

# BESCHERMING EN ONDERSTEUNING VAN BORSTVOEDING IN BELGIE



Status van de implementatie  
van de  
**INTERNATIONALE  
GEDRAGSCODE** voor het  
**OP DE MARKT BRENGEN** van  
**VERVANGINGSMIDDELEN** voor  
**MOEDERMELK**  
en van de erop volgende  
*resoluties*  
aangenomen gedurende de  
Wereldgezondheidsvergaderingen  
(World Health Assembly – WHA)

*Réseau Allaitement Maternel* asbl

in samenwerking met 2 verenigingen, lid van IBFAN,

- Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding (VBBB) vzw
- Borstvoeding vzw

# BESCHERMING EN ONDERSTEUNING VAN BORSTVOEDING IN BELGIE

***Status van de implementatie van de INTERNATIONALE GEDRAGSCODE voor het OP DE MARKT BRENGEN van VERVANGINGSMIDDELEN voor MOEDERMELK en van de erop volgende resoluties aangenomen gedurende de Wereldgezondheidsvergaderingen (World Health Assembly – WHA) \****

*De studie uit 2001 die hier wordt voorgesteld tracht deze vraag te beantwoorden. Deze studie werd uitgevoerd als bijdrage tot een internationale vergelijkende studie. Zij kan als basis dienen voor een evaluatie van mogelijke verbeteringen in de toekomst. Daarom werd er besloten de kerngedachten en de aanbevelingen samen te vatten en te vertalen, om deze naar de personen en instellingen betrokken bij de volksgezondheid, met name de gezondheid van moeder en kind te sturen. Enkele gegevens werden geactualiseerd.*

## **1. Onderwerp van de studie**

De Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk werd aangenomen gedurende de World Health Assembly (WHA) van 1981, dus meer dan 20 jaar geleden.

Deze internationale Code is een Resolutie van de WHA, het is dus een aanbeveling voor de Lidstaten van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Er wordt aan deze lidstaten met aandrang gevraagd om "volledige en eensgezinde medewerking te verlenen aan de uitvoering van de aanbevelingen gedaan door de gezamenlijke conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie en UNICEF over zuigelingen- en peutervoeding en van de bepalingen van de volledige Gedragscode" en om de Code op te nemen in de nationale wetgevingen. Verschillende resoluties aangenomen gedurende de latere WHA hebben hetzelfde statuut als de Code zelf: samen vormen zij een middel voor de bescherming van de consumenten tegen de handelspraktijken van de babyvoedingsindustrie die zouden kunnen leiden tot het ontmoedigen van borstvoedingspraktijken. Deze is een essentiële gezondheidsfactor: het einddoel van de Code en de resoluties<sup>1</sup> is de gezondheid van de kinderen en hun welzijn te bevorderen.

België heeft al deze resoluties bekrachtigd, maar er was bijna 12 jaar nodig voordat er in deze materie wetten werden opgesteld door het Koninklijk Besluit van 27/09/1993 (vervolledigd door het K.B. van 19/10/1997), ten gevolge van de Europese richtlijn 91/321/EEG (vervolledigd in 1997 door de 94/4/EEG). Het Koninklijk Besluit geeft zoals de Europese richtlijn gevolg aan de meeste principes van de Code, maar niet aan allemaal, zoals dit werd aanbevolen. Het geeft ook geen gevolg aan de aanbevelingen van de latere WHA-resoluties.

---

\* "de Code" of "de Code en de latere resoluties" refereren naar de *Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk* en de erop volgende resoluties aangenomen door de WHA. Deze documenten zijn verkrijgbaar via VBBB 03 281 73 13 of e-mail [bestellingen@vbbb.be](mailto:bestellingen@vbbb.be)

De studie gedaan in 2001 tracht een eerste evaluatie te maken van de uitvoering van deze resoluties en wetgevingen op bijna twintig jaar.

## **2. Initiatiefnemers van de studie en partners**

IBFAN, het International Baby Food Action Network heeft meegeholpen aan het opstellen van de Code en zijn uitvoering overal in de wereld. Verschillende leden van dit netwerk meenden dat het tijd was om een evaluatie te maken toen de Code twintig jaar bestond. De studie werd dus gedaan onder toezicht van organisaties die deel uitmaken van het IBFAN netwerk en die betrokken zijn in de bescherming van borstvoeding.

## **3. Algemeen doel van de studie**

De studie werd opgevat als een soort oefening om te kunnen beschouwen hoe men de initiatieven zou kunnen verbeteren van de organisaties ter ondersteuning van borstvoeding, op basis van de vastgestelde successen en mislukkingen, van de factoren die de praktijken rond kindervoeding kunnen beïnvloeden en die borstvoeding beschermen, van de efficiëntie van de overheidsinterventies, enz.

Het doel is dus nieuwe strategieën uit te tekenen, zowel voor de organisaties die hebben deelgenomen aan de studie, als voor het geheel van organisaties die de gezondheid van moeder en kind beschermen.

## **4. Financiering**

In Europa werd de studie gevoerd in België, het Verenigd Koninkrijk en Nederland, en werd gesubsidieerd door de Europese Commissie (DG-DEV) onder de benaming "Checks and balances in the Global Economy: contributing to sustainable development by using the tools introduced to protect infant health". De HIVOS stichting (Nederland) heeft zes andere partners gesubsidieerd (Kenya, Bolivia, Pakistan, Indië, Mexico, Brazilië) onder de benaming "Working towards health for all in the global economy: the contribution of Southern NGOs".

Onderzoekers kregen de opdracht in alle landen volgens een zelfde protocol te handelen. In België heeft de vereniging "Réseau Allaitement Maternel, asbl" de studie opgevolgd, het rapport opgesteld, in samenwerking met de verenigingen "vzw Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding (VBBB)" en "vzw Borstvoeding". Zij heeft aan twee onderzoekers gevraagd om de gegevens te verzamelen, één voor de Nederlandstalige regio, de andere voor de Franstalige regio. Omdat de subsidies en de toegewezen tijd beperkt waren, kon het onderzoekswerk niet in detail worden gedaan.

## **5. Onderzoeksvragen**

Het onderzoeksprotocol had vooral als bedoeling de onderzoekers een leidraad te bieden, en de vergelijkingen tussen de landen te vergemakkelijken. Dit protocol gaf dus typevragen die gesteld moesten worden, de mogelijke gegevensbronnen en de structuur van het rapport dat opgesteld moest worden. Aangezien het einddoel van het onderzoek niet het opstellen van een model actieplan was, hiertoe was de diversiteit tussen de landen te groot, was het dus vooral de bedoeling de onderzoekers een flexibel werkkader te bieden om de bijzonderheden van elk land te kunnen ontwikkelen.

Na de algemene karakteristieken over de bevolking en het gezondheidssysteem werd de historische evolutie van de kindervoeding weergegeven, hoe de Code en de latere resoluties van de WHA sinds 1981 ingevoerd zijn geweest, welke rol de gouvernementele en niet-gouvernementele organisaties gespeeld hebben, de industrie, de regering, de leden van het IBFAN-netwerk. Ten slotte werd er gevraagd naar aanbevelingen voor de toekomst.

## **6. Tijdsverloop**

Het project in zijn geheel werd eind 2000, begin 2001 aangekondigd. De definitieve versie van het onderzoeksprotocol werd in mei 2001 afgerond. De verzameling van de gegevens en het opstellen van het rapport werden in België uitgevoerd van juli tot oktober 2001. Begin 2003 wordt de publicatie van de besluiten van het internationaal vergelijkend rapport verwacht. Zodra deze ontvangen wordt zal zij bij dit rapport gevoegd worden.

## **7. Methodologie**

De gegevens werden vergaard uit documentatie, via interviews en groepsgesprekken, die enigszins varieerden afhankelijk van het land en van de onderzoekers. Dezen hadden de raad gekregen om rekening te houden met verschillende meningen, subjectieve en soms zelfs tegenstrijdige standpunten. Niet zozeer de juiste weergave van realiteit en geschiedenis was het doel, maar vooral de weergave van de verschillende standpunten en perspectieven uit de interviews en de geraadpleegde documenten. Het rapport is vooral beschrijvend.

In België liet de keuze van twee verschillende onderzoekers voor de belangrijkste taalgemeenschappen toe de gelijkenissen en de verschillen van deze gemeenschappen weer te geven.

Werden geïnterviewd: leden van de beroepsorganisaties, van het toekomstige Federaal Borstvoedingscomité, van de actiegroepen, van de informatie- en hulpgroepen, van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, van de organisaties voor moeder- en kindzorg, en de Belgische Vereniging van de Sector der Kinder- en Dieetvoeding vzw.

Besprekingen over de vooruitgang van de studie en over de resultaten hebben plaats gehad met vertegenwoordigers van de verenigingen VBBB, Borstvoeding en Réseau Allaitement Maternel, wat toeliet bepaalde gegevens recht te zetten of te vervolledigen, en de aanbevelingen voor te bereiden.

## **8. Samenvatting van de vaststellingen en opmerkingen die bijzondere belangstelling zouden moeten opwekken bij de Belgische gezondheidswerkers**

### **8.1 Culturele modellen van de kindervoeding**

In België kan men niet stellen dat borstvoeding een predominant cultureel model is voor kindervoeding, ook al is iedereen het eens over de vele voordelen die eruit voortvloeien voor de gezondheid en ook al evolueren de modellen geleidelijk aan en verbeteren de praktijken. Veel vrouwen bevallen zonder dat ze ooit een andere vrouw hun kind borstvoeding hebben zien geven, de overgang tussen de generaties van deze praktijk werd gedurende enkele tientallen jaren onderbroken. De daling van de borstvoedingscijfers blijkt verbonden te zijn met de toenemende deelname van de vrouwen aan de arbeidsmarkt en daarbij in parallel de ontwikkeling van het op de markt brengen van de vervangingsmiddelen voor moedermelk, lang voorgesteld als gelijkwaardig aan moedermelk. Daarenboven werd flesvoeding als symbool gezien voor de emancipatie van de vrouw, dat nog altijd wordt overgedragen, zowel bij sommige verantwoordelijken voor gezondheidsprogramma's als bij de media en sommige vrouwenbewegingen.

Door de geleidelijke bewustwording van het belang van borstvoeding voor de gezondheid en voor het welzijn, zowel bij het publiek als bij de gezondheidswerkers, alsook misschien een zeker model voor het "teruggaan naar de natuur", zijn de cijfers voor de prevalentie van borstvoeding hoger geworden: tegenwoordig krijgen ongeveer 2 op 3 kinderen borstvoeding bij de geboorte.. Andere Europese geïndustrialiseerde landen behalen beduidend hogere cijfers. Daarbij is de gemiddelde borstvoedingsduur zeer kort, zoals verder wordt beschreven.

## **8.2 Complexe federale, gewestelijke en gemeenschapsbevoegdheden**

De diverse bevoegdheden met betrekking tot het beheer van de gezondheidsinstellingen, initiële en voortgezette opleiding van de gezondheidswerkers en de bevordering voor de gezondheid zijn verdeeld over de federale, gewestelijke en gemeenschapsoverheden voor volksgezondheid. Deze fragmentatie blijkt zeer complex te zijn zodra een bepaalde gezondheidsproblematiek, in dit geval borstvoeding, al deze bevoegdheden betreft: onder andere, het verzamelen van statistische gegevens is niet geharmoniseerd, de programma's en de investeringen zijn niet geïntegreerd en gecoördineerd, de prioriteiten en objectieven zijn soms tegenstrijdig. Deze complexe complementariteit van bevoegdheden zijn een niet te onderschatten rem.

## **8.3 Gezondheidssysteem, budgettaire restricties en medicalisering**

Paradoxaal genoeg kent men soms in bepaalde perioden en/of sectoren een overaanbod aan medische zorgen en hospitalisatiecapaciteit. Daar staat tegenover dat men de laatste jaren een daling ziet van het aantal kleinere lokale materniteiten, van de duur van het verblijf in de materniteit en van de beschikbaarheid van het verplegend personeel om de jonge moeders te begeleiden gedurende de dagen na de geboorte en van de budgetten voor de bevordering van de gezondheid. In deze context van restricties heeft het BabyVriendelijke Ziekenhuizen Initiatief, om maar één voorbeeld te nemen, nog steeds geen consequente steun gekregen, zij het op federaal, gewestelijk of gemeenschapsniveau. Er was in 1999-2000 een beperkte ondersteuning door de federale overheid.

In het Belgische gezondheidssysteem worden de artsen beschouwd als de belangrijkste betrokkenen, verantwoordelijk voor het geheel aan diensten voor de zorgen en de volksgezondheid. Twee problemen worden onderlijnd. Ten eerste zijn het de artsen die het minst opgeleid zijn wat betreft borstvoeding, terwijl hun invloed bij het publiek en bij de verzorgingsteams vaak bepalend is. Ten tweede is de financiering van de gezondheidsdiensten grotendeels gebaseerd op de nomenclatuur van de medische tussenkomsten en diensten, waarbij er geen specifieke code is voorzien (RIZIV code) voor preventie, informatie, opleiding, raadgeving. Dit stelt een lacune voor het financieel beheer van de werktijd van de gezondheidswerkers die investeren in de begeleiding van de moeders die borstvoeding geven: de tijd besteed aan een kwalitatieve begeleiding hangt af van de goede wil van de gezondheidswerkers maar is niet officieel als dusdanig erkend en betaald, behalve (sinds 1996) voor de prenatale raadplegingen (individueel of in groep) bij de vroedvrouwen. De budgetten voor de voorlichting voor wat betreft de gezondheid zijn zeer klein en borstvoeding behoort financieel niet tot de prioriteiten voor omkadering en ondersteuning. Men kan hieraan toevoegen dat de korte duur van de verkiezingsmandaten en dus de veranderingen in de ministeriële prioriteiten en zorgen, vertragingen en continuïteitsproblemen voor lange termijnprojecten veroorzaken. Het is steeds weer nodig de bescherming en de bevordering van borstvoeding op de agenda te plaatsen van de nieuwe regeerders.

In België behoort de bevalling en de kindervoeding voor een groot deel tot het medische domein. Quasi alle toekomstige moeders laten zich volgen gedurende hun zwangerschap door een gynaecoloog en 50% van de zwangere vrouwen gaan 9 keer op raadpleging gedurende een normale zwangerschap. De bevalling, in 94,7% van de gevallen bijgewoond door een gynaecoloog, wordt meestal aanzien als een risicovolle gebeurtenis die medisch toezicht vereist. De hoge interventiecijfers zijn hiervan een indicator:  $\pm$  32% geïnduceerde bevallingen, tussen 60 en 70% epidurale verdoving, ongeveer 12% geïnstumenteerde verlossingen en ongeveer 16% keizersneden. De verdere verpleging die deze interventies en hun mogelijke complicaties vereisen, mobiliseert het personeel, vaak ten koste van een pedagogische en psychologische begeleiding van de moeders voor wat betreft de zorgen voor de pasgeborenen, hun voeding en welzijn. De prenatale, de perinatale zorgen en postnatale opvolging thuis, door zelfstandige vroedvrouwen, of via een geboortecentrum bestaat, maar is weinig ontwikkeld en weinig aangemoedigd. De verblijven in de materniteit worden steeds korter, zonder dat er thuis systematisch opvolging wordt georganiseerd. De Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Kind en Gezin (K&G) en Dienst für Kind und Familie (DKF), publieke diensten, bieden thuisopvolging aan binnen de week na ontslag uit de materniteit door een medisch-sociale werkster of een sociaal verpleegkundige, waarvan de competenties en de opleiding in borstvoeding zeer variabel zijn. Deze situatie wordt algemeen aangeklaagd als ongunstig voor de ondersteuning van en het verder gaan met borstvoeding.

De meerderheid van de jonge kinderen worden gevolgd door kinderartsen, die overtuigd zijn van de superioriteit van moedermelk, maar die weinig opgeleid zijn over de praktische begeleiding van borstvoeding en te snel geneigd om vervangingsvoeding aan te raden.

#### **8.4 Beroeps- en familielevens**

De ongelijkheden tussen mannen en vrouwen zijn met de tijd kleiner geworden, maar bestaan nog, onder andere voor wat betreft de beroepsinkomsten en -promotie. Het blijft een uitdaging om beroeps- en familielevens te combineren en dit heeft meer impact op de professionele loopbaan van de vrouwen dan van de mannen, vooral in de minder bevoorrechte sociale klassen.

Het postnatale verlof (gewoonlijk 14 weken) is te kort om 6 maanden uitsluitend borstvoeding aan te moedigen, zoals de wetenschappelijke gemeenschap het nu aanbeveelt. Het borstvoedingsverlof, mogelijk in bepaalde privé-ondernemingen of in bepaalde werkomstandigheden die een risico inhouden voor de gezondheid, is geen sociaal recht voor alle vrouwen. De borstvoedingspauzes op de werkplaats zijn een nieuwe sociale aanwinst, waarvan de impact nog niet gemeten is. De formules van ouderschapsverlof of "tijdskrediet" zijn andere keuzemogelijkheden, hoewel ze nog niet voor allen beschikbaar zijn.

#### **8.5 Keuze van de kindervoeding**

De meeste moeders weten dat borstvoeding beter is dan de kunstmatige zuigelingenvoeding en ze kiezen elk jaar meer en meer om borstvoeding te geven aan hun pasgeborene (71,6% in 1999 in de Franstalige Gemeenschap, 63% in 2000 in de Vlaamse Gemeenschap) maar velen betwijfelen of ze aan de behoeften van hun kind kunnen voldoen of weten niet hoe eventuele beginmoeilijkheden te overkomen. Na 7 weken ongeveer zijn 50% van de moeders die voor borstvoeding hadden gekozen, ermee gestopt.

Een kind 6 maanden uitsluitend borstvoeding geven blijkt algemeen irrealistisch, daarbij komt nog dat de naaste omgeving en de socio-economische context vaak niet de nodige steun geven en dat het postnatale verlof te kort is.

Andere cijfers: de Belgische markt voor de (geïmporteerde) "1ste" en "2de leeftijd" zuigelingenvoedingen vertegenwoordigt op één jaar een bedrag van 47.248.505 euro; het reclamebudget van de distributiefirma's voor de materniteiten zou van de orde van 3,72 à 4,97 miljoen euro zijn.

#### **8.6 Statistische gegevens over borstvoeding**

In België bestaat er vandaag geen systeem om gegevens te verzamelen dat algemeen, systematisch en vergelijkbaar zou zijn. De enige gegevens omtrent de hele bevolking worden verzameld bij de geboorte. De medisch-sociale gegevensbanken aan wie ONE/DKF en K&G de behandeling van hun statistische gegevens toevertrouwen, leveren een belangrijk werk, maar blijft beperkt voor de periode na het verblijf in de materniteit en tot de bevolking die van hun diensten gebruik maakt. Daarbij is het onderscheid tussen "uitsluitend borstvoeding" en niet uitsluitend niet in dezelfde termen gedefinieerd als die van de WHO. Het gevolg is dat de cijfers voor zogenaamde uitsluitend borstvoeding overschat worden en dat internationale vergelijkingen niet mogelijk zijn.

De gegevens worden op gemeenschappelijke of gewestelijke entiteiten verzameld met een verschillende geografische dekking wat de nationale berekeningen nog bemoeilijkt.

De verschillen in borstvoedingscijfers tussen de materniteiten en de provincies zijn groot. De cijfers zijn het hoogst in Brussel en de provincie Brabant, in de materniteiten met de meeste bevallingen, en waar de ouders goed geïnformeerd worden.

Voor wat betreft de kinderen opgevolgd door ONE (in 1998, rapport BDMS 2000),

- op ongeveer 5 dagen krijgen 70,9% van de kinderen uitsluitend of overwegend borstvoeding
- uitsluitend of overwegend borstvoeding duurt gemiddeld 7 weken
- op 3 maanden krijgen nog 25% van deze kinderen uitsluitend of overwegend borstvoeding
- op 6 maanden krijgen nog 10% van deze kinderen een bepaalde hoeveelheid moedermelk

En voor wat betreft kinderen in Vlaanderen (SEIN 2002 rapport, in opdracht van K&G),

- op 6 dagen krijgen 59% van de kinderen borstvoeding
- op 3 maanden krijgen 25% van deze kinderen overwegend borstvoeding
- op 6 maanden krijgen 16% van deze kinderen een bepaalde hoeveelheid moedermelk.

## 8.7 Beschermingsmaatregelen voor borstvoeding

1. De Code tracht de consument te beschermen tegen de handelspraktijken die zouden kunnen leiden tot een ontmoediging van de borstvoedingspraktijk. Het **Koninklijk Besluit van 27/9/1993 betreffende voedingsmiddelen bestemd voor bijzondere voeding (zuigelingenvoedingen en opvolgzuigelingenvoeding)** vertaalt wettelijk een groot deel van deze Code. Maar het besluit blijft grotendeels onuitgevoerd voor wat betreft de levering van kosteloze voorraden van zuigelingenvoedingen aan de materniteiten en de distributie van melkstalen aan de moeders. Voor wat betreft het reclameverbod voor de "1ste leeftijd" zuigelingenvoeding, wordt dit besluit te vaak op een subtiele wijze omzeild, onder andere in de informatiefolders en tijdschriften voor de ouders, als ook in de publicaties voor de gezondheidswerkers. Er is geen eigen systematisch bewakingssysteem voor het uitvoeren van dit besluit en van de Code. Slechts 5 processen-verbaal werden opgesteld (8 jaar na de verschijning van het Koninklijk Besluit), terwijl men zeer goed weet dat er overtredingen zijn in de meeste gezondheidsdiensten.

De minister van volksgezondheid heeft begin 2001 getracht een "gentlemen agreement" te verkrijgen van de distributiefirma's, die haar geantwoord hebben dat de invloed van de gratis leveringen en stalen op de borstvoedingsduur niet bewezen was. Dit heeft geleid tot een vraag voor advies door de minister aan het Federaal Borstvoedingscomité, zodra dit zal zijn opgericht. Het medische milieu negeert meestal het besluit, in de veronderstelling dat het weinig voordelen biedt, terwijl de contracten die leiden tot sponsoring door deze commerciële firma's wel voordelen opleveren. Zonder echte tegenstand, zonder controleproces, zonder klachten, gaan de firma's door met hun reclamepraktijken. Het betreft zowel degene die bedoeld zijn met het Koninklijk Besluit als die ruimer door de Code bedoeld zijn (verbod van alle reclamepraktijken voor de vervangingsmiddelen, dus ook voor de opvolgzuigelingenvoeding, kruidenthee, sap, enz., en ook voor attributen zoals zuigflessen, spenen en fopspenen, verbod van reclamepraktijken bij de gezondheidswerkers, verbod van rechtstreekse promotionele contacten tussen de promotieagenten en de moeders, noodzaak om de toestemming van de overheden voor volksgezondheid voor de verspreiding van informatiemateriaal te hebben, enz.). De reclamevoering gebruikt meer en meer omwegen om de wet of de Code niet openlijk te overtreden. Dit is het geval voor de reclame voor mineraalwaters (van dezelfde financiële groep als de zuigelingenvoedingfabrikant) "geschikt voor de bereiding van babyvoeding", voor de direct mailing van pakjes en bonnen om stalen te kunnen krijgen, voor het gebruik van logo's op mapjes bij congressen bedoeld voor ouders, voor het gebruik van dezelfde productbenaming voor melk van "1ste leeftijd" en "2de leeftijd" met als enig verschil het n°1 of n°2, voor de herhaalde allusies dat de arts het nodige zal voorschrijven, voor het gebruik van argumenten die een wetenschappelijke connotatie hebben, enz.

De families worden heel weinig ingelicht over het bestaan van de Code en van het Koninklijk Besluit, over de dubbelzinnigheid van de reclameboodschappen en van de voorziene sancties. Ze zijn gewoon om zulke stalen, geschenken, brochures, enz. te verkrijgen van de gezondheidswerkers, en ze begrijpen niet waarom ze dit zouden moeten weigeren, integendeel, vaak vragen ze hier zelf naar .

Het ministerie voor volksgezondheid verklaart regelmatig de bescherming van borstvoeding te ondersteunen zonder er echter voor te zorgen dat de illegale praktijken stopgezet worden en dat het Koninklijk Besluit verruimd wordt zodat alle aanbevelingen van de Code erin worden overgenomen.

*Nota: er moet nochtans genoteerd worden dat een recente ministeriële circulaire een duidelijkere stellingname geeft na een besmetting van verpakkingen van zuigelingenvoeding "1ste leeftijd" door *Enterobacter Sakazakii*. Hiermee heeft men eindelijk een correcte herdefinitie van een notie kunnen zien, in lijn met de aanbevelingen van de WHO en de UNICEF, en die tot nu toe de firma's vrijliet om de teksten in hun voordeel te kunnen interpreteren, met name dat "alleen een beperkt aantal medische redenen de kosteloze flesvoeding van bepaalde zuigelingen kunnen rechtvaardigen. Deze medische redenen zijn onder andere: zware ziekte van de moeder (psychose, eclampsie, shock, enz.), wanneer de innahme van een geneesmiddel (cytotoxische chemotherapie, radioactieve stoffen, enz...) door sommige moeders niet compatibel is met borstvoeding, aangeboren metabolische ziekte bij de pasgeborene, zeer laag geboortegewicht van de zuigeling (<1500 gram), zware dysmaturiteit van de pasgeborene, enz. De persoonlijke beslissing van de moeder om geen borstvoeding te*

*geven wordt natuurlijk niet aanzien als een medische reden "om de pasgeborene op kunstmatige wijze te moeten voeden" (Federale dienst van de eetwareninspectie, circulaire voor de ziekenhuizen van 29/08/2002). Dit standpunt is duidelijker, het moet nu ook nog effectief worden toegepast. Men kan ook onderlijnen dat de twee grote organisaties voor de bescherming van moeder en kind, ONE en K&G, recent hun voornemen hebben verklaard om niet meer kosteloos leveringen te verspreiden tijdens de raadplegingen voor de zuigelingen.*

2. De nieuwe maatregelen voor de **borstvoedingspauzes** (om het kind te voeden of om moedermelk af te kolven) laten toe het verder gaan met borstvoeding te ondersteunen wanneer de moeder terug haar werk opneemt. Begin juli 2002 ingevoerd voor de werknemers van de privé-sector, de contractuelen van de publieke sector, de ambtenaren van de federale diensten en het personeel van de politiediensten, moeten die nog uitgebreid worden naar de andere publieke sectoren van de gewesten en gemeenschappen. Ze worden slechts tegen 82% van het salaris vergoed in de privé-sector, en tegen 100% in de reeds betrokken publieke sectoren. Het is nog te vroeg om de impact en de toegankelijkheid van deze maatregel te kunnen evalueren. Indien de werksituatie gevaar kan opleveren voor de gezondheid van de moeder en van het kind, kan er een **verlof** van maximum 5 maanden na de geboorte verkregen worden als verwijdering voor medische redenen. Het verlof zonder wedde om verder borstvoeding te kunnen geven hangt in de privé-sector af van een overeenkomst die onderhandeld moet worden met de werkgever, meestal in het kader van collectieve overeenkomsten.

### **8.8 Maatregelen voor de bevordering en de ondersteuning van borstvoeding**

Ook al is het noodzakelijk om borstvoeding te beschermen, het is ook nodig borstvoeding te bevorderen en te ondersteunen. In België is er **geen nationaal beleid** omtrent borstvoeding. Maar er zijn structuren met de bevordering en de ondersteuning van borstvoeding en/of van gezonde voeding als opdracht.

1. De WHA van mei 1992 nodigt met aandrang de Lidstaten aan "om op nationaal niveau volledig te beantwoorden aan de operationele objectieven vastgelegd in de Innocenti Declaration (augustus 1990)". Deze verklaring spoort alle landen aan om een coördinator aan te duiden met de nodige autoriteit en om een multidisciplinair borstvoedingscomité op te richten; om ervoor te zorgen dat elke instelling met een materniteit de "Tien Vuistregels voor het welslagen van borstvoeding" volledig toepast.

In België duurde het tot april 1999 eer, onder druk van niet gouvernementele verenigingen voor borstvoeding en met de steun van een groep parlementsleden een wet het **Federaal Borstvoedingscomité** (FBVC) oprichtte, waarvan de leden vertegenwoordigers zijn van de betrokken medische en verpleegkundige beroepsverenigingen, de organisaties, de betrokken ministeries, UNICEF, ONE, K&G, DKF. Dit comité werd officieel in oktober 2001 opgericht en heeft wettelijk plaats voor twee coördinatoren die tot nu toe nog niet aangeduid zijn. Het FBVC heeft tot nu toe bijna geen middelen gekregen om alle taken van het comité te beheren. Intussen worden de administratieve taken uitgevoerd door een ambtenaar van de administratie. Begin 2003 had het FBVC reeds 4 adviezen doorgegeven aan de minister voor volksgezondheid en een actieplan voorgesteld waarvoor middelen worden gevraagd.

2. Het FBVC heeft, onder andere, de missie om in België het "**Baby Vriendelijke Ziekenhuizen Initiatief**" (BVZI) te verwezenlijken. Dit wereldwijde initiatief van WHO en UNICEF (1991), biedt een kader en een procedure voor certificering aan de gezondheidsinstellingen die de Tien Vuistregels toepassen. Eind 2000 telde men over de hele wereld ongeveer 15.000 ziekenhuizen in 132 landen met het "BabyVriendelijke" kwaliteitscertificaat. In 7 landen hadden 100% van de materniteiten het Certificaat behaald (Zweden bijvoorbeeld). In Europa telde men ongeveer 320 instellingen met het Certificaat, waarvan 170 in West Europa. België is één van de drie landen van de Europese Unie waarin nog geen enkele materniteit een Certificaat heeft behaald. Voor de oprichting van het FBVC hadden de vrijwilligersorganisaties (vooral VBBB en de Réseau Allaitement Maternel) de materniteiten reeds aangemoedigd om aan dit programma mee te doen, door informatie over dit initiatief te verspreiden, door opleidingssessies te organiseren. Zij voerden in 1996-1997 ook een onderzoek op vraag van de federale Minister van Volksgezondheid uit om te

evalueren in welke mate de materniteiten de aanbevelingen van dit initiatief reeds in de praktijk volgden. Een materniteit in Brussel werd zelfs bijgestaan en opgeleid, met de hoop om dit Certificaat te behalen, maar de instelling voldoet nog steeds niet aan alle voorwaarden. De toenemende medicalisering van de bevallingen en het verder blijven bestaan van financiële contracten of van ziekenhuisuitrusting zijn in ruil voor de distributie aan de moeders van stalen van zuigelingenvoeding vertegenwoordigen niet te onderschatten belemmeringen. De meeste vroedvrouwen zijn op de hoogte van het bestaan van dit wereldwijde initiatief. De artsen en het publiek blijken dit nog weinig te kennen of voelen zich niet betrokken. In het algemeen hebben de media er weinig over gesproken, in Vlaanderen hebben ze er al wel op ingespeeld bijvoorbeeld naar aanleiding van de Internationale Week van de Borstvoeding. Niettemin zijn een aantal Belgische materniteiten geïnteresseerd om het proces te starten voor het behalen van het Certificaat. De borstvoedingscijfers zijn er zeer hoog, de kinderen zijn er gewoonlijk voortdurend bij hun moeders en de verzorgingsteams hebben opleidingen gevolgd.

*Nota: Het huidige actieplan dat opgesteld werd door het FBVC stelt een welomlijnde lancering van het initiatief voor, ondersteund op nationaal vlak: binnen de twee komende jaren zouden 2-3 Belgische ziekenhuizen het Certificaat moeten behalen voor de kwaliteit van de begeleiding en de steun aan alle moeders natuurlijk, maar bijzonder de moeders die borstvoeding geven. Een logistieke steun en een begeleidingsdienst om zich voor te bereiden op het evaluatieproces, alsook de opleiding van auditoren bekwaam om het internationale evaluatieprotocol te kunnen gebruiken voor de kandidaat ziekenhuizen, zijn de grote richtlijnen van het actieplan voorgesteld aan de overheden voor de volksgezondheid.*

3. Ook al kan het BVZI een dynamiserende basis zijn voor het bevorderen en ondersteunen van borstvoeding vooral tijdens de beginfase, dan nog zal het steeds nodig zijn om het verder gaan met borstvoeding aan te moedigen, niet enkel door de omstandigheden te verbeteren bij het terug opnemen van het werk na het postnatale verlof, maar ook door de principes van het BVZI te verspreiden naar de primaire gezondheidsstructuren en -actoren.

**ONE, K&G en DKE**, op niveau van de Gemeenschappen, stellen objectieven op, voorlichtingsgidsen voor de zuigeling en het jonge kind, informatiebrochures, enz. waarin men de aanbevelingen positief kan zien evolueren, alhoewel soms met enkele jaren vertraging ten opzichte van de internationale consensus. Geconfronteerd met de problematiek van de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen, en met de bedoeling een voortijdige introductie van melk die niet aangepast is voor de zuigelings maximaal te vertragen, hebben deze publieke organisaties tot heden nog gratis voorraden zuigelingenvoedingen uitgedeeld.

*Nota: Vandaag stellen deze organisaties met meer energie deze praktijken in vraag en zoeken zij alternatieve oplossingen, samen met de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, om aan de specifieke noden van enkele baby's te beantwoorden zonder daarbij nadeel te berokkenen aan de ontwikkeling van borstvoedingsgewoonten in minder bevoorrechte milieus.*

4. Men kan ook de recente oprichting vermelden van "**borstvoedingsraadplegingen**" door 3 ziekenhuizen uit de Brusselse regio, om een steun aan de moeders te verlenen na hun verblijf in de materniteit.

5. Ten slotte mag men ook vermelden dat bepaalde **Centres Locaux de Promotion de la Santé** (cfr. LOGO's in Vlaanderen), gesubsidieerd door de Franstalige Gemeenschap, gevoelig zijn gemaakt voor de borstvoedingsproblematiek, en dat ze af en toe het initiatief nemen om borstvoeding te promoten.

Het **Centre pour l'Education du Patient (CEP)**, ook gesubsidieerd door de Franstalige Gemeenschap, heeft de borstvoedingsproblematiek in zijn algemeen programma overgenomen voor de bevordering van de gezondheid van de zuigeling en zijn familie in 2001: het heeft onder andere een affiche laten drukken en een gids voor de gezondheidswerkers, in samenwerking met diverse borstvoedingspecialisten.

*Nota: Er zijn nog nieuwe projecten over borstvoeding geprogrammeerd bij C.E.P. voor 2004.*

## **8.9 Niet gouvernementele initiatieven voor bevordering en ondersteuning van borstvoeding**

1. De verenigingen voor informatie en ondersteuning voor moeders die borstvoeding wensen te geven worden slechts sporadisch geholpen door de overheden voor de volksgezondheid. Sommige verenigingen hebben financiële hulp gekregen voor het verspreiden van een brochure of een videocassette, of om een welbepaald en beperkt programma te leiden, of om een onderzoeksrapport op te stellen over de situatie van de borstvoeding in België. De verenigingen werken dus vooral op vrijwillige basis. Af en toe sluiten zij zich aan in een internationale partnership voor projecten gesubsidieerd door de Europese Commissie.

Sinds de jaren 80 telt men 3 verenigingen in de Franstalige Gemeenschap (Infor-Allaitement, Allaitement Infos, le Réseau Allaitement Maternel), 2 in de Vlaamse Gemeenschap (VBBB en Borstvoeding), en La Leche League met leidsters in de twee gemeenschappen.

Deze verenigingen bieden informatie aan, advies, de mogelijkheid om ervaring en vragen te wisselen met andere moeders en ouders. Ze geven informatietijdschriften uit en brochures, sommigen nemen deel aan evenementen zoals het babysalon, informatiedagen, enz. Ze organiseren studiedagen, bijeenkomsten, opleidingen, activiteiten voor de Internationale Week van de Borstvoeding. Sommigen hebben een belangrijke rol gespeeld bij het stimuleren en voorbereiden van de wet voor het oprichten van het FBVC en voor de samenstelling van zijn leden, bij het informeren en adviseren over het BVZI, door deel te nemen aan meerdere internationale vergaderingen, door regelmatig rapporten op te stellen over de situatie van borstvoeding in België, en door de Belgische vertegenwoordigers bij de internationale instanties zoals de World Health Assembly, de Codex Alimentarius, het Comité voor de Rechten van het Kind, de Internationale Arbeidsorganisatie, enz. te benaderen en te informeren. Zij zijn het ook die het meest betogen tegen de moeilijke en trage uitvoering van de Code en het feit dat het Koninklijk Besluit niet wordt gevolgd en die reageren op onjuiste of bedrieglijke boodschappen verspreid door de media. Hun impact is waarschijnlijk belangrijk op verschillende niveaus, maar hun middelen zijn dermate dat zij de situatie in België niet echt kunnen veranderen.

2. De beroepsverenigingen van vroedvrouwen organiseren studiedagen waarin men meer het onderwerp borstvoeding ziet verschijnen. Verbetering van de kwaliteit van de globale begeleiding bij de geboorte en aandachtig zijn om de eigen mogelijkheden van moeders, baby's, en families te respecteren en te versterken, zijn boodschappen die zij aanbevelen en die een omgeving scheppen die gunstig is voor borstvoeding. Maar de invloed van deze beroepsverenigingen op de opleiding en op borstvoeding in de praktijk blijkt nu nog niet zeer groot te zijn. Daarenboven is hun standpunt ten opzichte van het sponsoring door firma's voor zuigelingenvoedingen nog erg ambivalent.

3. UNICEF-België, in de mate dat het de doelstellingen van de internationale programma's overneemt voor de steun en de bevordering van borstvoeding (onder andere het BVZI), heeft steeds een morele steun uitgeoefend voor het idee van een actiecampagne in België en heeft aanvaard dat een van zijn leden voorzitter van het FBVC werd. Onder impuls van leden van verschillende verenigingen voor borstvoeding, heeft UNICEF de introductie gesteund van een programma van ongeveer twee lessen over de praktijk van de borstvoeding in de cursus pediatrie van de faculteiten geneeskunde.

## **8.10 Opleiding, rol en competentie van de gezondheidswerkers**

### **Initiële opleiding**

Er bestaat geen enkel minimum verplicht programma of inhoud over borstvoeding noch in de secundaire scholen, noch in de hogere scholen. Naargelang de vaardigheden en de motivaties van de leerkrachten worden de wetenschappelijke noties en richtlijnen voor een goede begeleiding en het correct oplossen van problemen min of meer goed uitgelegd en onderricht.

De opleiding van de meest betrokken artsen, de huisartsen, de gynaecologen en zelfs de kinderartsen blijft zeer beperkt, terwijl die van de vroedvrouwen vooruit blijkt te gaan. Die van de kinesitherapeuten, van de sociale assistenten en van de sociale verpleegkundigen blijkt tamelijk summier te zijn. Er is nog geen evaluatie gemaakt van de inhoud van de handleidingen.

### **Voortgezette opleiding**

Er zijn geen nauwkeurige gegevens over de evolutie van het aantal gezondheidswerkers die regelmatig hun kennis en vaardigheden over de begeleiding van borstvoeding opfrissen. Opleidingen van twee à drie dagen werden gegeven in bepaalde ziekenhuizen, andere instellingen hebben hun personeelsleden naar een externe opleiding gestuurd. De ONE en het Centre pour l'Education du Patient organiseren regelmatig dagen van sensibilisatie en opleiding. De opleidingen worden meestal geleid door specialisten in dit domein. Al deze initiatieven zijn tot nu toe vooral de vroedvrouwen ten goede gekomen, en zeer zelden de artsen, wat voor gevolg heeft dat er verschillen groeien in het evalueren en het beheren van de vragen rond borstvoeding, en dus ook qua beleid voor de zorg en adviezen.

*Nota: ONE en K&G hebben specifiek over borstvoeding opleidingsprogramma's opgesteld voor de komende jaren voor de medisch-sociale werkers en de artsen van de raadplegingen voor de zuigelingen.*

### **Rollen en vaardigheden**

- Zoals reeds gezegd neemt de Belgische **arts** een uitgesproken plaats in voor de gezondheidsvragen en in dit geval voor wat betreft de geboorte, de zorgen en de voeding van de jonge kinderen. De moeders worden over het algemeen zeer sterk beïnvloed door hun mening en beseffen te weinig dat zij geen degelijke opleiding hebben gekregen in de begeleiding van borstvoeding en dat ze geneigd zijn om verder borstvoeding te geven af te raden zodra er problemen rijzen, gewoonweg omdat ze niet weten hoe ze die moeten oplossen. Aan de gynaecologen schrijft men een algemeen gebrek aan interesse voor de problematiek toe, terwijl de manier waarop zij borstvoeding bespreken met hun patiënten -of niet bespreken- vaak een beslissende rol speelt in de bevestiging van de keuze van de moeders. Aan de kinderartsen schrijft men een gebrek aan kennis toe maar zij worden gewaardeerd voor vragen omtrent borstvoeding in geval van hypoglycemie, gewichtsverlies, huiltuien van de baby, onvoldoende moedermelk, prematuriteit, enz.
- **Vroedvrouwen**, ook al ontmoeten ze zelden individueel de moeders gedurende de zwangerschap, hebben toch de belangrijkste rol tijdens het verblijf in de materniteit, onder andere wanneer de moeder haar kind voor het eerst borstvoeding geeft, vervolgens om de moeders voor te bereiden op het terugkeren naar huis. Sommigen investeren veel tijd en energie om de moeders beter te informeren en te ondersteunen in hun keuze voor borstvoeding maar ook zij zeggen meer en meer dat ze te weinig tijd hebben om de moeders voldoende te kunnen ondersteunen en raad te geven. Budgettaire beperkingen en nieuwe werkstructuren veroorzaken een te zware werklast.
- De **kinesitherapeuten** die een groot deel van de vrouwen voorbereiden vóór de bevalling, die hen soms begeleiden gedurende de bevalling en die hen terugzien voor de postnatale reëducatie, vertegenwoordigen een belangrijke bron van informatie en advies voor de moeders: hun kennis en competenties van borstvoeding zou geëvalueerd en versterkt moeten worden.
- De "**medisch-sociale werkers**" sociale assistenten en sociale verpleegkundigen van ONE, K&G en DKF die de moeders ontmoeten hetzij vóór (enkel in welbepaalde gevallen van families die specifieke hulp nodig hebben), hetzij ná het verblijf in de materniteit, spelen een belangrijke rol voor ondersteuning van de moeders voor wat betreft de duur van hun borstvoeding. Sommigen van hen klagen over een gebrek aan opleiding.

## **9. Aanbevelingen van de studie**

Hoe komt het dat 2/3 van de moeders in België bij de geboorte kiezen voor borstvoeding van hun pasgeborene, maar dat ze ermee ophouden na een paar weken?

Hoe komt het dat één derde van de pasgeborenen nooit borstvoeding van hun moeder kunnen krijgen?

Hoe komt het dat slechts 10% van de baby's van 6 maanden nog borstvoeding krijgen terwijl men nu uitsluitend borstvoeding tot 6 maanden aanbeveelt?

Zou deze situatie beter worden indien men nu de Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk en de latere WHA-resoluties, de Belgische wetgeving, het federale, gewestelijke en gemeenschappelijke beleid voor bescherming en bevordering van de gezondheid en de zuigelingenvoeding beter werden gerespecteerd, uitgebreid, en versterkt?

Deze vragen beantwoorden is niet eenvoudig, de beperkingen van de studie laten dit niet toe, meer gedetailleerde onderzoeken zijn hiervoor nodig. Niettemin hebben de twee onderzoekers van deze studie uit hun waarnemingen, interviews en gesprekken aanbevelingen geformuleerd. Hier komt een overzicht:

- **Bevoorrechte gesprekpartners**

Vanaf het begin van de zwangerschap zorgt de relatie "arts-patiënte" voor een bevoorrechte situatie. Deze relatie biedt de beste kansen om borstvoeding te bespreken en om individuele gezondheidsboodschappen te verspreiden. Omdat de moeders de mening van "hun" arts vertrouwen, is het absoluut noodzakelijk dat dezen correct opgeleid worden over zuigelingenvoeding, wat nog steeds niet het geval is.

De andere gezondheidswerkers die in contact komen met de zwangere vrouwen, met de moeders die borstvoeding geven, en met hun levensgezel verwaarlozen te vaak om de vrouwen goede informatie te geven, te ondersteunen en aan te moedigen, zij laten de kans om borstvoeding te bevorderen onbenut.

De Wereld Gezondheidsorganisatie onderlijnt dit: de gezondheid bevorderen is de bevolking toelaten om een grotere controle uit te voeren over haar gezondheid, door haar de nodige middelen te verschaffen. De informatie over de optimale zuigelingenvoeding is een sleutelement zodat de families de best mogelijke voeding kunnen geven aan hun jonge kinderen.

Het verdient dus aanbeveling dat de specifieke tussenpersonen zorg dragen voor correcte en passende informatie. Het verdient daarom ook aanbeveling dat de verantwoordelijken voor de volksgezondheid beroepsprestaties betalen die verband houden met promotie en ondersteuning van borstvoeding net zoals bij zorgprestaties in de materniteit of bij consultaties.

- **Beroepsopleiding**

De initiële opleiding van alle gezondheidsbeoefenaars betrokken met de moeder- en kindzorg zou een eenduidig programma moeten inhouden over borstvoeding. Daarenboven zouden zij in de loop van hun carrière regelmatig moeten kunnen beschikken over een update en specifieke opleidingen. Ondertussen zou het zeer nuttig zijn om een evaluatie te maken van de bestaande curricula. Dit zou een algemeen beeld geven over de staat van kennis die vandaag overgebracht wordt naar de toekomstige professionelen en zou een basis zijn voor het opstellen van een algemeen en eenduidig minimaal opleidingsprogramma.

- **Evolutie van de borstvoedingscijfers**

Een gestandaardiseerde en systematische methodologie gebruiken voor het verzamelen van de gegevens over borstvoeding zou de evaluatie van de evolutie van de borstvoedingscijfers vergemakkelijken, zowel op nationaal als regionaal vlak. Deze meer methodische evaluatie zou de ontwikkeling van aangepaste en constructieve interventiestrategieën toelaten. Een meer verfijnd onderzoek naar de redenen waarom de borstvoedingscijfers relatief laag zijn en waarom borstvoeding vroegtijdig wordt gestopt, per regio en lokaliteit, zou het invoeren van aangepaste promotiecampagnes mogelijk maken.

- **Verenigingen voor informatie en ondersteuning**

De verenigingen die borstvoeding aanmoedigen en ondersteunen moeten meer financiële steun en effectieve middelen krijgen. Ze hebben een expertise opgebouwd in talrijke domeinen met betrekking tot borstvoeding: de praktische knowhow, de steun van moeder tot moeder, de opleiding, de acties en campagnes op internationaal niveau, enz.

Ze zouden beter hun inspanningen moeten coördineren om gezamenlijk bepaalde initiatieven te ondernemen zoals de organisatie van de Internationale Week van de Borstvoeding, opleidingssessies, een gemeenschappelijke website, enz. Dit zou hun imago bij het publiek versterken, zou hun impact bij de moeders vergroten, en zou hen een grotere geloofwaardigheid verlenen bij de overheden.

#### • **Standpunten van de overheid over borstvoeding**

Door de opeenvolgende crisissituaties die België gekend heeft met de verschillende voedselbesmettingen is er argwaan gerezen tegenover borstvoeding. Omdat de pollutie-indicatoren van moedermelk die in België gedetecteerd werden zeer hoog lagen, hebben de media deze informatie overgenomen om de voordelen van borstvoeding voor de gezondheid in vraag te stellen. Dit heeft twijfel veroorzaakt bij sommige moeders, families en gezondheidswerkers. In zulke gevallen is het de verantwoordelijkheid van de overheden voor de volksgezondheid om snel de geschikte aanbevelingen te verspreiden en onnodige twijfels op te heffen. Dit is meermaals gebeurd.

Hiervoor zijn de opstelling van een nationaal beleid en een sterkere politieke wil voor de bescherming en de bevordering van borstvoeding sterk aangeraden.

#### • **De keuze voor borstvoeding vergemakkelijken**

Als borstvoeding de optimale keuze is als zuigelingenvoeding, dan moeten de voorwaarden voor de prevalentie en de duur ervan vergemakkelijkt worden. Er moeten dringend maatregelen (bvb. verlenging van het postnatale verlof, beter betaald ouderschapsverlof, enz.) genomen worden om het de vrouwen gemakkelijker te maken om hun kind uitsluitend borstvoeding te geven gedurende zes maanden en op zulke wijze dat het meer en meer aanvaard en gesteund wordt door onze maatschappij. Wat zuigelingenvoeding betreft: die moet een vervangingsoplossing blijven voor wanneer borstvoeding onmogelijk is of geweigerd wordt door de moeder; het mag zeker niet meer voorgesteld worden als een gelijkwaardige keuze.

#### • **Borstvoeding, een kwestie van welzijn**

Om de prevalentie van borstvoeding te vergroten, is het ook belangrijk het accent te leggen op het beter algemeen welzijn van het kind, van de moeder, en van de maatschappij, in plaats van de argumenten enkel te concentreren rond de dualiteit ziekte/gezondheid.

Spreeken over borstvoeding als de gewone en normale voeding voor zuigelingen en jonge kinderen bijvoorbeeld op school en in de media zal mensen van jongs af aan sensibiliseren. Dit zal geleidelijk aan een wijziging in de houding en gedragingen tot gevolg hebben.

#### • **Respect voor de Internationale Code**

Alle gezondheidswerkers zouden de Code moeten kennen en onderschrijven. De wetten en maatregelen zouden borstvoeding steeds beter moeten beschermen en vergemakkelijken. De inspecteurs die instaan voor de uitvoering van het Koninklijk Besluit omtrent de zuigelingenvoedingen zouden de nodige controles moeten uitvoeren in de ziekenhuizen, de pré- en postnatale raadplegingen, de apotheken, de media en de andere reclamemogelijkheden.

De overheid moet de consumenten beschermen tegen de commerciële invloeden die nadelige gevolgen zouden kunnen hebben voor de gezondheid. En daarom moet het Koninklijk Besluit verbeterd en verruimd worden om het helemaal conform te maken met de Code.

#### • **Federaal Borstvoedingscomité**

Opdat het FBVC effectief zijn opdracht zou kunnen uitvoeren die betrekking heeft op al de domeinen hierboven, is het noodzakelijk dat het ook de gepaste middelen krijgt.

Van de volledige tekst van het verslag van deze studie (in het Engels) kunt u een papieren versie vragen aan Réseau Allaitement Maternel, avenue Bois Williame 32, 5101 Erpent-Namur tel 32/(0)81 31 04 39, e-mail: [reseauallmat@wanadoo.be](mailto:reseauallmat@wanadoo.be)  
U kan de elektronische versie downloaden op [www.vbbb.be/belgiancodeimplementation](http://www.vbbb.be/belgiancodeimplementation)

*Réseau Allaitement Maternel* asbl  
Avenue Bois Williame 32, B-5101 Erpent-Namur  
[reseauallmat@wanadoo.be](mailto:reseauallmat@wanadoo.be)

in samenwerking met 2 verenigingen, lid van IBFAN:

Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding (VBBB) vzw - [www.vbbb.be](http://www.vbbb.be)  
Borstvoeding vzw - [www.vzwborstvoeding.yucom.be](http://www.vzwborstvoeding.yucom.be)