudig toe te passen. Doordat deelnemers op elkaar kunnen reageren, levert deze methode een range van meningen op. Er bestaat echter een risico dat deelnemers taboeonderwerpen vermijden en sociaal wenselijke antwoorden geven. Waarschijnlijk zijn deze risico's niet opgetreden in de huidige studie; het leek erop dat de deelnemers naarmate de focusgroep discussies vorderden steeds openhartiger werden over hun redenen om (gedeeltelijk) te stoppen. Ook (mogelijke taboe) onderwerpen als seksualiteit en autonomie werden uitgebreid besproken.

De methode van onderzoek en het feit dat vrouwen zichzelf moesten aanmelden voor het onderzoek hebben tot gevolg dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie van moeders die (gedeeltelijk) stoppen met het geven van borstvoeding. Echter, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek is het primaire doel van kwalitatief onderzoek, zoals focusgroep discussies, niet de generaliseerbaarheid van de resultaten naar een grotere populatie, maar meer inzicht te verkrijgen in en het begrijpen van bepaalde onderzoeksgroepen door met deze mensen daarover te spreken;^{16,23} in dit onderzoek betreft dat redenen voor het (gedeeltelijk) stoppen met borstvoeding. Dit soort onderzoek vereist een doelgerichte steekproef omdat de meest productieve gesprekken over het algemeen zullen plaatsvinden tussen mensen die bepaalde kenmerken gemeen hebben,^{14,15} dus in homogene groepen. In dit geval waren dit vier allochtone groepen en 6 autochtone groepen.

Alle moeders die gestopt waren met het geven van borstvoeding of het introduceren van kunstvoeding voor de leeftijd van 6 maanden, en die niet langer dan 10 weken geleden gestopt waren met het geven van borstvoeding, konden deelnemen aan de focusgroepen. Dit betekent dat moeders op verschillende momenten na de geboorte deelnamen en een gedeelte van de vrouwen op het moment van afname nog een kind had dat jonger was dan 6 maanden. Voor deze vrouwen was het dus nog mogelijk dat zij geheel zouden stop-

pen met het geven van borstvoeding voor de leeftijd van 6 maanden, eventueel om andere redenen dan deze deelnemers nu hadden om kunstvoeding te introduceren.

Twee vrouwen volgden reeds een opleiding of zouden ermee gaan beginnen en 22 vrouwen moesten nog beginnen met werken of waren net begonnen. Het is mogelijk dat een deel hiervan nog is gestopt met het geven van borstvoeding voor hun kind 6 maanden oud was. Een paar vrouwen die nog moesten gaan werken hebben dit ook expliciet gezegd. Dit kan invloed hebben gehad op de redenen en percepties die deze moeders noemden in de focusgroep discussies.

Bij de eerste 4 focusgroepen is een relatief uitgebreide vragenroute gevolgd. Deze vragenroute begon met het vragen naar redenen van de vrouwen om te beginnen met het geven van borstvoeding. Hierdoor ging een deel van de beschikbare tijd op aan algemeenheden. In de latere focusgroep discussies is daarom direct gestart met redenen om te stoppen met het geven van borstvoeding. Deze focusgroepen hebben dezelfde soort informatie opgeleverd.

Een sterk punt binnen dit onderzoek is inclusie van allochtone subgroepen, zodat gekeken kon worden of er verschillen waren in redenen om te stoppen tussen de verschillende etnische subgroepen.

Andere specifieke subgroepen waarvan de redenen zouden kunnen verschillen met andere subgroepen zijn vrouwen die werken, vrouwen die snel na de geboorte zijn gestopt met het geven van borstvoeding en laag opgeleide moeders. Vooral de twee laatstgenoemde doelgroepen zijn voor onderzoek echter moeilijk te bereiken.

4.3 Beschouwing van de resultaten

De resultaten kunnen worden geïnterpreteerd binnen het theoretische kader van de Theorie van Gepland Gedrag.¹⁸ Alle vrouwen die deelnamen aan deze focusgroep discussies hadden de intentie om borstvoeding te gaan geven aan hun kind. Zij hadden allen inderdaad ook een positieve attitude ten aanzien van het geven van borstvoeding; zij waren er allemaal van overtuigd dat borstvoeding goede voeding was voor hun kind. Ook van de meeste vrouwen was de waargenomen gedragscontrole hoog; met andere woorden, zij dachten van tevoren dat zij goed in staat waren om borstvoeding te geven. Voor sommigen was dat gebaseerd op hun ervaringen met eerdere gekregen kinderen bij wie dat ook gelukt was. Voor veel vrouwen, en dan voornamelijk voor de vrouwen met een Islamitische achtergrond en andere allochtone vrouwen, waren de subjectieve normen ook gericht op het geven van borstvoeding; volgens de opvattingen van anderen uit hun omgeving was het ook gewenst dat de vrouwen hun kind borstvoeding zouden geven. Bij alle deelnemers was de intentie tot het gedrag, het geven van borstvoeding, dus inderdaad een goede

voorspeller van het gedrag; alle vrouwen waren inderdaad begonnen met het geven van borstvoeding en hadden dat minimaal twee weken volgehouden.

Echter, alle deelnemers waren ook gedeeltelijk of geheel gestopt met het geven van borstvoeding. De deelnemende vrouwen zijn in eerste instantie op te delen in twee groepen: één groep die van tevoren had gepland om een bepaalde periode, korter dan 6 maanden, (uitsluitend) borstvoeding te geven en dat plan ook ten uitvoer heeft gebracht en één groep vrouwen waar dat niet voor gold. Hieronder wordt dit per groep besproken. Ook hier moet de kanttekening worden geplaatst dat vrouwen niet altijd onder één groep vallen, maar soms combinaties van redenen hadden om te besluiten te stoppen.

4.3.1 Het geven van borstvoeding is volgens plan verlopen

Voor deze vrouwen leverde de beslissing om (gedeeltelijk) te stoppen geen problemen op. De deelnemers die onder deze groep vallen waren over het algemeen gestopt om redenen die vallen onder de algemene hoofdthema's 'autonomie – persoonlijke behoefte aan vrijheid' en 'werk – werk is werk'. Een aantal vrouwen zeiden heel veel van hun kinderen te houden, maar zeiden ook dat zij zich door het geven van borstvoeding aan hun kind op sommige momenten beperkt voelden. Zij gaven aan ook tijd voor zichzelf nodig te hebben om goed als moeder te kunnen functioneren. Vooral in de eerste drie maanden valt dit te scharen onder het thema 'autonomie' omdat bijna alle moeders minimaal drie maanden zwangerschapsverlof hebben en ook gebruiken. In deze periode willen zij echter ook de gelegenheid hebben om bijvoorbeeld te kunnen winkelen of op een andere manier tijd te besteden aan alleen zichzelf of aan omgang met andere mensen zoals partner, vrienden of andere kinderen, zonder dat de baby daarbij aanwezig is of dat er rekening met de baby moet worden gehouden. Na drie maanden wordt dit nog versterkt en / of uitgebreid doordat veel vrouwen dan weer aan het werk gaan. Deze vrouwen hebben waarschijnlijk een goed geïnformeerde beslissing genomen.

4.3.2 Het geven van borstvoeding is niet volgens plan verlopen

Er was echter ook een groep vrouwen die van tevoren had gepland om gedurende 6 maanden (uitsluitend) borstvoeding te gaan geven aan hun kind, maar daar om verschillende redenen niet in zijn geslaagd. Deze groep vrouwen is onder te verdelen in 2 subgroepen: één groep vrouwen waarbij de uitvoering van het gedrag, het geven van borstvoeding aan hun kind, niet goed aansloot bij de geldende subjectieve normen en één groep vrouwen waarbij het geven van borstvoeding niet goed aansloot bij hun waargenomen gedragscontrole.

4.3.2.1 Subjectieve normen

Er was een groep vrouwen waarbij de uitvoering van het gedrag, het geven van borstvoeding aan hun kind, niet goed aansloot bij de geldende subjectieve normen onder sommige omstandigheden, bijvoorbeeld in openbare gelegenheden of op het werk. Dit was

vooral het geval bij vrouwen die waren gestopt om redenen die vallen onder het algemene hoofdthema ‘autonomie – de huidige maatschappij is veeleisend voor vrouwen’ en ‘werk – kolven.’

Autonomie - huidige maatschappij is veeleisend

De redenen die vrouwen noemen om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding sluiten aan bij bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de professionalisering van vrouwen. Vrouwen zijn tegenwoordig hoger opgeleid. Ook de arbeidsparticipatie van vrouwen is flink gestegen en zijn andere verplichtingen toegenomen, zoals het op regelmatige basis sporten. Hierdoor hebben vrouwen het drukker en laat de sociale norm het niet altijd toe dat zij (uitsluitend) borstvoeding geven.

Een ander maatschappelijk aspect is de subjectieve norm over voeden in het openbaar. Deelnemers aan de focusgroep discussies vertelden dat ze daadwerkelijk wel eens weggestuurd waren toen ze in het openbaar aan het voeden waren. Er is ook een grote groep deelnemers die zich ongemakkelijk voelden tijdens het voeden in het openbaar, omdat ze het gevoel hadden dat ze te veel (negatieve) aandacht trokken van andere mensen terwijl ze aan het voeden waren. Dit werd afgeleid van mensen die voorbijliepen en zich omdraaiden.

Werk - kolven

Wetgeving in Nederland geeft moeders het recht om maximaal een kwart van de te werken uren te besteden aan het voeden van de baby of afkolven van moedermelk, totdat de baby 9 maanden oud is (Arbeidstijdenwet, artikel 4:8). De tijd kan worden besteed aan het afkolven, of voeden als de baby naar het werk wordt gebracht, maar bijvoorbeeld ook voor reizen naar de locatie waar het kind is opgevangen, om vervolgens zelf borstvoeding te geven. In de praktijk wordt de tijd meestal besteed aan het afkolven van moedermelk.

Werk was één van de meest genoemde redenen binnen de focusgroepen om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding. Dit bevestigt de bevindingen uit kwantitatief onderzoek.⁶ Een aantal vrouwen met betaalde arbeid noemden redenen om (gedeeltelijk) te stoppen die samenhangen met de omstandigheden op hun werk; in het bijzonder de faciliteiten om te kolven en de ervaren mogelijkheden om het werk te onderbreken om te kolven. Een verbetering van de faciliteiten om te kolven zal voor een aantal vrouwen een stimulans zijn om te gaan kolven of langer te kolven op het werk.

Daarnaast bleek dat er moeders met beroepen waren waarvoor het praktisch niet goed mogelijk was om te kolven gedurende het werk. Dit waren vooral moeders die werken in de zorg- of hulpverlening, onderwijzeressen, en consultants of vertegenwoordigers die vaak op pad zijn. Er is geen gerapporteerd onderzoek bekend dat deze specifieke beroepsgroepen onderzocht heeft.

Een aantal vrouwen met betaald werk binnen dit onderzoek gaf aan dat ze langer uitsluitend borstvoeding hadden kunnen geven wanneer zij een langere verlofperiode zouden hebben gehad.

4.3.2.2 Verwachte waargenomen gedragscontrole

Een andere groep vrouwen bestond uit vrouwen bij wie het uit voeren van het geplande gedrag niet aansloot bij de waargenomen gedragscontrole die zij van tevoren hadden. Dit was vooral het geval bij vrouwen die (gedeeltelijk) stopten om redenen die vallen onder het algemene hoofdthema 'de borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst.' Het zou kunnen dat voor deze vrouwen de kennis en vaardigheden die zij voor het geven van borstvoeding aan hun kind hadden niet voldoende waren om met name hun waargenomen gedragscontrole in te schatten.

Het is waarschijnlijk dat een groot deel van de vrouwen die in kwantitatief onderzoek⁵ aangeeft te stoppen omdat zij 'te weinig melk' hebben te scharen zijn onder dit thema. Deze vrouwen hadden dus waarschijnlijk geen goed geïnformeerd besluit genomen. Dit zal vooral het geval geweest zijn bij vrouwen die voor de eerste keer moeder waren geworden.

'Te weinig melk'

Een aantal moeders in dit onderzoek gaf aan te denken dat de borstvoeding niet voldoende was voor haar kind. De wetenschappelijke literatuur beschrijft dat bijna alle moeders voldoende en volwaardige borstvoeding hebben en dat prevalentie van te weinig of kwalitatief slechte borstvoeding die te wijten is aan fysiologische tekorten slechts maximaal 1% is.⁵ Het is dus waarschijnlijk dat deze moeders niet goed hebben beoordeeld of hun kind voldoende of te weinig borstvoeding kreeg.

Verskillende omstandigheden werden naar voren gebracht als redenen om te veronderstellen dat er te weinig borstvoeding was.

Een gedeelte van de moeders zei dat de baby begon af te wijken van de gemiddelde groei-lijn en schrijft dit toe aan de borstvoeding. Uit de literatuur is echter bekend dat flesgevoede kinderen in het eerste halfjaar sneller groeien in vergelijking met borstgevoede kinderen.^{24,25} De groeicurven die de consultatiebureaus gebruiken zijn grotendeels gebaseerd op flesgevoede kinderen. Wellicht was de uitleg aan deze moeders hoe deze groeicurven moeten worden geïnterpreteerd niet voldoende om ze gerust te stellen dat hun kind voldoende was gegroeid.

Ook werd het vaak moeten aanleggen en de lange tijdsduur van de borstvoeding genoemd als een symptoom van het hebben van niet genoeg melk. Borstvoeding wordt bepaald door vraag en aanbod; door vaak aan te leggen, komt de borstvoeding op gang. Dit is een natuurlijk proces. Borstvoeding wordt dus gegeven 'on demand.'²⁶ De moeders in onze studie gaven echter aan niet te weten wat wordt verstaan onder een 'normaal' borstvoedingspatroon.

Uit onderzoek blijkt dat de inname van moedermelk kan variëren, voor een baby van 4 maanden die exclusief borstvoeding krijgt is dat ongeveer 815 ml.²⁷ Ook is er een flinke variatie in hoe vaak een baby aangelegd wil worden. Dit is gemiddeld 11x voor een baby tussen de 1 en de 6 maanden, maar heeft een variatie van minimaal 6 en maximaal 18

keer.²⁶ Het is dus mogelijk dat de moeders die aangaven dat hun kind erg vaak huilde om eten of heel lang dronk, hun kind op een verkeerde manier hadden aangelegd, waardoor het kind niet efficiënt dronk.²⁸ Aanlegvaardigheden zijn goed aan te leren via bijvoorbeeld een borstvoedingscursus.

Het kan ook zijn dat de moeder het huilen van haar kind ten onrechte interpreteerde als huilen om voeding. Het is mogelijk dat het kind niet telkens huilde omdat het honger had, maar om andere redenen, zoals behoefte aan troost. Het is belangrijk dat moeders leren hoe ze het huilen van de baby moeten interpreteren.

Sommige moeders zeiden dat ze de melk hadden afgekolfd om te kunnen zien hoeveel borstvoeding ze gaven. Ondanks het feit dat de meeste moeders zeiden dat ze wisten dat de consistentie of hoeveelheid van de borstvoeding niet vergelijkbaar hoeft te zijn met het uiterlijk van kunstvoeding, waren ze er toch van overtuigd dat de kleine hoeveelheid borstvoeding en/of waterige consistentie ervan, niet voldoende was voor hun kind.

De focusgroepen hebben meer inzicht gegeven in de omstandigheden die door de moeders worden geïnterpreteerd als het hebben van te weinig melk. De beslissing om over te gaan tot gedeeltelijk of geheel te stoppen met het geven van borstvoeding had mogelijk deels te maken met een gebrek aan kennis en vaardigheden (met name vraag- en aanbodprincipe, interpreteren huilen).

Een ander voorbeeld van gebrek aan kennis is dat er geen enkele moeders heeft genoemd dat een teken van voldoende voeding de levendigheid van het kind en de hoeveelheden plasluiers en ontlasting per dag is.²⁹ Eén moeder zei wel dat volgens haar de ontlasting van haar baby minder hard werd nadat ze overgegaan was op flesvoeding.

Er waren wel moeders die hulp en advies hadden gezocht. Vaak was het hen gelukt met behulp van adviezen van de zorgverlener het (gedeeltelijk) stoppen uit te stellen en de periode van het uitsluitend geven van borstvoeding enige tijd te verlengen. Uiteindelijk koos de moeder zelf om geheel te stoppen met borstvoeding of te starten met het geven van extra kunstvoeding, omdat ze ondanks de adviezen toch ervan overtuigd was dat de baby, moeder, en vooral eventuele andere kinderen er niet beter van werden. Deze moeders zeiden dat het geven van (uitsluitend) borstvoeding hen teveel stress en negatieve emoties opleverde. Daardoor kwamen ze in een neerwaartse spiraal en zagen zij in het geven van kunstvoeding een oplossing voor dit probleem. Het was opmerkelijk dat een aantal van deze vrouwen aangaf dat het gedeeltelijk stoppen met het geven van borstvoeding een strategie was om de druk van de ketel te halen en het voor henzelf mogelijk te maken om langer borstvoeding te kunnen blijven geven.

Sommige vrouwen gaven aan dat het hen meer zou hebben ontlast, vooral wat betreft de zorg voor de andere kinderen, indien de man langer verlof zou hebben gehad dan de wettelijke periode van twee dagen. Wanneer de man voor de andere kinderen en het huishouden had kunnen zorgen, zou zij meer tijd voor de baby en de borstvoeding hebben gehad.

Gezien de lage prevalentie van moeders van wie de borstvoeding fysiologisch echt niet

toereikend is, is het bijna niet mogelijk dat al de moeders die in het onderzoek aangaven te weinig melk te hebben, inderdaad fysiologisch gezien te weinig melk hadden. Door de hierboven genoemde ervaren stress is het wel mogelijk dat de hoeveelheid borstvoeding enigszins was afgenomen, maar meer waarschijnlijk is het dat de vrouw door een gebrek aan kennis en vaardigheden in haar stress en negatieve emotionele situatie de omstandigheden ten onrechte heeft geïnterpreteerd als het hebben van te weinig melk.

Het is echter ook mogelijk, dat er voor sommige vrouwen (mede) sprake was van het geven van een legitimatie om te stoppen met het geven van (uitsluitend) borstvoeding, mede gezien de voorgenoemde 'moral obligation' om een 'goede moeder' te zijn en (uitsluitend) borstvoeding te geven. Uit veel uitspraken van de vrouwen bleek dat zij, naast het doorbreken van de neerwaartse spiraal, ook (veel) andere voordelen zagen in het geven van kunstvoeding voor zowel moeder als kind, zoals dat zij zelf meer tijd hadden voor andere zaken. Bovendien was het kind volgens de vrouwen veel meer tevreden wanneer het kunstvoeding kreeg.

'Pijn'

Een ander veel genoemde reden om te stoppen met borstvoeding in kwantitatief onderzoek dat in dit onderzoek is geschaard onder het thema 'de borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst' is pijn. Volgens de literatuur wordt pijn in 20% van de gevallen als reden genoemd om te stoppen met het geven van borstvoeding in de eerste maand. Dit percentage neemt af naarmate de baby ouder wordt.⁵

Er waren in de focusgroepen 10 vrouwen die pijn noemden, de helft van deze vrouwen was binnen 6 weken na de geboorte van hun kind geheel gestopt met het geven van borstvoeding. Dit is een aanzienlijk lager percentage dan 20%. Waarschijnlijk waren de vrouwen die stoppen met borstvoeding vanwege pijn in onze focusgroepen ondervertegenwoordigd. Een selectiecriteria was dat de deelnemende vrouwen gedurende een minimum periode van twee weken borstvoeding moesten hebben gegeven. Omdat pijnklachten voornamelijk voorkomen in de beginperiode van het geven van borstvoeding, stoppen deze vrouwen waarschijnlijk al binnen de eerste twee weken. Een andere reden waarom deze vrouwen nauwelijks vertegenwoordigd zijn kan zijn dat er voldoende en adequaat advies is gegeven door de kraamverzorging om pijnklachten te voorkomen en/of te verhelpen. De helft van de vrouwen met pijn in deze onderzoeksgroep gaf aan toch door te hebben gezet met behulp van hun sociale omgeving of zorgverlener, omdat zij het belangrijk vonden dat hun kind borstvoeding kreeg en de pijn na verloop van tijd wel minder werd.

4.3.3 Waargenomen verschillen tussen subgroepen

Er zijn tussen etnische subgroepen weinig verschillen waargenomen in redenen om (gedeeltelijk) te stoppen waargenomen. De allochtone moeders noemden dezelfde nadelen van het geven van borstvoeding en dezelfde mogelijke redenen voor het stoppen van borstvoeding. De vragenlijst die de moeders voor de focusgroep discussies hadden ingevuld en kwantitatief zijn geanalyseerd bevestigden deze indruk.

Een aantal niet-Nederlandse vrouwen gaf aan dat zij zich cultureel gebonden voelden om gedurende een lange periode uitsluitend borstvoeding te geven aan hun kind. Sommigen noemden dat de Koran er (sterk) op aandringt om gedurende twee jaar borstvoeding te geven indien de omstandigheden dat toelaten en dat het moeders alleen wordt 'vergeven' om hun kind borstvoeding te onthouden als ze daar een goede reden voor hebben.

Over het algemeen was voor deze vrouwen de expliciet genoemde reden om te stoppen het hebben van 'niet voldoende melk' of 'geen goede zorg aan de andere kinderen kunnen geven'. Deze twee redenen werden door hen ervaren als 'goede redenen'. Mogelijk speelde ook hier het gevoel van de morele verplichting om een goede burger of moeder te zijn een rol, waarbij een passende legitimatie nodig was bij het stoppen met het geven van (uitsluitend) borstvoeding.

Een indruk uit de focusgroepen was dat allochtone vrouwen kolven onaangenamer vonden dan autochtone vrouwen. Uit de kwantitatieve analyse van de vragenlijstgegevens bleek dat binnen de deelnemers aan deze studie niet-Nederlandse vrouwen minder vaak hadden gekolfd dan de Nederlandse deelnemers. Kwantitatief onderzoek is nodig om te onderzoeken of deze verschillen ook buiten deze onderzoekspopulatie genoemd worden.

4.4 Aanbevelingen

4.4.1 Aanbevelingen voor onderzoek

De focusgroep discussies hebben achtergronden en motieven opgeleverd om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding. Deze achtergronden en motieven geven indicaties voor vervolgonderzoek, in het bijzonder op de hieronder genoemde punten. Ook worden enkele onderzoeksvragen genoemd die naar voren komen naar aanleiding van dit onderzoek (c.q. naar aanleiding van dit thema). Wij stellen voor dat, bijvoorbeeld door of via ZonMw, een prioritering wordt aangebracht in het onderzoek dat nodig is om moeders betere keuzes te kunnen laten maken rondom borstvoeding, en om bij te dragen aan het oplossen van obstakels en barrières bij het geven van borstvoeding. Er zou een afzonderlijk (deel) programma kunnen worden opgesteld om dit onderzoek (gefaseerd) te laten uitvoeren.

Algemeen onderzoek: Borstvoeding en gezondheidseffecten

- Het is nog onvoldoende duidelijk wat de gezondheidseffecten zijn (en hoe groot deze effecten zijn) van meer en minder lang (volledige) borstvoeding geven (bijvoorbeeld 2 maanden, 4 maanden, of 6 maanden). Voor het onderzoek hiernaar kan gebruik worden gemaakt van de huidige lopende grote geboorte/kinder cohort studies in Nederland.
- Bijna alle inzichten in de mogelijke gezondheidseffecten (en hoe groot deze effecten zijn) van het geven van (volledige) borstvoeding zijn gebaseerd op 'observationeel' (en niet op

basis van 'experimenteel') onderzoek. Gerandomiseerd, experimenteel onderzoek waarbij wordt gekeken naar verschillen tussen een groep kinderen die borstvoeding krijgt en een groep die kunstvoeding krijgt is ethisch niet acceptabel en praktisch onhaalbaar. Wel kan in een feasibility studie worden nagegaan of een gerandomiseerde, experimentele studie naar de gezondheidseffecten van borstvoeding mogelijk is en zinvol is, waarin de experimentele groep optimale ondersteuning krijgt bij het starten en blijven doorgaan met het geven van borstvoeding. De controlegroep zou dan (mogelijk) de op dit moment gebruikelijke zorg krijgen. Als het mogelijk is een groot contrast te bereiken in het geven van borstvoeding in de twee gerandomiseerde groepen, kan meer inzicht worden verkregen in de eventuele gezondheidseffecten daarvan op korte termijn en op lange termijn.

Verschillen tussen subgroepen

- Er is een relatief gebrek aan inzicht in de (beïnvloedbare) oorzaken van sociaal-economische en etnische verschillen in het percentage moeders dat begint met het geven van borstvoeding, en vooral ook het percentage moeders dat doorgaat met het geven van borstvoeding in het eerste half jaar. Voor het onderzoek hiernaar kan gebruik worden gemaakt van de huidige lopende grote geboorte/kinder cohort studies in Nederland; zo nodig moeten aanvullende gegevens worden verzameld in nieuwe studiepopulaties moeders.

Vervolgonderzoek bij deze studie

- Kwantitatief onderzoek bij grote representatieve groepen moeders met een pasgeboren kind is nodig om te kunnen nagaan hoe vaak bepaalde redenen en motieven voorkomen die in deze focusgroep studie zijn beschreven.
- Om beter te kunnen beschrijven hoe het gaat met het geven van borstvoeding vanaf de geboorte tot de leeftijd van 6 maanden, is longitudinaal onderzoek nodig bij een cohort moeders; de moeders dienen te worden geïnformeerd over een dergelijk studie en te worden geïncludeerd in een dergelijke studie in een relatief vroeg stadium van de zwangerschap. Er kan gebruik worden gemaakt van een dagboekmethode, bijvoorbeeld via Internet en een minilaptop of handcomputer, om de ervaringen en gedragingen nauwkeurig te kunnen registreren.
- Specifiek nader onderzoek dient te worden gericht op het evalueren van de omstandigheden waarbij moeders die borstvoeding geven onzeker zijn over de hoeveelheid moedermelk die hun kind krijgt, het frequent huilen van het kind, en de groei van het kind.^{27,30}
- Vervolgonderzoek dient specifiek aandacht te geven aan de rol van algemene belasting en stress bij moeders, hun partners en gezinnen met jonge kinderen, de verwachtingen en attitudes van ouders wat dat betreft, de manieren van omgaan daarmee ('coping'), en de relatie tot het geven van borstvoeding.
- Specifiek beschrijvend en toegepast onderzoek is dringend nodig om de obstakels en barrières te onderzoeken die moeders die borstvoeding geven ervaren bij het kolven, en

de organisatie rondom het kolven. Dit betreft zowel kolven buiten de werksituatie, als kolven in de context van betaald werk.

- Uit bestaand onderzoek blijkt dat het mogelijk is om in specifieke subgroepen het geven van (volledige) borstvoeding te bevorderen, gebruikmakend van zorgvuldig ontwikkelde interventies. Innovatie-onderzoeken zijn nodig die breed toepasbare interventies ontwikkelen in verschillende settings (bijvoorbeeld ‘gezin’; ‘werk’; ‘ziekenhuis’; ‘eerstelijnszorg’; ‘preventieve zorg’) die naar verwachting effectief zullen zijn. De kosten en effecten van nieuwe interventies moeten in afzonderlijke onderzoeken worden geëvalueerd.

4.4.2 Aanbevelingen voor praktijk en beleid

Uit dit onderzoek komen aanknopingspunten naar voren voor aanbevelingen richting de praktijk en het beleid. Deze begrippen worden hier breed opgevat: hieronder vallen mogelijke activiteiten van overheden, beleidsmakers, werkgevers, zorgverleners, en overige maatschappelijke actoren. Omdat moeders niet één specifieke reden hebben om (gedeeltelijk) te stoppen met het geven van borstvoeding, zijn verschillende interventies op diverse terreinen nodig.

Het doel van onderstaande aanbevelingen is niet in eerste instantie om moeders langer borstvoeding te laten geven, maar om moeders de gelegenheid te geven om een eigen, goed geïnformeerde keuze te kunnen laten maken wat betreft het stoppen of doorgaan met het geven van borstvoeding; en om te bevorderen dat als een bepaalde keuze wordt gemaakt, er zo min mogelijk obstakels en barrières zijn om het gewenste gedrag te realiseren.

‘Moeders’

- De groep moeders zelf is de belangrijkste actor bij beslissingen rond het geven van borstvoeding. Aan moeders en hun partners kan worden aanbevolen om zich vroeg in de zwangerschap al breed te informeren over de verschillende aspecten van het aanstaande ouderschap of de uitbreiding van het gezin. Daarbij kan ook horen het zich realiseren van de nieuwe uitdagingen, de mogelijke algemene belasting van moeder, partner en gezin die kunnen komen, en hoe daarmee zou kunnen worden omgegaan (‘coping’). Dit geldt ook ten aanzien van de combinatie van moederschap, vaderschap (ouderschap, gezin) en betaald werk.
- Ten aanzien van betaald werk kunnen moeders misschien al initiatieven ondernemen om praktische plannen en afspraken te maken over alle aspecten van het kolven: waar kan er gekolfd worden, wie neemt de functie waar van de moeder tijdens het kolven, zijn de voorzieningen adequaat (zoals een omgeving met voldoende privacy, een comfortabele stoel en een koeling voor het bewaren van de melk).

‘Algemeen beleid’

- Aan beleidsmakers kan worden aanbevolen om te (laten) kwantificeren in hoeverre het vaker en langer geven van borstvoeding in Nederland een verbetering van het welzijn en

gezondheid van kinderen en ouders kan opleveren. En welke besparing in maatschappelijke kosten en zorgkosten dat met zich mee kan brengen.

Belangrijk is om er rekening mee te houden dat interventies om het geven van borstvoeding te bevorderen, willen ze effectief zijn, een brede benadering vereisen. Interventies kunnen zich richten op zowel de sociale, de juridische, de psychologische, de cognitieve, en de puur praktische aspecten van het geven van borstvoeding. Zowel laagopgeleide als middelbaar en hoog opgeleide moeders en hun kinderen moeten hiervan kunnen profiteren.

‘Werk’

- Werkgevers en werknemers lijken niet altijd op de hoogte van de huidige wetgeving rondom voeden en kolven. Deelnemers in de focusgroep discussies durfden ook niet altijd te vragen om een kolfruimte wanneer deze nog niet aanwezig was; soms wilden zij uit solidariteit met collega's en de werkgever geen gebruik maken van de faciliteiten. Aanbevolen kan worden om het thema ‘kolven’ en de faciliteiten die daarvoor nodig zijn waaronder een goede kolfruimte, een standaard gespreksonderwerp te laten zijn bij melding van zwangerschap.
- Nagegaan zou kunnen worden of het mogelijk is en effectief is dat er langer zwangerschapsverlof wordt toegekend. Een alternatieve mogelijkheid die kan worden onderzocht is het geven van de mogelijkheid aan moeders (die borstvoeding geven) om het werk gefaseerd te hervatten; dit analoog aan de gebruikelijke gang van zaken na langdurig ziekteverlof; vrouwen zouden dan beter kunnen wennen aan de combinatie werken en ouderschap.
- Uitlatingen gedaan tijdens de focusgroep discussies wijzen erop dat het kolfverlof mogelijk niet altijd wordt uitgevoerd zoals het bedoeld is. Een voorbeeld is dat werd genoemd dat vrouwen het werk dat van hen verwacht werd door het kolven niet afkregen en daardoor, naar eigen zeggen, langer moesten doorwerken. Nagegaan zou kunnen worden of een landelijk meldpunt mogelijk is en effectief is dat bijdraagt aan de goede uitvoering van de wetgeving over voeden en kolven.

‘Zorg’

- Het is aan te bevelen dat zorgverleners moeders al in de zwangerschap informeren over alledaagse maar belangrijke aspecten rondom het ouderschap en in het bijzonder het geven van borstvoeding. Een belangrijk punt kan zijn het zich realiseren van de belasting en eventuele ‘stress’ in de periode na de geboorte, en hoe daarmee kan worden omgegaan in het gezin.
- Het hebben van een jong kind beperkt de autonomie van de ouders, en met name van de moeder die borstvoeding geeft. Zorgverleners kunnen dit benoemen en ouders helpen bij het voorbereiden op en omgaan met deze veranderingen.
- Zorgverleners kunnen ouders helpen de behoeften van zuigelingen ruimer te interpreteren: ‘hуilen’ is niet altijd ‘honger’, en is ook niet altijd het gevolg van darmkrampen door de voeding, en ook niet altijd het gevolg van een natte luier. In dit kader is het ontwik-

kelen en implementeren van een multidisciplinaire richtlijn 'Borstvoeding' voor zorgverleners van belang. Ook relevant is de recente 'Concept-richtlijn Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' van verschillende beroepsverenigingen en de Richtlijn Advies Commissie van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.³¹ Deze Concept-richtlijn moet nog worden vastgesteld en geïmplementeerd.

- De kennis van zorgverleners over de groei van zuigelingen die (alleen) borstvoeding krijgen, en het juist gebruik van specifieke groeicurven voor kinderen die borstvoeding krijgen dient te worden gestimuleerd.
- Nagegaan moet worden of kennis over borstvoeding en richtlijnen voor de praktijk kunnen worden ondergebracht in een landelijk 'Partnerschap borstvoeding' om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Alle organisaties in Nederland met expertise op het gebied van borstvoeding kunnen aan een dergelijk Partnerschap deelnemen en bijdragen aan de effectiviteit daarvan. Nagegaan moet worden op welke manier een dergelijk Partnerschap op de meest efficiënte manier kan bijdragen aan het delen en toepassen van kennis over borstvoeding, en hoe op de beste manier eventuele lacunes in kennis kunnen worden opgeheven.

'Maatschappelijke opvattingen over borstvoeding en kolven'

- Er wordt aanbevolen om na te gaan op welke wijze, bijvoorbeeld via een zorgvuldig ontworpen, langdurige publiekscampagne, het mogelijk is maatschappelijke opvattingen zodanig te veranderen dat 'borstvoeding' (opnieuw) de norm wordt voor de voeding van pasgeborenen; in het bijzonder ook dat het geven van borstvoeding in het openbaar en kolven als dat nodig is, als 'gewoon' wordt beschouwd.
- Nagegaan moet worden hoe aandacht kan worden besteed aan borstvoeding en kolven op middelbare scholen bij het vak gezondheidskunde.
- De mogelijke rol van multimedia strategieën moet worden onderzocht (bijvoorbeeld het geven van borstvoeding in TV series; het geven van borstvoeding bij animaties in computerspellen voor de jeugd en jongvolwassenen).
- In aansluiting op het bovenstaande dient bevorderd te worden dat er voldoende faciliteiten zijn om borstvoeding te kunnen geven en te kolven in (semi) openbare ruimten zoals bij winkelcentra, parken en speeltuinen.

Uitgebreide samenvatting en conclusies

5.1 Samenvatting

Deze focusgroep studie geeft inzicht in de redenen en motieven van vrouwen om vroegtijdig te stoppen met het geven van borstvoeding of om vroegtijdig kunstvoeding te gaan geven. De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een kwalitatief onderzoek met 10 focusgroepen met in totaal 69 vrouwen die op het moment van het onderzoek borstvoeding gaven aan hun kind maar die vroegtijdig kunstvoeding gingen geven naast de borstvoeding (voordat de baby 6 maanden oud was), en vrouwen die borstvoeding hebben gegeven maar die op het moment van het onderzoek, voordat de baby 6 maanden oud was, daarmee waren gestopt. Het doel van het onderzoek is *niet* geweest om kwantitatieve gegevens op te leveren; daartoe is kwantitatief vervolgonderzoek nodig.

De hoofdvraag van dit onderzoek was: “Wat zijn de precieze redenen waarom vrouwen stoppen met het geven van borstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?” Er waren twee deelvragen: 1) “Welke redenen hebben vrouwen om te starten met het geven van kunstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?” en 2) “Welke redenen hebben vrouwen voor het volledig stoppen met borstvoeding binnen 6 maanden na de bevalling?”.

De deelnemende vrouwen gaven aan bijna nooit gedeeltelijk of geheel te stoppen met het geven van borstvoeding om één enkele reden. Bijna altijd was er sprake van een combinatie van redenen. Vaak werd wel een bepaalde reden als ‘hoofdrede’ genoemd om de beslissing tot (gedeeltelijk) stoppen te nemen.

De redenen die door de deelnemers aan de studie werden genoemd konden in het algemeen worden geordend onder één van drie algemene hoofdthema’s. De drie hoofdthema’s zijn:

- 1) ‘Autonomie’;
- 2) ‘Werk’;
- 3) ‘De borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst’.

De kanttekening moet worden gemaakt dat de scheidslijn tussen de hoofdthema’s onderling niet altijd duidelijk aan te geven was; er was soms sprake van overlap.

'Autonomie'

In deze studie wordt onder 'autonomie' verstaan dat een mens de mogelijkheden heeft om zelf te bepalen wat hij of zij doet. De vrouwen in deze studie gaven tijdens de focus-groepsdiscussies vaak aan dat zolang zij borstvoeding gaven, zij rekening moesten houden met onder andere de logistiek die hierbij kwam kijken; een vrouw kon niet lang van huis (van haar kind) weggaan, maar moest terugkomen om de volgende borstvoeding te geven (of ze moest gaan kolven). Vrouwen in de studie vertelden dat zij het geven van borstvoeding onder andere daarom ervoeren als een beperking van het eigen leven. Ook vertelden vrouwen dat zij het geven van borstvoeding (soms) ervoeren als een 'opgave', bijvoorbeeld vanwege een grote (ervaren) tijdbelasting.

Soms werd aangegeven dat de behoefte aan 'autonomie' (gedeeltelijk) samenhang met het gevoel dat de maatschappij (heel) veel van een moeder met een jong kind verwacht (bijvoorbeeld ook werken, ook een eigen sociaal leven; ook sporten); om aan zulke rolverwachtingen te kunnen voldoen, moet een vrouw (op bepaalde momenten) autonoom kunnen zijn.

Vanwege bovenstaande omstandigheden werd het geven van (uitsluitend) borstvoeding door veel vrouwen ervaren als een (grote) inperking van de persoonlijke autonomie. Het introduceren van kunstvoeding naast het geven van borstvoeding, of het helemaal stoppen met het geven van borstvoeding, was in de ogen van de vrouwen in dit onderzoek een strategie om meer 'autonoom' te kunnen zijn, om meer zelf te kunnen doen, om meer rollen te kunnen vervullen dan alleen de rol van borstvoeding gevende moeder.

Een alternatieve strategie voor het vergroten van de autonomie die werd genoemd, is het kolven op momenten dat de vrouw lang van huis (van haar kind) weg is. Het kolven op zichzelf werd echter door heel veel vrouwen als problematisch ervaren (zie bij het thema 'werk'), en werd daarmee niet als een aantrekkelijk alternatief gezien om de 'autonomie' te vergroten.

'Werk'

Een ruime meerderheid van de vrouwen in de studie had betaald werk, of volgde een opleiding. Veel van deze vrouwen gaven aan dat het voor hun gezin nodig was, om economische redenen, om betaald werk te hebben of een opleiding te volgen. Als een vrouw die uitsluitend borstvoeding geeft gaat werken, is het in de praktijk nodig dat zij gaat kolven in de periode dat ze van huis is (niet bij haar kind is). Het alternatief is dat iemand het kind naar de moeder brengt zodat wel borstvoeding kan worden gegeven, maar dit kwam bijna niet voor in deze studie.

Zoals hiervoor vermeld, werd het kolven door de vrouwen in de studie vrijwel zonder uitzondering ervaren als problematisch. De deelnemers gaven een veelheid aan factoren die een rol speelde bij het problematisch vinden van kolven, in het bijzonder (maar niet alleen) op het werk. Het kunstmatige van kolven werd als onnatuurlijk en onaantrekkelijk ervaren; het geluid van machinale kolfapparaten werd als onaangenaam ervaren. Niet alleen het kolven zelf, maar ook de gehele organisatie rondom het kolven werd als problematisch ervaren door de vrouwen in dit onderzoek. Kolven veronderstelt niet alleen

het afnemen van moedermelk met een kolfapparaat, maar ook het hygiënisch en gekoeld bewaren en transporteren van de gekolfde moedermelk, het aanleggen van een voorraad moedermelk in een diepvrieskast, het organiseren/administreren van de voorraad, en het op een goede manier (laten) opwarmen als het kind de gekolfde melk later krijgt. Soms lukte het kolven niet goed.

In de praktijk waren de faciliteiten om te kolven op het werk volgens de vrouwen vaak niet voldoende (bijvoorbeeld geen prettige, afsluitbare en geluiddichte ruimte). Ook werd genoemd dat het kolven veel tijd kostte, en dat dit ook om andere redenen problematisch was. Het werk moest bijvoorbeeld toch worden afgemaakt, of kon niet worden overgenomen of tijdelijk waargenomen door iemand anders; sommige vrouwen vertelden dat het bij het werk dat zij deden niet reëel was om het werk te onderbreken voor het kolven. Sommige vrouwen zeiden dat ze zich schuldig voelden ten opzichte van collega's of de werkgever als ze het werk onderbraken om te kolven. Omdat een gedeelte van de vrouwen in het onderzoek al van tevoren had besloten om niet te gaan kolven, hadden deze vrouwen besloten om tegen het einde van de zwangerschapsverlofperiode te gaan beginnen met het geven van kunstvoeding. Vrouwen in de studie hebben aangegeven dat als de zwangerschapsverlofperiode langer zou zijn geweest, ze langer uitsluitend borstvoeding zouden hebben gegeven; er waren echter ook vrouwen die graag weer uit huis wilden gaan, en wilden gaan werken, en dus geen behoefte zeiden te hebben aan een langere duur van het verlof.

Een aantal vrouwen met betaald werk gaf aan dat als ze op het werk waren, ze niet wilden worden afgeleid door het kolven of door de borstvoeding: 'werk is werk'.

'De borstvoeding verloopt minder goed dan gewenst'

De deelnemers aan het onderzoek noemden ook een aantal redenen die gemeenschappelijk hebben dat de borstvoeding minder goed verloopt dan gewenst. Vaak was er een combinatie van dit soort redenen die ertoe leidde dat vroegtijdig werd begonnen met het geven van kunstvoeding, of dat helemaal werd gestopt met het geven van borstvoeding voordat het kind 6 maanden oud was.

Vaak werd genoemd dat het geven van borstvoeding (heel) veel tijd kostte. Eén aspect daarbij was dat sommige vrouwen zeiden dat hun kind (naar hun gevoel) heel frequent borstvoeding wilde. Moeders zeiden dat ze stress ervoeren door het zo lang en vaak geven van borstvoeding, naast alle andere taken binnen en buiten het gezin. Ook zeiden ze dat het voelen van stress weer een negatief effect had op het geven van borstvoeding en het drinken van hun kind aan de borst. Vrouwen vertelden dat ze onzeker waren of hun kind wel voldoende moedermelk kreeg; sommigen waren er zeker van dat hun kind te weinig moedermelk kreeg; dit werd gekoppeld aan het, in de ogen van de vrouwen in het onderzoek, onvoldoende groeien van hun kind. Sommige vrouwen hadden de opvatting dat hun eigen moedermelk niet goed was voor hun eigen kind; bijvoorbeeld omdat ze dachten dat hun kind buikkrampen kreeg na het drinken van hun moedermelk. Sommige moeders vonden het onrustig of zwaar om 's nachts hun kind borstvoeding te geven. Enkelen gaven aan dat hun kind de borst weigerde. Sommige moeders vertelden dat overtollige

moedermelk lekte en dat ze daarvan last hadden. Naast bovengenoemde zaken werd ook genoemd dat het geven van borstvoeding pijn deed.

Een gedeelte van de veelheid aan problemen rondom het geven van borstvoeding die naar voren werden gebracht kan (tevens) worden geïnterpreteerd als signalen dat moeders (en hun partners) van hele jonge kinderen een zware taak hebben. Er wordt een groot beroep gedaan op de moeders (en hun partners); een gedeelte van de ervaren problemen en de daaruit voortvloeiende stress wordt toegeschreven aan overige thema's.

'Overige thema's'

Als nadeel van het geven van borstvoeding werd genoemd dat de partner het kind niet kon voeden, en daardoor ook minder gelegenheid had via het voeden een band te krijgen met het kind. Het gebruiken van bepaalde geneesmiddelen en het beginnen met orale anticonceptie werd door de vrouwen in verband gebracht met het stoppen met het geven van borstvoeding. Eén vrouw gaf aan het lijfelijk contact bij het geven van borstvoeding niet prettig te vinden.

'Voordelen en nadelen van borstvoeding en kunstvoeding'

De deelnemers aan de focusgroep studie hebben allemaal uitsluitend borstvoeding gegeven. Bijna alle deelnemers aan de studie benoemden dan ook diverse voordelen van borstvoeding. De belangrijkste daarvan was dat borstvoeding werd gezien als 'de beste voeding voor je kind'. Maar in de context van de redenen en motieven waarom de vrouwen waren begonnen met het geven van kunstvoeding naast de borstvoeding, of waarom ze helemaal waren gestopt met het geven van borstvoeding, werden heel veel voordelen genoemd van kunstvoeding. Als er problemen werden genoemd rondom het geven van borstvoeding, werd vaak aangegeven, expliciet of impliciet, dat het geven van kunstvoeding een oplossing was. Al met al werden er tijdens de focusgroepen heel veel voordelen van het geven van kunstvoeding genoemd door de vrouwen.

Indien er kunstvoeding wordt gegeven kan bijvoorbeeld een ander dan de moeder dat geven, heeft de vrouw meer autonomie of kan 'zonder problemen' naar het werk, en hoeft de vrouw niet te kolven (met alle ervaren rompslomp daarvan). De vrouwen in deze studie gaven bijvoorbeeld aan dat (in het algemeen) het geven van kunstvoeding (een flesje) sneller gaat dan het geven van borstvoeding, en dat het kind er langer door verzadigd blijft en langer doorslaapt. Als bijkomend pluspunt van kunstvoeding, en impliciet als kwaliteitskenmerk, werd genoemd dat er al vitamine K en D aan is toegevoegd, terwijl bij borstvoeding wordt geadviseerd dit apart te geven aan het kind.

'Het geven van kunstvoeding naast borstvoeding en het helemaal stoppen met borstvoeding'

De redenen en motieven van vrouwen die in deze studie naar voren werden gebracht waren in essentie hetzelfde voor het vroegtijdig introduceren van kunstvoeding naast het door blijven geven van borstvoeding, als voor het helemaal stoppen met het geven van borstvoeding. Het was opvallend dat een aantal moeders aangaf dat het geven van kunst-

voeding naast borstvoeding, voor hen een strategie was om langer borstvoeding te kunnen blijven geven.

Aanbevelingen die voortkomen uit dit onderzoek

Naar aanleiding van de bevindingen uit deze studie zijn verschillende aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek, en voor de praktijk en het beleid.

Er wordt aanbevolen om verder onderzoek te doen naar de aard en grootte van de gezondheidseffecten van verschillende perioden van het geven van (volledige) borstvoeding (bijvoorbeeld 2, 4 of 6 maanden). Er wordt aanbevolen om na te gaan of het mogelijk en haalbaar is deze gezondheidseffecten (deels) te bestuderen in een experimentele studie. Om na te gaan hoe vaak bepaalde redenen die genoemd werden in dit onderzoek voorkomen, wordt nader kwantitatief onderzoek aanbevolen. Er wordt specifiek vervolgonderzoek aanbevolen voor belangrijke redenen/motieven die naar voren zijn gekomen (hoeveelheid moedermelk, huilen, stress in het gezin, obstakels en barrières bij het kolven, effectieve interventies om het geven van borstvoeding te bevorderen vanuit verschillende settings). Er zijn ook aanbevelingen gedaan op het brede vlak van praktijk en beleid, met name wat betreft moeders (ouders) zelf kunnen doen, ten aanzien van de faciliteiten om te kolven op het werk, en de mogelijke rol van langer of flexibel verlof, verbeteringen op het vlak van de zorg waaronder een multidisciplinaire richtlijn 'Borstvoeding' en 'Huilen'. Aanbevolen wordt om na te gaan wat de rol kan zijn van een 'Partnerschap borstvoeding' waarin alle organisaties met expertise ten aanzien van borstvoeding participeren. Tot slot wordt aanbevolen om na te gaan hoe de maatschappelijke opvattingen ten aanzien van het geven van borstvoeding, ook in het openbaar, en ten aanzien van kolven positief kunnen worden beïnvloed.

5.2 Conclusies

Het stoppen met het geven van (uitsluitend) borstvoeding voordat het kind 6 maanden oud is, hangt voor een gedeelte samen met de huidige maatschappelijke normen en persoonlijke opvattingen van vrouwen die stimuleren dat een moeder ook andere rollen vervult dan die van borstvoeding gevende moeder. Dit is waarschijnlijk moeilijk te beïnvloeden. In het bijzonder de combinatie met betaald werk blijkt in de praktijk (nog steeds) lastig te zijn. Op dit vlak zijn in principe wel verbeteringen mogelijk waardoor moeders gemakkelijker langer (uitsluitend) borstvoeding kunnen blijven geven.

Moeders (en hun partners) van jonge kinderen kunnen het zwaar hebben, waarbij het geven van (uitsluitend) borstvoeding om verschillende redenen een zware 'opgave' kan worden. Een gedeelte van de obstakels op dit vlak kan mogelijk worden verminderd door (nog) betere voorlichting, ondersteuning en zorg voor moeders en gezinnen.

Wetenschappelijk en beleids- en praktijkgericht onderzoek kan bijdragen aan het vinden van oplossingen voor een gedeelte van de naar voren gebrachte obstakels en barrières.

Referenties

1. Büchner F, Hoekstra J, van Rossum C. Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies. Report 350040002/2007. Bilthoven: RIVM, 2007.
2. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization, 2001.
3. Ministerie VWS en LNV Nederland: goed gevoed? Nota voeding en gezondheid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, 2008.
4. Voedingscentrum. Voeding van zuigelingen en peuters. Uitgangspunten voor de voedingsadvisering voor kinderen van 0-4 jaar. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland, 2007.
5. Lanting CI, van Wouwe JP. Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding. TNO-rapport KvL/P&Z 2007.105. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.
6. Lanting CI, Van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr* 2005; **94**: 935-42.
7. Lanting CI vWJ. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2005: Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
8. Voedingscentrum. Onderzoek naar de motieven en 'succesfactoren' om borstvoeding te blijven geven. Rapport P21217. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland, 2002.
9. Kools EJ, Thijs C, de Vries H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. *Health Educ Behav* 2005; **32**: 809-24.
10. Kools EJ, Thijs C, Kester AD, de Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. *Prev Med* 2006; **43**: 394-401.
11. Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, Van Schayck CP. Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude-social influence-self-efficacy model. *Breastfeed Med* 2006; **1**: 236-46.
12. Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, van Schayck CP. Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in asthmatic families. *Health Educ Res* 2008; **23**: 158-69.
13. Burgmeijer R, Reijneveld S. Motieven om te stoppen met borstvoeding. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
14. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 1997.
15. Morgan DL, Krueger RA, King JA. The focus group kit, Vols. 1-6. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 1998.
16. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; **311**: 42-5.
17. Assema P, Mesters I, Kok G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. *T Soc Gezondheidsz* 1992; **70**: 431-437.
18. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec* 1991; **50**: 179-211.
19. Meertens R, Schaalma H, Brug J, De Vries N. Determinanten van gedrag. In: Brug J, Schaalma H, Kok G, Meertens R, Van der Molen H. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak. Assen: Koninklijke Van Gorkum, 2003.

20. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *Jama* 2005; **294**: 2879-88.
21. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; **60**: 7-12.
22. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1995; **854**: 1-452.
23. Greenhalgh T, Taylor R. How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997; **315**: 740-3.
24. Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al. Feeding effects on growth during infancy. *J Pediatr* 2004; **145**: 600-5.
25. Spyrides MH, Struchiner CJ, Barbosa MT, Kac G. Effect of predominant breastfeeding duration on infant growth: a prospective study using nonlinear mixed effect models. *J Pediatr (Rio J)* 2008; **84**: 237-43.
26. Kent JC. How breastfeeding works. *J Midwifery Womens Health* 2007; **52**: 564-70.
27. Haisma H, Coward WA, Albernaz E, et al. Breast milk and energy intake in exclusively, predominantly, and partially breast-fed infants. *Eur J Clin Nutr* 2003; **57**: 1633-42.
28. Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. *BMJ* 2008; **336**: 881-7.
29. Amir LH. Breastfeeding--managing 'supply' difficulties. *Aust Fam Physician* 2006; **35**: 686-9.
30. Haisma H, Coward WA, Visser GH, et al. Socio-economic and environmental factors influence energy utilization in Brazilian breast-fed infants. *J Nutr* 2006; **136**: 2945-51.
31. Concept-richtlijn aanpak van excessief huilen bij zuigelingen. Deze richtlijn is in concept vastgesteld door: De beroepsverenigingen: AJN, V&VN, NVDA en door de Richtlijn Advies Commissie van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid ingebracht in het traject van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn in het ZONMW-KKCZ programma over hetzelfde onderwerp. 2009. Beschikbaar via: <http://ajn.artsennet.nl/web/file?uuid=6afd1917-0253-4986-8e78-a64c83db6dc1&owner=45472f72-9c9c-4e87-8dba-b1cd7c82803a&contentid=37198>

■ ■ ■

Bijlage 1

Algemene vragenlijst voor moeders

Algemene Vragenlijst voor moeders

Datum:.....

Algemene gegevens	
1. Wat is uw voornaam?	
2. Wat is uw postcode?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Wat was uw leeftijd op het moment van de geboorte van deze baby?	<input type="text"/> <input type="text"/> Jaar
4. In welk land is uw moeder geboren?	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Een ander land, namelijk <input type="text"/>
5. In welk land is uw vader geboren?	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Een ander land, namelijk <input type="text"/>
6. In welk land bent u zelf geboren?	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Een ander land, namelijk <input type="text"/>
7. Wat is uw etnische herkomst?	<input type="checkbox"/> Nederlandse <input type="checkbox"/> Marokkaans-Arabisch <input type="checkbox"/> Marokkaans-Berbers <input type="checkbox"/> Surinaams-Creools <input type="checkbox"/> Surinaams-Hindoestaans <input type="checkbox"/> Surinaams-Javaans <input type="checkbox"/> Antilliaans-Creools <input type="checkbox"/> Antilliaans-Anders <input type="checkbox"/> Anders, namelijk

<p>8. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Lagere school / basis onderwijs <input type="checkbox"/> LBO (LTS, LEAO, Lagere tuinbouw) <input type="checkbox"/> VMBO (Kader of Basisberoepsgerichte leerweg) <input type="checkbox"/> VMBO (Gemengde of Theoretische leerweg) <input type="checkbox"/> MAVO <input type="checkbox"/> MBO (MBA, LO-akten, MTS, MEAO) <input type="checkbox"/> HAVO / VWO <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> Wetenschappelijk Onderwijs (universiteit) </p>
<p>9. Bent u van plan om binnenkort buitenshuis te gaan werken of werkt u buitenshuis?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nee, ik doe het huishouden → Ga verder met vraag 12 <input type="checkbox"/> Nee, ik ben werkzoekend → Ga verder met vraag 12 <input type="checkbox"/> Nee, ik studeer → Ga verder met vraag 12 <input type="checkbox"/> Nee, ik ben arbeidsongeschikt → Ga verder met vraag 12 <input type="checkbox"/> Ja, fulltime: 32 uur of meer <input type="checkbox"/> Ja, parttime: meer dan 16 uur maar minder dan 32 uur <input type="checkbox"/> Ja, parttime (minder dan 16 uur) <input type="checkbox"/> Weet niet </p>
<p>10. Hoeveel weken na de bevalling bent u van plan weer te gaan werken of ging u weer werken?</p>	<p> <input type="text"/> <input type="text"/> weken </p>
<p>11. Zijn er bij uw werkgever mogelijkheden om te kolven of uw kind te voeden?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weet niet </p>
<p>12. Is er een vader/verzorger in het gezin?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nee → Ga verder met vraag 20 <input type="checkbox"/> Ja </p>
<p>13. Is dit de biologische vader van uw kind?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja </p>

Partner	
14. Wat is de leeftijd van uw partner?	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 2px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> □ </div> <div style="border: 2px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> □ </div> jaar </div>
15. In welk land is uw partner geboren?	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Ander land, namelijk <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px; margin-top: 5px;"></div>
16. In welk land is de moeder van uw partner geboren?	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Ander land, namelijk <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px; margin-top: 5px;"></div>
17. In welk land is de vader van uw partner geboren?	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Ander land, namelijk <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px; margin-top: 5px;"></div>
18. Wat is de etnische herkomst van uw partner?	<input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Marokkaans-Arabisch <input type="checkbox"/> Marokkaans-Berbers <input type="checkbox"/> Surinaams-Creools <input type="checkbox"/> Surinaams-Hindoestaans <input type="checkbox"/> Surinaams-Javaans <input type="checkbox"/> Antilliaans-Creools <input type="checkbox"/> Antilliaans-Anders <input type="checkbox"/> Anders, namelijk <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 25px; margin-top: 5px;"></div>
19. Wat is de hoogst afgeronde opleiding van uw partner?	<input type="checkbox"/> Lagere school / basis onderwijs <input type="checkbox"/> LBO (LTS, LEAO, Lagere tuinbouw) <input type="checkbox"/> VMBO (Kader of Basisberoepsgerichte leerweg) <input type="checkbox"/> VMBO (Gemengde of Theoretische leerweg) <input type="checkbox"/> MAVO <input type="checkbox"/> MBO (MBA, LO-akten, MTS, MEAO) <input type="checkbox"/> HAVO / VWO <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> Wetenschappelijk Onderwijs (universiteit)

Leefstijl	
20. Wat is uw lengte (in cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. Wat was uw gewicht voor de zwangerschap (in kg)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Heeft u sinds de bevalling gerookt?	<input type="checkbox"/> Nee → Ga verder met vraag 24 <input type="checkbox"/> Ja
23. Wanneer bent u (weer) begonnen met roken?	<input type="checkbox"/> Ik ben nooit gestopt met roken <input type="checkbox"/> Binnen 2 weken na de geboorte <input type="checkbox"/> Binnen 1 maand na de geboorte <input type="checkbox"/> Tussen 1 en 2 maanden na de geboorte <input type="checkbox"/> Tussen 2 en 3 maanden na de geboorte <input type="checkbox"/> Tussen 3 en 4 maanden na de geboorte <input type="checkbox"/> Tussen 4 en 5 maanden na de geboorte <input type="checkbox"/> Meer dan 5 maanden na de geboorte
De zwangerschap	
24. Heeft u complicaties gehad tijdens de zwangerschap?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, zwangerschapsdiabetes <input type="checkbox"/> Ja, hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Ja, zwangerschapsvergiftiging <input type="checkbox"/> Ja, anders nl. <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
De bevalling	
25. Wat is de geboortedatum van uw jongste kind?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
26. Na hoeveel weken zwangerschap bent u bevallen?	<input type="text"/> <input type="text"/> weken
27. Is het kind een jongen of een meisje?	<input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje

28. Waar bent u bevallen?	<input type="checkbox"/> Thuis → Ga verder met vraag 33 <input type="checkbox"/> Ziekenhuis, vanwege een medische indicatie <input type="checkbox"/> Ziekenhuis, niet vanwege een medische indicatie <input type="checkbox"/> Anders namelijk <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 30px; margin-left: 100px;"></div>
29. Hoeveel dagen hebt u na de bevalling in het ziekenhuis doorgebracht?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dagen
30. Hoe bent u bevallen?	<input type="checkbox"/> Spontaan, al dan niet met een infuus <input type="checkbox"/> Keizersnee <input type="checkbox"/> Vacuumpomp of tang <input type="checkbox"/> Anders namelijk <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div>
31. Waren er problemen met de nageboorte waardoor u geopereerd moest worden?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
32. Moest u kind na de geboorte in de couveuse of kreeg uw kind na de geboorte extra zuurstof toegediend?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
33. Heeft uw kind na de bevalling, nadat het al thuis is geweest, nog in het ziekenhuis gelegen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Borstvoeding	
34. Uw hoeveelste kind is dit?	<input type="checkbox"/> 1 ^{ste} kind <input type="checkbox"/> 2 ^{de} kind <input type="checkbox"/> 3 ^{de} kind <input type="checkbox"/> 4 ^{de} kind of hoger
35. Hoeveel kinderen hebben borstvoeding gehad (inclusief uw jongste kind dat borstvoeding krijgt of heeft gehad)?	<input type="checkbox"/> 1 kind <input type="checkbox"/> 2 kinderen <input type="checkbox"/> 3 kinderen <input type="checkbox"/> 4 kinderen of meer

36. Wanneer heeft uw jongste kind na de geboorte voor het eerst de borst gekregen?	<input type="checkbox"/> Binnen een à twee uur na de geboorte <input type="checkbox"/> Twee tot zes uur na de geboorte <input type="checkbox"/> Meer dan zes uur na de geboorte <input type="checkbox"/> Weet niet/onbekend
37. Wie heeft er geholpen bij het aanleggen voor de eerste keer?	<input type="checkbox"/> niemand <input type="checkbox"/> mijn partner <input type="checkbox"/> familie <input type="checkbox"/> verloskundige <input type="checkbox"/> verpleegkundige <input type="checkbox"/> kraamverzorgster <input type="checkbox"/> anders nl. <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div>
38. Welke voeding krijgt uw kind <u>op dit moment</u>?	<input type="checkbox"/> Borstvoeding en kunstvoeding <input type="checkbox"/> Uitsluitend kunstvoeding
39. Hoe oud was uw kind toen u kunstvoeding bent gaan (bij)geven?	<input type="checkbox"/> Mijn baby was toen <input type="text"/> <input type="text"/> weken oud <input type="checkbox"/> Weet niet/onbekend
40. Wanneer stopte u helemaal met het geven van borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing, ik geef nog steeds borstvoeding <input type="checkbox"/> Mijn baby was toen <input type="text"/> <input type="text"/> weken oud <input type="checkbox"/> Weet niet/onbekend
41. Hoe vaak geeft u uw kind kunstvoeding naast moedermelk?	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing, ik geef geen borstvoeding meer <input type="checkbox"/> Minder dan de helft van de melkvoedingen bestaat uit kunstvoeding <input type="checkbox"/> Ongeveer de helft van de melkvoedingen bestaat uit kunstvoeding <input type="checkbox"/> Meer dan de helft van de melkvoedingen bestaat uit kunstvoeding <input type="checkbox"/> Ik geef af en toe kunstvoeding maar niet dagelijks

Kolven	
44. Kolft/kolfde u wel eens de borstvoeding af?	<input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 46 <input type="checkbox"/> Ja
45. Wanneer heeft u voor het eerst gekolfd?	<input type="checkbox"/> Mijn baby was toen <input type="text"/> <input type="text"/> weken oud <input type="checkbox"/> Weet niet/onbekend
Opmerkingen	
46. Heeft u nog overige opmerkingen?	



Bijlage 2

Vragenroute focusgroep discussies

Starten met het geven van borstvoeding ('Intentie')

- Wanneer heb je besloten om borstvoeding te geven?
- Hoe lang was je van plan om borstvoeding te gaan geven?
- Waarom heb je besloten borstvoeding te gaan geven? (Attitude)
- Welke kijk heeft de omgeving op het geven van borstvoeding? (Subjectieve norm)
- Heb je het besluit vooral zelf genomen, of samen met anderen (wie)?
- Wat waren je verwachtingen? (Waargenomen gedragscontrole)

Gedeeltelijk of geheel stoppen met het geven van borstvoeding

- Hoe ging het besluit om volledig te stoppen met het geven van borstvoeding?
- Wat was de rol van hulpverleners, partner en andere direct betrokkenen?
- Aandachtspunten:
 - ✓ Pijn: Reden om direct te stoppen of geprobeerd op te lossen?
 - ✓ Twijfel over hoeveelheid en kwaliteit van de melk
 - Waarom twijfel/waar werd dat uit afgeleid?
 - Zelfvertrouwen/vertrouwen in eigen kunnen
 - Begrijpen signalen kind
 - ✓ Werk en kolven
 - Hoe denken jullie over kolven?
 - Wat zijn je ervaringen met kolven, op welke plekken, hoe vaak, hoe veel voedingen overslaan.
 - Mogelijke barrières:
 - Faciliteiten (kolfkamer)
 - Eerste vrouw die borstvoeding geeft
 - Negatieve opmerkingen van collega's
 - Zelf niet kunnen overzien, werk en privé komt dicht bij elkaar te liggen

Terugkijken op het geven en (gedeeltelijk) stoppen met het geven van borstvoeding

- Hoe kijken jullie terug op de periode dat jullie borstvoeding hebben gegeven?
- Hoe is het geven van borstvoeding ervaren?
- Kwam het geven van borstvoeding overeen met de verwachtingen?
- Hoe wordt het stoppen met het geven van borstvoeding ervaren?
 - ✓ Opluchting
 - ✓ Spijt of schuldgevoel



Bijlage 3

Overzicht projectgroep en geconsulteerde deskundigen

Projectgroep

Dr. H Raat (Projectaanvrager, projectleider en penvoerder)

Erasmus MC – Universitair Medisch Centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam

Ir. L. van Rossem (Mede projectaanvrager)

Erasmus MC – Universitair Medisch Centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam

Drs. I. Vogel (Mede projectaanvrager)

Erasmus MC – Universitair Medisch Centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam

Mw. K. van Drongelen (Projectadviseur)

Stichting Voedingscentrum Nederland, 's-Gravenhage

Dr. H.H. Haisma (Projectcommissielid)

Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Gezondheidsstudies, Lectoraat Transparante Zorgverlening, Groningen

Dr. I. Mesters (Projectcommissielid)

Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Care and Public Health Research Institute, Maastricht

Dr. A. Oenema (Projectadviseur)

Erasmus MC – Universitair Medisch Centrum, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam

Dr. J.P. van Wouwe (Projectcommissielid)

Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, Kwaliteit van Leven, Preventie en Zorg, Leiden

Geconsulteerde deskundigen

Mw. K. van Drongelen (Projectadviseur)

Stichting Voedingscentrum Nederland, 's-Gravenhage

Mw. A. Schenk-Hemmink, Lactatiekundige

Erasmus MC – Universitair Medisch Centrum, Moeder en kind centrum, Kindergeneeskunde, Rotterdam

Organisatie en uitvoering van de focusgroepen

Werving van de deelnemers, organisatie en uitvoering van de focusgroep discussies, uittypen van de banden van dit onderzoek:

IPM KidWise
Bredewater 26
2715 CA Zoetermeer

Ondersteuning bij het werven van deelnemers aan de focusgroepen in Rotterdam:

Consultatiebureau Ouder & Kind Rotterdam
Coolsingel 75
3012 AD Rotterdam

Ondersteuning bij het werven van deelnemers aan de focusgroepen en beschikbaar-
stelling van ruimte in de regio Zwolle:

Icare Zwolle
Straussplein 2
8031 AE Zwolle

Ondersteuning bij het werven van deelnemers aan de focusgroepen en beschikbaar-
stelling van ruimte in de regio Eindhoven:

Zuidzorg Eindhoven
Le Sage ten Broeklaan 11
5615 CP Eindhoven

Bijlage 4

Opdrachtbrief VWS aan ZonMw

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan het Bestuur van ZonMw
t.a.v. de voorzitter
Postbus 93245
2509 AE DEN HAAG

INGEKOMEN
02 JULI 2008
Behandelen: <i>Team 4</i>
Fotokopie: <i>F.S.C. Johnson</i>

VWS

Ons kenmerk
VGP/VV 2856403

Inlichtingen bij
Alma van der Gref

Doorkiesnummer
070 340 5695

Den Haag
01 JULI 2008

Onderwerp
Onderzoek borstvoeding

Bijlage(n)

Uw brief

Met deze brief geef ik u goedkeuring om een extra project te laten uitvoeren binnen het Programmakader Zorg en Samenleving. Het project vloeit voort uit een motie van Wiegman (CU).

Tijdens de begrotingsbehandeling van VWS (november 2007) heeft mevrouw Wiegman van de ChristenUnie een motie ingediend over het verhogen van het percentage kinderen dat zes maanden borstvoeding krijgt van 25 naar 40 procent. Om uitvoering te geven aan deze motie wil ik een onderzoek laten uitvoeren naar de precieze redenen waarom vrouwen stoppen met borstvoeding.

TNO Kwaliteit van Leven (KvL) heeft al eerder onderzoek gedaan naar de redenen waarom vrouwen stoppen met borstvoeding (KvL\JPB\2005.080). Hieruit kwamen als hoofdmotieven 'te weinig melk' en 'werk' naar voren. Aangezien het onbekend is waar deze redenen precies voor staan, is nader (kwalitatief) onderzoek gewenst. Het extra project dient hierin te voorzien.

In de voedingsnota, die medio 2008 zal verschijnen, zal het onderzoek worden aangekondigd. Op basis van de resultaten kunnen dan mogelijke vervolgacties worden ingezet.

Het project moet aanvullend zijn op voornoemd onderzoek van TNO KvL en eenzelfde soort opzet hebben. De steekproef van vrouwen dient representatief te zijn voor Nederland (conform landelijke spreiding) en de gegevens moeten kunnen worden gewogen naar het opleidingsniveau van de moeder. Ook hecht ik hierbij belang aan etniciteit van zowel de moeder als haar partner. Ik verzoek u om uw oproep af te stemmen met het platform 'Borstvoeding', contactpersoon mevr. Karen van Drongelen van het Voedingscentrum.

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad
2

Kenmerk
VGP/VV 2856403

VGP

Eventueel kan aansluiting worden gevonden bij het bestaande ZonMw-programma richtlijnen jeugdgezondheid, waarbij het ontwikkelen van de multidisciplinaire richtlijn borstvoeding een onderdeel is. Op deze manier kan het extra project een meerwaarde hebben, efficiënt worden uitgevoerd en kunnen de resultaten versneld de beoogde gebruikers bereiken.

Voor de uitvoering van het project is in 2008 € 100.000,- beschikbaar. Het niveau voor het aangaan van verplichtingen in 2008 wordt verhoogd met € 100.000,-. Het project dient in 2008 te worden uitgevoerd. De rapportage over het project ontvang ik graag in het eerste kwartaal van 2009.

Ik verzoek u bij het uitzetten van het project in ieder geval contact te zoeken met de onderstaande partijen en een eventueel samenwerkingsverband te creëren. Zij hebben (aangegeven) expertise en ervaring op het gebied van onderzoek naar borstvoeding. Nadere contactgegevens zijn bij mw. A. van der Grefte (070 340 5695) beschikbaar.

1. TNO KvL/ dhr. K. van Wouwe
2. ErasmusMC/ mevr. L. van Rossem
3. Hanzehogeschool Groningen/ mevr. H. Haisma
4. Kenniscentrum Borstvoeding/ dhr. S. Kleintjes
5. Universiteit Maastricht/ dhr. C.P. van Schayck

Voorts verzoek ik u in de eerstvolgende (voortgangs)rapportage dit programma zowel inhoudelijk als financieel op te nemen.

Tevens zijn de werkafspraken planning & control VWS, NWO en ZonMw van toepassing.

Deze opdracht verhoogt niet de formatie 2008 en de daaropvolgende jaren. De maximale formatie met inbegrip van de zogenoemde taakstelling 2007 t/m 2011 is vastgelegd in mijn brief aan u d.d. 18 juni 2007 met kenmerk DBO-U-2776438. Het bovenstaande programma moet binnen de bestaande formatie worden uitgevoerd.

De Directeur-Generaal van de Volksgezondheid,



ir. J.J.M. de Boer

Bijlage 5

Opdrachtbrief ZonMw aan Erasmus MC



ZonMw-programma Richtlijnen Jeugdgezondheid
Gerichte uitnodiging tot het gezamenlijk indienen van een beknopte subsidieaanvraag
Onderwerp: Inzicht in motieven waarom vrouwen stoppen met het geven van borstvoeding.

Deadline: donderdag 4 september 2008, 24.00 uur

Graag nodigen we u uit een beknopte subsidieaanvraag in te dienen voor een onderzoek '*Borstvoeding. Inzicht in de motieven waarom vrouwen stoppen met het geven van borstvoeding*'. U wordt verzocht om uw aanvraag samen met de hieronder genoemde organisaties in te dienen. ZonMw wijst de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van ErasmusMC als projectleider/ trekker van deze aanvraag aan.

Achtergrond

Borstvoeding heeft diverse gezondheidsvoordelen voor zowel de moeder als het kind. Uit een literatuurstudie van het RIVM (Van Rossum, Buchner & Hoekstra, 2007) naar de gezondheidswinst en economische effecten van borstvoeding blijkt bijvoorbeeld dat borstvoeding bij kinderen de kans op overgewicht en hoge bloeddruk op latere leeftijd verkleint en er minder kans is op middenoorontsteking en maagdarminfecties. Tevens zijn er aanwijzingen dat kinderen die voldoende lang borstvoeding krijgen minder kans hebben op aandoeningen als astma, wheezing, luchtweginfecties en eczeem.

Mogelijk beschermt borstvoeding ook tegen de ziekte van Crohn, atopie, leukemie en jeugddiabetes. Moeders die borstvoeding geven, verliezen na de bevalling minder lang bloed. Waarschijnlijk hebben vrouwen die borstvoeding hebben gegeven een minder grote kans op borstkanker vóór de overgang. De kans op borstkanker zou al kleiner zijn als vrouwen enkele maanden borstvoeding hebben gegeven. Dit voordeel is nog groter als vrouwen langduriger borstvoeding gaven, eventueel aan meer kinderen. Ook het risico op reumatische artritis is aantoonbaar lager.

Om de bovengenoemde gezondheidsvoordelen van borstvoeding optimaal te benutten, streeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ernaar dat zoveel mogelijk kinderen de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding krijgen. Dit in navolging van adviezen van de Wereld Gezondheidsorganisatie, de WHO.

Enkele feiten

Van alle in Nederland geboren moeders startte in 2007 81% na de bevalling met het geven van borstvoeding. Eén maand na de bevalling gaf echter nog maar 48% van de vrouwen uitsluitend borstvoeding. Na een half jaar is dit percentage teruggelopen tot 20-25% (Lanting & Van Wouwe, 2007). Uit ander onderzoek (Kerkhoff, Ruschlenda & Van der Horst, 2008) blijkt dat iets meer dan de helft van de moeders liever zelf langer had willen voeden; tweederde van hen voelt zich hierover teleurgesteld.

Het ministerie van VWS wil het percentage kinderen dat zes maanden uitsluitend borstvoeding krijgt verhogen van 25 naar 40%. Om dit te bereiken is eerst meer kennis nodig over de precieze redenen waarom vrouwen stoppen met borstvoeding. TNO Kwaliteit van Leven (KvL) heeft al eerder onderzoek gedaan naar de redenen waarom vrouwen stoppen met borstvoeding (KvL\JPB\2005.080). Hieruit kwamen als hoofdmotieven 'te weinig melk' en 'werk' naar voren. Aangezien het onbekend is waar deze redenen precies voor staan, is nader (kwalitatief) onderzoek hiernaar gewenst.

Opdracht

Dit project moet antwoord geven op de vraag waarom vrouwen stoppen met het geven van (uitsluitend) borstvoeding als de baby nog geen zes maanden is. Het moet een verdieping geven op eerdere kwantitatieve onderzoeksresultaten naar redenen om te stoppen met het geven van (volledige) borstvoeding, mogelijke problemen bij het geven van borstvoeding identificeren en de oorzaken achterhalen. Op basis van de resultaten moeten vervolgacties kunnen worden ingezet.

De hoofdvraag van deze opdracht luidt als volgt: wat zijn de precieze redenen waarom vrouwen stoppen met het geven van borstvoeding binnen zes maanden na de bevalling?

Deelvragen die hierbij beantwoord moeten worden:

- welke redenen hebben vrouwen om te starten met het bijgeven van kunstvoeding binnen zes maanden na de bevalling?
- welke redenen geven vrouwen voor het volledig stoppen met borstvoeding binnen zes maanden na de bevalling?

Resultaat

Het resultaat is een rapport waaruit het volgende naar voren komt:

- een korte schets van het probleem (prevalentie en gevolgen);
- een antwoord op de hoofd- en deelvragen;
- aanbevelingen voor vervolgacties;
- presentatie van het concept eindrapport in een expertmeeting.

Aanvullende eisen

Het project moet aanvullend zijn op voornoemd onderzoek van TNO KvL en eenzelfde soort opzet hebben. Daarnaast dient de steekproef van vrouwen representatief te zijn voor Nederland (conform landelijke spreiding). De gegevens moeten gewogen kunnen worden naar het opleidingsniveau van de moeder. Ook dient etniciteit van zowel de moeder als haar partner in het onderzoek betrokken te worden.

Samenwerking

Om dit landelijk representatieve onderzoek binnen het gestelde tijdspad te realiseren, adviseert ZonMw om een samenwerkingsverband aan te gaan, waarbij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van ErasmusMC als trekker/projectleider fungeert. Daarnaast hebben onderstaande partijen aangegeven bij het onderzoek betrokken te willen worden:

1. ErasmusMC / Maatschappelijke Gezondheidszorg (projectleider/aanvrager)
2. TNO KvL (projectcommissielid)
3. Hanzehogeschool Groningen (projectcommissielid)
4. Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (projectcommissielid)
5. Stichting Voedingscentrum Nederland (projectadviseur)

Budget

Voor deze opdracht is maximaal € 100.000,- beschikbaar.

Procedure

Graag ontvangen wij een beknopte subsidieaanvraag graag uiterlijk **4 september 2008** elektronisch via Projectnet. Wij sturen de projectleider een link naar projectnet. In projectnet moet u titel, samenvatting en de projectgroep vermelden en als bijlage vragen wij u een plan van aanpak met een onderbouwing en begroting toe te voegen. Wij verwachten u uiterlijk eind september 2008 uitsluitend te geven over het al dan niet honoreren van uw aanvraag, zodat u begin oktober 2008 van stuur kunt gaan. Na honorering verwachten we dat de opdracht voor 31 december 2008 is afgerond. De eindrapportage kunt u medio februari 2009 indienen.

Meer info

Deze opdracht vindt u op de website van ZonMw via: <http://www.zonmw.nl/nl/subsidie/indienen-opuitnodiging>.

Voor vragen kunt u contact opnemen met: Saskia van den Toorn (toorn@zonmw.nl, tel: 070-349 5235) of Yvonne Benard (benard@zonmw.nl, tel: 070-349 5256).

Literatuur

- Lanting, C.I. & Wouwe, J.P. van (2007). *Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding*. Leiden: TNO, Kwaliteit van Leven.
- Kerkhoff, Z., Ruschlanda, M. & Horst, M. van der, (2008). *Een verkennend onderzoek naar de relatie tussen borstvoedingsduur en tevredenheid*. Leiden: TNO i.s.m. Verloskunde Academie te Amsterdam.
- Rossum, C.T.M. van, Buchner, F.L., Hoekstra, J. (2007). *Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies. Model simulation*. Bilthoven: RIVM. Report nr. 350040002/2007.

