



Alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en in de periode van borstvoeding

Karel Hoppenbrouwers¹, Cécile Guérin¹, Mathieu Roelants¹, Karla Van Leeuwen²,
Annemie Desoete³

Samenvatting

Er is voldoende wetenschappelijk bewijs dat zowel overconsumptie van alcohol als problematisch alcoholgebruik van de vrouw vóór en tijdens de zwangerschap, en tijdens de borstvoeding, nadelige effecten hebben op de gezondheid, groei en ontwikkeling van de foetus en het opgroeiende kind. Bij gebrek aan eenduidig wetenschappelijk bewijs voor de eventuele nadelige effecten van licht tot matig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap of borstvoeding kan op dit ogenblik geen veilige ondergrens vastgesteld worden waarvan met zekerheid kan gezegd worden dat er geen effect is op de foetus en het jonge kind. Alle nationale en internationale aanbevelingen gaan daarom uit van volledige alcoholonthouding in de periode van de conceptie en tijdens de zwangerschap en borstvoeding.

Voor zover ons bekend wordt met de JOnG!-studie in Vlaanderen voor het eerst zicht gegeven op het alcoholgebruik van vrouwen kort vóór en tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoeding, en dit aan de hand van een bevraging bij een omvangrijke steekproef. In een Vlaamse cohorte, geboren in 2008-2009, blijkt een belangrijk deel van de pasgeborenen (32,6%) tijdens de zwangerschap ongewild blootgesteld te zijn aan alcohol. Ook kinderen die borstvoeding krijgen werden langs die weg blootgesteld aan het alcoholgebruik van hun moeder (43,3% van de moeders die op het ogenblik van de bevraging borstvoeding gaven). In tegenstelling tot de meeste gezondheidsgerelateerde gedragingen, blijkt het risico voor alcoholgebruik tijdens de zwangerschap toe te nemen naarmate de sociaal-economische status van de moeder hoger is. In deze studie konden bij geboorte geen opvallende nadelige effecten op de perinatale gezondheid worden vastgesteld. In vergelijking met andere Europese landen

neemt Vlaanderen met deze cijfers een middenpositie in.

De bevindingen van JOnG! bevestigen dat de inspanningen die in het kader van het “Vlaams actieplan tabak, alcohol en andere drugs” voor de doelgroep van vrouwen die zwanger worden genomen, verder gezet moeten worden, en waar mogelijk geïntensifieerd. Idealiter combineert het preventiebeleid met betrekking tot dit thema algemene publiekscampagnes met specifieke prenatale voorlichting en advisering.

Achtergrond

Zoals uit nationale en internationale rapporten blijkt, is het gebruik van alcohol in de Westerse samenleving sociaal algemeen aanvaard, ook bij vrouwen. Op basis van bevraging via gezondheidsenquête rapporteert het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) voor het Vlaamse Gewest in het jaar 2008 dat 80% van de vrouwen ouder dan 15 jaar alcohol gebruikt heeft tijdens de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging. Tijdens de vruchtbare leeftijdsperiode (15 tot 44 jaar) varieert dit volgens de leeftijdsgroep tussen 76% en 84% (35-44 jaar). Deze cijfers blijken redelijk stabiel over de tijd sinds de eerste meting in 1997, en zijn vergelijkbaar met die van andere Westerse populaties (Gisle et al., 2010).

Na de inname van alcoholische dranken wordt de alcohol (ethanol) snel via het maagdarmkanaal opgenomen en over het hele organisme verspreid. In de maag wordt een beperkt gedeelte afgebroken tot acetaldehyde en vervolgens tot het niet-toxische acetaat. Van de ingenomen alcohol wordt 2 tot 10% ongewijzigd afgescheiden via de uitgeademde lucht, de urine en het zweet. Het resterende deel (meer dan 80%) wordt in de lever afgebroken. Voor een zelfde hoeveelheid ingenomen alcohol bij gelijke leeftijd en gewicht is het alcoholgehalte in het bloed bij vrouwen meestal hoger dan bij mannen. Dit zou onder meer verklaard worden door de minder uitgesproken afbraak van alcohol in de maag, en door de relatief grotere massa lichaamsvet, waardoor de alcohol zich bij vrouwen verspreidt in een kleiner volume vrij water dan bij mannen.

Een belangrijke reden om meer specifiek het alcoholgebruik bij vrouwen tijdens en na de zwangerschap te bestuderen, is het feit dat alcohol en acetaldehyde tijdens de zwangerschap door de placentabarrière dringen en in het vruchtwater en het bloed van de foetus worden teruggevonden. Beide stoffen worden door de foetus veel trager uitgescheiden dan door de moeder. Alcohol (maar niet acetaldehyde) gaat ook over in de moedermelk. De concentratie ervan is vrijwel gelijk aan die van het moederlijk plasma.

De Belgische Hoge Gezondheidsraad stelt indicatief dat een internationale alcoholleenheid van ongeveer 13,5 gram zuivere alcohol overeenstemt met één glas wijn (12 à 15 cl), 35 cl bier of een maat sterke drank (HGR, 2009). Andere publicaties spreken van andere alcoholleenheden, met name 10 à 12 gram ethanol per standaardglas alcoholische drank, omdat de gebruikte alcoholleenheid (of de definitie van standaardglas) afhankelijk is van lokale of nationale gebruiken en regelgeving (ICAP, 1998).

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een maximum grenswaarde aanbevolen voor alcoholgebruik die overeenstemt met een minimaal gezondheidsrisico (wat niet betekent dat er helemaal geen risico is). Bij volwassen vrouwen die regelmatig alcohol consumeren gaat het om 14 glazen per week, met minstens één alcoholvrije dag per week. Dit komt overeen met een gemiddelde van ongeveer 2 glazen per dag. Boven deze grenswaarde spreekt men van overconsumptie. Er dient evenwel benadrukt te worden dat deze grenswaarde niet steunt op een wetenschappelijk bewijs van afwezigheid van risico. Bovendien wordt in aanbevelingen voor zwangere vrouwen de hoger genoemde grenswaarde niet toegepast, maar veiligheidshalve volledige alcoholonthouding aanbevolen (WHO, 2010).

In haar publicaties naar aanleiding van de gezondheidsenquêtes volgt het WIV de bovenstaande WHO-definitie van overconsumptie bij vrouwen, en wordt bovendien gesproken van problematisch alcoholgebruik op basis van een score op de CAGE-vragenlijst. Dit is een screeningstest voor zelfrapportering, bestaande uit 4 items bedoeld om afhankelijkheid voor alcohol te detecteren. Een score van 2 of meer wijst op problematisch alcoholgebruik (Ewing, 1984).

Er zijn aanwijzingen dat reeds vanaf 1 standaardglas alcohol per dag de vruchtbaarheid van de vrouw vermindert. Bovendien zou het risico op miskramen en foetale sterfte niet alleen door het alcoholgebruik van de vrouw, maar ook door dat van de man kunnen verhogen. De omvang van beide effecten lijkt toe te nemen naarmate het alcoholgebruik hoger is. Het is evenwel niet mogelijk om voor de consumptie van alcohol vóór de conceptie door de vrouw en door de man een veilige ondergrens vast te stellen waarvan met zekerheid kan gezegd worden dat er geen effect is op de vruchtbaarheid en op de zwangerschap (Gezondheidsraad, 2005; VAD, 2009a).

Er is voldoende wetenschappelijk bewijs dat zowel overconsumptie van alcohol als problematisch alcoholgebruik van de vrouw tijdens de zwangerschap nadelige effecten hebben op de gezondheid, groei en ontwikkeling van de foetus en het kind. Deze nadelige effecten worden meestal gegroepeerd onder de benaming “fetal alcohol spectrum disorder” (FASD). De ernstigste vorm hiervan is bekend onder de naam foetaal alcohol syndroom of syndroom van foetale alcoholisering (FAS). Dit syndroom kan optreden bij kinderen van grote alcoholgebruiksters (d.i. chronisch gebruik van meer dan 90 gram per dag, wat overeenstemt met minstens 7 à 8 glazen alcohol per dag), en wordt gekenmerkt door drie criteria en hun geassocieerde symptomen, met name (1) pre- en postnatale groeiachterstand (o.m. lager gewicht, kleinere lengte en schedelomtrek), (2) beschadiging van het centrale zenuwstelsel (o.m. vertraagde cognitieve ontwikkeling, verschillende neurologische en gedragsstoornissen), en (3) gezichtsafwijkingen (o.m. afwijkingen ter hoogte van ogen, oren, neus, mond, kaken). Niet alle symptomen zijn noodzakelijk aanwezig (Astley, 2004; Stratton et al., 1996).

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat ook de prenatale blootstelling van de foetus aan concentraties alcohol lager dan de eerder genoemde 90 gram per dag, aanleiding kan geven tot zeer uiteenlopende risico's of

afwijkingen. Genoemd worden onder meer (1) spontane abortus en foetusdood, (2) vroegtijdige bevalling (vóór 37 weken), (3) wijziging van het foetaal gedrag, met onder meer later verdwijnen van fetal startle behaviour, en onderdrukking van de respiratoire bewegingen van de foetus, (4) groeiachterstand bij de geboorte, die tijdens de hele kindertijd en het volwassen leven aanwezig kan blijven, (5) een breed scala van ontwikkelingsstoornissen (neuromotorisch, gedragsmatig en/of cognitief) die soms pas later tijdens het groei- en ontwikkelingsproces van kinderen manifest worden, en (6) psychiatrische pathologie op volwassen leeftijd (HGR, 2009).

Aan de hand van twee recente systematische reviews van de wetenschappelijke literatuur blijkt dat de effecten op de gezondheid, en op de groei en ontwikkeling van het pasgeboren kind en van kinderen en jongeren, bij een lage en/of middelmatige graad van blootstelling tijdens de zwangerschap, niet eenvoudig aan te tonen zijn.

Henderson en collega's onderzochten de impact van lage en matige blootstelling aan alcohol tijdens de zwangerschap (gedefinieerd als 84 gram alcohol per week, d.i. gemiddeld minder dan 1 glas per dag) op een aantal perinatale parameters van het kind. Op basis van 46 relevante studies vonden zij geen consistent significant effect van een dergelijke graad van blootstelling op het risico voor spontane abortus, doodgeboorte, groeiachterstand (lengte, gewicht en schedelomtrek) bij de geboorte, vroeggeboorte, en/of congenitale afwijking. De auteurs benadrukken dat omwille van grote methodologische verschillen tussen studies, en het gebruik van uiteenlopende criteria voor lage of matige blootstelling, geen eenduidige besluiten over de perinatale risico's van lage of mate alcoholblootstelling kunnen geformuleerd worden (Henderson et al., 2007).

Op hun beurt vonden onderzoekers van het Swedish National Institute of Public Health in 2009 aan de hand van een systematisch literatuuronderzoek van 6 relevante publicaties, dat lage of matige alcoholblootstelling tijdens de zwangerschap (door hen gedefinieerd als 1 à 4 glazen alcohol per week), subtiele effecten kan hebben op de cognitieve, mentale en socio-emotionele ontwikkeling van 3-16 jarige kinderen. Zij concluderen dat het vanuit het perspectief van kinderen aangewezen is om vrouwen die een zwangerschap plannen, of reeds zwanger zijn, aan te sporen tot volledige onthouding van alcoholgebruik, vermits zelfs laag of matig alcoholgebruik tijdens conceptie en zwangerschap een impact kan hebben op de neurologische en gedragsmatige ontwikkeling van hun (ongeboren) kind, met mogelijk impact op de latere ontwikkeling (Holmgren, 2009).

Vermits alcohol gemakkelijk overgaat in de moedermelk en de concentratie vergelijkbaar is met deze in het bloed van de moeder, wordt een zogend kind via deze weg ook blootgesteld aan alcohol. Alhoewel slechts een fractie van de alcohol die de moeder inneemt via de borstvoeding naar de baby overgaat, moet er rekening mee gehouden worden dat een baby tijdens de eerste levensweken alcohol maar half zo snel metaboliseert dan volwassenen. Er is wetenschappelijke evidentie dat blootstelling van zuigelingen aan alcohol via borstvoeding, zelfs wanneer het om matige hoeveelheden gaat, aanleiding kan geven tot vertraagde motorische ontwikkeling, ver-

anderingen in het slaappatroon, verminderde melkinname (alcohol kan de geur en smaak van moedermelk wijzigen), en risico van hypoglycemie. Bovendien kan bij moeders die grote hoeveelheden alcohol gebruiken de melkproductie verminderen en de melkuitdrijvingsreflex afgeremd worden (via blokkering van de oxytocine vrijzetting), met voedingsproblemen tot gevolg. Op basis van thans beschikbare gegevens kon echter niet aangetoond worden dat een occasioneel en beperkt alcoholgebruik gedurende de borstvoedingsperiode een schadelijk effect heeft op het kind (Bowen & Tumback, 2010; Koren, 2002).

In deze SWVG Feiten & Cijfers beschrijven wij de blootstelling aan alcohol tijdens de zwangerschap en tijdens de eerste levensweken van een cohorte kinderen in Vlaanderen (geboren in de periode mei 2008 - april 2009), alsook enkele determinanten van deze blootstelling en de effecten op de perinatale gezondheid van deze kinderen. Aansluitend worden aanbevelingen voor het beleid in Vlaanderen geformuleerd. Dit onderzoek werd uitgevoerd in het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, programma JOnG! (cohorte 0 jaar) (Grietens et al., 2010).

Materiaal en methoden

Kort na de bevalling (gemiddeld 6,3 weken; 90% vóór de leeftijd van 14 weken) werden de moeders van 3017 pasgeborenen bevraagd over hun alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap. Van de moeders van 2106 (69,8%) kinderen werd een ingevulde vragenlijst ontvangen. Voor een uitgebreide beschrijving van de steekproef en de bevraging verwijzen we naar het onderzoeksrapport waarin de theoretische achtergronden, het onderzoeksopzet en het verloop van het eerste meetmoment van het onderzoek JOnG! worden beschreven (Grietens et al., 2010).

De blootstelling aan alcohol is gemeten door middel van een gesloten bevraging naar alcoholgebruik door de moeder ("heeft u de voorbije 12 maanden alcohol gedronken, vóór, tijdens en/of na de zwangerschap"). In een tweede stap werd voor elke periode afzonderlijk, gevraagd om de hoeveelheid alcoholgebruik aan te duiden, met als antwoordcategorieën: minder dan 1 glas per week, enkele glazen per week (d.i. 1 à 6 glazen per week), 1 à 2 glazen per dag, meer dan 2 glazen per dag, of "weet niet". De vragen naar alcoholgebruik hadden betrekking op de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging, en bestrijken dus in principe niet alleen de hele duur van de zwangerschap maar ook de 6 weken voordien en de zes eerste weken na de bevalling.

Voor het berekenen van de prevalentie en de graad van blootstelling werden ontbrekende antwoorden (niet ingevuld of "weet niet") niet in rekening gebracht. De relatie tussen eventuele determinanten en alcoholgebruik door de moeder werd vastgesteld door middel van enkelvoudige logistische regressie. De factoren die in rekening werden gebracht zijn "opleidingsniveau van de moeder", "beroepsstatus van de moeder", "gezinsinkomen per maand", "kansarmoede", en "nationaliteit van de moeder bij haar geboorte". De gegevens met betrekking tot "kansarmoede" en "nationaliteit van de moeder bij haar geboorte" zijn af-

komstig van de elektronische gegevensbank van Kind en Gezin (IKAROS-databank). De factor “kansarmoede” kwam tot stand op basis van zes criteria (maandinkomen van het gezin, de arbeidssituatie van de ouders, de opleiding van de ouders, de huisvesting, de ontwikkeling van de kinderen en de gezondheid) die Kind en Gezin hanteert om kansarmoede in een gezin vast te stellen. Conform aan de procedure van Kind en Gezin wordt een gezin als “kansarm” beschouwd, wanneer het aan drie of meer van deze zes criteria beantwoordt. De “nationaliteit van de moeder bij haar geboorte” geldt als proxy voor de origine van de moeder.

De invloed van blootstelling aan alcohol tijdens de zwangerschap op geboorteparameters werd onderzocht door middel van een meervoudige lineaire regressie. Voor geboortegewicht, -lengte, en -hoofdomtrek afzonderlijk werd een model opgesteld met blootstelling (al dan niet alcoholgebruik door de moeder) als predictor, en de zwangerschapsduur, geslacht van de pasgeborene, pariteit, en de sociaal-economische factoren opleidingsniveau van de moeder, beroepsstatuut van de moeder, gezinsinkomen en nationaliteit van de moeder als potentieel versturende variabelen. Voor de zwangerschapsduur werd een model opgesteld met dezelfde onafhankelijke variabelen behalve de zwangerschapsduur zelf. Voor deze analyse werden uitsluitend gegevens van eenlingen in rekening gebracht. Finale modellen werden geselecteerd met een “backward selection”-procedure volgens het criterium ($p < 0,1$). Factoren met een p -waarde kleiner dan 0,05 worden als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Alcoholgebruik tijdens de voorbije 12 maanden, en de frequentie van gebruik

In totaal hebben 2 op 3 (65,9%) kinderen een moeder die alcohol gebruikte vlak vóór de zwangerschap (uitsluitend de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging werden in rekening gebracht). Het aantal alcoholgebruikende moeders halveert tijdens de zwangerschap (tot 32,6%) en neemt in de weken na de bevalling opnieuw toe, maar (nog) niet tot op het niveau van vóór de zwangerschap (47,6%). Tijdens de zwangerschap daalt niet alleen het aantal moeders dat alcohol gebruikt, ook het aantal glazen neemt in verhouding hiermee af. Vooral de proportie regelmatige

alcoholgebruikers (1 glas of meer per week) daalt sterk, van 41,9% vóór de zwangerschap tot 10,7% (d.i. 3,5% van alle moeders, inclusief de niet-gebruikers) tijdens de zwangerschap, om opnieuw te stijgen tot 27,9% na de zwangerschap (Tabel 1).

Wanneer alle moeders in rekening gebracht worden (ook de niet-gebruikers) dan consumeerde 2,2% minstens dagelijks alcohol vóór de zwangerschap. Tijdens de zwangerschap bleef dit beperkt tot 0,3%, om na de zwangerschap opnieuw licht te stijgen tot 0,7% (percentages m.b.t. frequentie van gebruik van Tabel 1 werden herberekend op het totaal van de vrouwen).

Alcoholgebruik tijdens de voorbije 12 maanden, en frequentie van gebruik, volgens leeftijd van de moeder

Er is een duidelijke relatie tussen de leeftijd van de moeder en het alcoholgebruik. Moeders in de leeftijdsgroep 15-24 jaar onthouden zich vaker van het gebruik van alcohol dan moeders in de oudere leeftijdsgroepen, zowel vóór ($p < 0,01$), tijdens ($p = 0,09$) als na de zwangerschap ($p < 0,05$). Tussen de leeftijdsgroepen 25-34 jaar en 35-44 jaar werden geen statistisch significante verschillen geobserveerd (Tabel 2).

De hoeveelheid alcohol die wordt geconsumeerd (t.t.z. het aantal glazen per week) is in de leeftijdsgroep 15-24 jaar lager dan in de leeftijdsgroep 25-34 jaar, zowel vóór ($p < 0,001$), tijdens ($p = 0,07$) als na ($p < 0,01$) de zwangerschap, indien we alle moeders in rekening brengen (inclusief diegenen die geen alcohol gebruiken). Wanneer we de analyse beperken tot de moeders die alcohol gebruiken, ligt de frequentie van gebruik uitsluitend significant lager vóór de zwangerschap ($p = 0,04$), maar niet tijdens of na.

In de leeftijdsgroep 35-44 jaar zien we het omgekeerde: de hoeveelheid alcoholgebruik is niet significant verschillend van die in de leeftijdsgroep 25-34 jaar wanneer we alle moeders in rekening brengen (alle $p > 0,05$), maar wel wanneer uitsluitend de moeders die alcohol gebruiken worden bekeken ($p < 0,01$ voor, tijdens en na de zwangerschap).

In vergelijking met moeders van 25-34 jaar gebruiken dus minder jongere moeders (15-24 jaar) alcohol, maar ze gebruiken wel een vergelijkbare hoeveelheid, terwijl evenveel oudere moeders (35-44 jaar) alcohol gebruiken, maar wel in grotere hoeveelheden (Tabel 2).

Tabel 1: Alcoholgebruik (percentage en 95% betrouwbaarheidsinterval), en frequentie van gebruik (aantal glazen), van vrouwen vóór, tijdens en na de zwangerschap

	Percentage	95% BI	Aantal glazen per week of dag (2)			
			<1/week	1-6/week	1-2/dag	>2/dag
Vóór de zwangerschap	65,9	(63,8 - 67,9)	58,0	38,4	3,2	0,3
Tijdens de zwangerschap	32,6	(30,6 - 34,7)	89,3	9,7	1,0	-
Na de zwangerschap	47,6	(45,5 - 49,8)	72,1	26,5	1,3	0,1

(1) Percentage berekend op alle kinderen waarvoor deze vraag met ja of nee werd beantwoord, met weglating van blanco/weet niet ($n = 20$ voor, $n = 23$ tijdens, en $n = 43$ na de zwangerschap)

(2) Percentage van het aantal kinderen waarvan de moeder alcohol heeft gedronken, met weglating van weet niet/blanco ($n = 47$ voor, $n = 30$ tijdens, en $n = 42$ na de zwangerschap)

Tabel 2: Alcoholgebruik (percentage en 95% betrouwbaarheidsinterval), en frequentie van gebruik (aantal glazen) van vrouwen vóór, tijdens en na de zwangerschap naargelang de leeftijdsgroep

Periode/frequentie	Leeftijdsgroep (3)		
	15 - 24 jaar (n = 305)	25 - 34 jaar (n = 1555)	35 - 44 jaar (n = 247)
Vóór de zwangerschap ⁽¹⁾	58,3 (52,4 - 64,0)**	67,8 (65,3 - 70,1)	63,3 (56,9 - 69,4)
< 1 glas/week ⁽²⁾	65,7 (57,8 - 72,7)	58,7 (55,7 - 61,8)	45,0 (37,0 - 53,3)
1-6 glazen/week ⁽²⁾	31,3 (24,5 - 39,0)	37,9 (34,9 - 40,9)	50,3 (42,1 - 58,5)
1-2 glazen/dag ⁽²⁾	2,4 (0,8 - 6,4)	3,1 (2,2 - 4,4)	4,6 (2,0 - 9,7)
> 2 glazen/dag ⁽²⁾	0,6 (0,0 - 3,8)	0,3 (0,1 - 0,9)	-
Tijdens de zwangerschap ⁽¹⁾	27,5 (22,5 - 33,0) ^o	32,8 (30,4 - 35,2)	37,7 (31,5 - 44,1)
< 1 glas/week ⁽²⁾	91,2 (82,3 - 96,1)	90,4 (87,4 - 92,8)	81,3 (71,5 - 88,4)
1-6 glazen/week ⁽²⁾	7,5 (3,1 - 16,2)	8,8 (6,5 - 11,7)	16,5 (9,8 - 26,1)
1-2 glazen/dag ⁽²⁾	1,2 (0,1 - 7,7)	0,8 (0,3 - 2,2)	2,2 (0,4 - 8,5)
> 2 glazen/dag ⁽²⁾	-	-	-
Na de zwangerschap ⁽¹⁾	41,0 (35,3 - 47,8)*	48,9 (46,4 - 51,4)	47,7 (41,2 - 54,2)
< 1 glas/week ⁽²⁾	76,1 (67,1 - 83,3)	73,2 (69,8 - 76,3)	60,5 (50,9 - 69,4)
1-6 glazen/week ⁽²⁾	21,4 (14,6 - 30,1)	25,9 (22,8 - 29,2)	36,0 (27,3 - 45,5)
1-2 glazen/dag ⁽²⁾	2,6 (0,7 - 7,9)	0,9 (0,4 - 2,0)	2,6 (0,7 - 8,1)
> 2 glazen/dag ⁽²⁾	-	-	0,9 (0,0 - 5,5)

- (1) Percentage berekend op alle moeders in de betreffende leeftijdscategorie die deze vraag hebben beantwoord, met weglating van blanco/weet niet (n = 4 tot 11 naargelang periode en leeftijd, uitgezonderd n = 26 na de zwangerschap in de leeftijdsgroep 25-34 jaar); voor verschil in totaal aantal moeders die alcohol gebruiken naargelang de leeftijdsgroep: logistische regressie ^o p < 0,1; * p < 0,05; ** p < 0,01 ten opzichte van de leeftijdsgroep 25 - 34 jaar.
- (2) Percentage berekend op alle moeders in de betreffende leeftijdscategorie die in de vermelde periode alcohol hebben gebruikt, met weglating van blanco/weet niet; zie tekst voor statistische significantie van de geobser-

Alcoholgebruik en roken tijdens de voorbije 12 maanden

Van de 255 moeders die hebben gerookt tijdens de zwangerschap zijn er 91 (36,4%) die ook alcohol hebben gedronken (van 5 moeders is het alcoholgebruik niet gekend). Van de 1824 moeders die niet hebben gerookt, zijn er 582 (32,0%) die alcohol hebben gebruikt, wat niet significant verschilt van de moeders die hebben gerookt (p = 0,2; van 27 moeders is niet gekend of ze hebben gerookt tijdens de zwangerschap). Vóór de zwangerschap lag de frequentie van alcoholgebruik wel significant hoger bij rokers (70,9%) dan bij niet rokers (64,5%; p = 0,01). Na de zwangerschap blijft het verschil niet significant (50,8% van de rokende moeders, en 47,4% van de niet rokende moeders hebben alcohol gedronken; p = 0,3).

Alcoholgebruik tijdens de voorbije 12 maanden volgens indicatoren van sociaal-economische status

Voor de verschillende onderzochte sociaal-economische indicatoren werd een statistisch trend gevonden voor hoger alcoholgebruik van de moeder, zowel vóór, tijdens als na zwangerschap, bij hogere sociaal-economische status. Vrouwen met een hogere opleiding, met een betaald inkomen, een hoger gezinsinkomen, en van Belgische nationaliteit, melden significant vaker alcohol te hebben gebruikt in de verschillende periodes van de bevraging (Tabel 3).

Ook voor vrouwen die regelmatig alcohol gebruiken wordt eenzelfde sociaaleconomische gradient gevonden, die weliswaar alleen statistisch significant is vóór en na de zwangerschap. Tijdens de zwangerschap daalt het regelmatig alcoholgebruik in de verschillende groepen dermate sterk, dat eventuele verschillen niet meer significant zijn (Tabel 4).

Zowel bij alcoholgebruik in het algemeen (Tabel 3) als regelmatig alcoholgebruik (Tabel 4) valt op dat de groep vrouwen die volgens Kind en Gezin voldoen aan de criteria voor kansarmoede, zowel vóór, tijdens als na de zwangerschap een beduidend lagere alcoholconsumptie rapporteren dan de groep die niet als kansarm wordt gekenmerkt.

Met lineaire regressie werd vastgesteld dat, na correctie voor het opleidingsniveau van de moeder en de nationaliteit van de moeder bij haar geboorte, de zwangerschap gemiddeld 0,19 weken (95%BI: 0,04 - 0,33 weken) langer duurt wanneer de moeder tijdens de zwangerschap alcohol heeft gebruikt. Verder opgesplitst naar de hoeveelheid alcohol die werd gebruikt, zien we ten opzichte van moeders die geen alcohol gebruikten een statistisch significante toename met 0,20 weken (p < 0,01) bij moeders die zelden (< 1 glas/week) alcohol gebruiken, geen significant verschil bij moeders die enkele glazen per week gebruiken (+0,15 weken; p = 0,4), en een significante afname van de zwangerschapsduur met

Tabel 3: Alcoholgebruik (ongeacht frequentie van gebruik) (percentage) van vrouwen vóór, tijdens en na de zwangerschap naargelang enkele sociaaleconomische indicatoren[‡]

SES-indicator	Periode van alcoholgebruik (i.f.v. zwangerschap)		
	vóór	tijdens	na
Opleidingsniveau moeder			
geen hoger secundair onderwijs (n = 221)	38,0 ***	19,9 *	27,7 ***
hoger secundair onderwijs (n = 606)	56,5 REF	27,9 REF	40,3 REF
hoger onderwijs (n = 1223)	76,5 ***	37,2 ***	55,0 ***
Beroepstatus moeder			
betaald werk (n=1632)	71,4 REF	35,4 REF	51,7 REF
geen betaald werk (n = 343)	43,1 ***	21,3 ***	30,4 ***
Gezinsinkomen (per maand)			
< 1500 euro (n = 151)	38,1 ***	21,8 °	30,1 ***
1500 – 3000 (n = 836)	63,1 REF	29,9 REF	45,3 REF
> 3000 (n = 722)	77,8 ***	57,2 ***	57,2 ***
Kansarmoede (Ikaros) (n = 96)	25,3	15,6	19,1
Nationaliteit van de moeder (Ikaros)			
Belg (n = 1919)	69,2 REF	34,3 REF	50,3 REF
Niet Belg (n = 179)	28,1 ***	10,2 ***	15,1 ***
Globale prevalentie	65,9	32,6	47,6

Voor verschil naargelang de indicator, logistische regressie: REF referentiecategorie; ° $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

‡ Percentages worden berekend op het totaal van de vrouwen (inclusief diegenen die geen alcohol gebruiken)

Tabel 4: Regelmatig alcoholgebruik (1 glas/week of meer) (percentage) van vrouwen vóór, tijdens, en na de zwangerschap naargelang enkele socioeconomische indicatoren. ‡

SES-indicator	Periode van alcoholgebruik (i.f.v. zwangerschap)		
	vóór	tijdens	na
Opleidingsniveau moeder			
geen hoger secundair onderwijs (n = 221)	12,3 *	2,9	4,8 ***
hoger secundair onderwijs (n = 606)	19,5 REF	3,3 REF	10,5 REF
hoger onderwijs (n = 1223)	34,4 ***	3,6	15,8 ***
Beroepstatus moeder			
betaald werk (n=1632)	30,5 REF	3,8 REF	14,6 REF
geen betaald werk (n = 343)	14,0 ***	2,1	7,1 ***
Gezinsinkomen (per maand)			
< 1500 euro (n = 151)	11,4 ***	4,3	4,3 *
1500 – 3000 (n = 836)	25,2 REF	2,5 REF	12,0 REF
> 3000 (n = 722)	37,2 ***	4,3 °	17,5 **
Kansarmoede (Ikaros) (n = 96)	7,7	1,1	1,2
Nationaliteit van de moeder (Ikaros)			
Belg (n = 1919)	29,6 REF	3,6 REF	14,3 REF
Niet Belg (n = 179)	10,9 ***	2,0	4,9 ***

Voor verschil naargelang de indicator, logistische regressie: REF referentiecategorie; ° $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

‡ Percentages worden berekend op het totaal van de vrouwen (inclusief diegenen die geen alcohol gebruiken)

1,25 weken (95%BI: 0,10 - 2,4; $p < 0,05$) bij 7 moeders die dagelijks 1 of 2 glazen alcohol gebruikten.

Voor geboortegewicht, -lengte, en -hoofdomtrek kon geen statistisch significant verband met het gebruik of

de frequentie van gebruik van alcohol worden aangetoond. Ook voor prematuriteit (een zwangerschapsduur van < 37 weken of een laag geboortegewicht < 2500g bij een zwangerschapsduur > 37 weken) kon geen significant verhoogd risico worden aangetoond.

Alcoholgebruik vóór de zwangerschap bij niet geplande zwangerschap

Op een totaal van 2106 respondenten, meldden 253 vrouwen dat deze zwangerschap niet gepland was. Voor 1799 ging het om een geplande zwangerschap, en 54 vrouwen wisten het niet of hebben deze vraag niet beantwoord. In geval van een ongeplande zwangerschap gebruikten moeders minder vaak alcohol vóór de zwangerschap dan bij een geplande zwangerschap (55,5% versus 68,4%; $p < 0,001$). Na correctie voor leeftijd van de moeder, opleiding, gezinsinkomen, en nationaliteit is het gebruik bij geplande en ongeplande zwangerschap echter zeer vergelijkbaar (OR 1,02; 95%BI 0,75 - 1,40). Binnen de groep van de geplande zwangerschappen werd geen verband gevonden van “time to pregnancy” (tijd nodig om zwanger te geraken, als indicator van de vruchtbaarheid van het koppel) met alcoholgebruik.

Alcoholgebruik tijdens de borstvoeding

Van de vrouwen die op dag 6 na de geboorte van hun kind uitsluitend kunstvoeding gaven, vermeldde 57,6% alcohol te gebruiken, terwijl dit bij moeders die op dat ogenblik borstvoeding gaven (al dan niet samen met kunstvoeding) beperkt bleef tot 44,1%.

Van de 1055 moeders waarvan we op basis van een latere bevraging weten dat ze op het ogenblik van deze bevraging (op leeftijd van gemiddeld 6,3 weken) nog steeds borstvoeding gaven, hebben er 43,3% (95%BI 39,7 - 47,0%) alcohol gebruikt na de zwangerschap. Van de moeders die nooit borstvoeding gaven, of hiermee reeds gestopt waren op het ogenblik van de bevraging hebben er 59,4% (95%BI 53,6 - 65,0%) alcohol gebruikt na de bevalling. Van deze laatste groep kan evenwel niet met zekerheid worden vastgesteld of de alcohol werd geconsumeerd voor of na het stoppen met borstvoeding. Van de 1051 moeders waarvoor onvoldoende informatie beschikbaar is voor deze analyse, lag de prevalentie op hetzelfde niveau als de globale prevalentie in de steekproef (47,4%; 95%BI: 44,3 - 50,5%).

Bespreking

De gerapporteerde gegevens van de studie JOnG! met betrekking tot een Vlaamse cohorte, geboren in 2008-2009, bevestigen dat een belangrijk deel van de pasgeborenen (32,6%) tijdens de zwangerschap ongewild blootgesteld wordt aan alcohol. Ook kinderen die borstvoeding krijgen worden langs die weg blootgesteld aan het alcoholgebruik van hun moeder (43,3% van de moeders die op het ogenblik van de bevraging borstvoeding gaven). In tegenstelling tot de meeste gezondheidsgerelateerde gedragingen, blijkt dat het risico voor alcoholgebruik tijdens de zwangerschap toeneemt naarmate de sociaal-economische status van de moeder hoger is. In deze studie konden bij geboorte geen opvallende nadelige effecten op de perinatale gezondheid worden vastgesteld.

Sinds 1997 worden in België, via regelmatige gezondheidsenquêtes, vanaf de leeftijd van 15 jaar kencijfers over leefstijl en gezondheid verzameld. Zoals in de meeste andere Westerse populaties werd in het Vlaams Gewest in 2008 bij vrouwen een hoge prevalentie van alcoholgebruik genoteerd. Acht op tien vrouwen boven

15 jaar vermeldt alcohol te hebben gebruikt in de loop van 12 maanden voorafgaand aan de bevraging. Tijdens de vruchtbare leeftijdsperiode (15 tot 44 jaar) varieerde dit volgens de leeftijdsgroep van 82% (15-24 jaar), over 76% (25-34 jaar) tot 84% (35-44 jaar). Bovendien bleek in de leeftijdsgroep 35-44 jaar vier procent van de vrouwen minstens dagelijks alcohol te gebruiken, terwijl dergelijk risicogebruik bij de jongere leeftijdsgroepen zelden gerapporteerd werd (Gisle et al., 2010).

De cijfers van het alcoholgebruik vóór de zwangerschap van moeders in de JOnG!-cohorte liggen over het algemeen een stuk lager dan deze Vlaamse cijfers van 2008. Ongeacht de leeftijd vermeldt twee op drie vrouwen (65,9%) alcoholgebruik in die periode, terwijl dit schommelt tussen respectievelijk 58,3%, 67,8% en 63,3% voor de leeftijdsgroepen 15-24 jaar, 25-34 jaar en 35-44 jaar. Regelmatig alcoholgebruik (minstens dagelijks) vóór de zwangerschap werd gerapporteerd bij 3,5% van de alcoholgebruikers (d.i. 2,3% van alle moeders), en was het hoogst bij de leeftijdsgroep 35-44 jaar. Het feit dat de bevraging van JOnG! gemiddeld slechts een periode van 6 weken vóór de zwangerschap bestrijkt (d.i. tot 12 maanden voorafgaand aan de bevraging die gemiddeld 6 weken na de bevalling plaatsvond), en een grote meerderheid op dat ogenblik een zwangerschap plande (slechts 12% van de zwangerschappen in JOnG! waren ongepland), zal het alcoholgebruik van de vrouwen van de JOnG!-steekproef in die periode mogelijk in gunstige zin beïnvloed hebben. Enigszins tegen de verwachting in is de prevalentie van het alcoholgebruik vóór de zwangerschap bij ongeplande zwangerschappen echter nog lager. Dit is te verklaren door het lagere sociaaleconomisch profiel van deze groep. Ongeplande zwangerschappen komen met name vaker voor bij jonge, laaggeschoolde en niet-Belgische moeders, en in gezinnen met een lager inkomen. Elk van deze factoren is in onze studie gecorreleerd met een lager alcoholgebruik. Na correctie voor deze factoren is het alcoholgebruik bij geplande en ongeplande zwangerschappen erg vergelijkbaar.

Nog belangrijker is het alcoholgebruik van vrouwen tijdens de zwangerschap, omdat dit niet alleen geassocieerd wordt met belangrijke risico's voor de gezondheid van de moeder, maar ook voor de gezondheid, groei en ontwikkeling van het ongeboren leven en het opgroeien-de kind. Uitgezonderd een recente prospectieve studie met 215 vrouwen, waarvan 1 op 4 (24%) alcohol blijkt te gebruiken tijdens de zwangerschap (Guelinckx et al., 2010), wordt voor zover ons bekend met de JOnG!-studie voor het eerst zicht gegeven op het alcoholgebruik van vrouwen in de periode van de conceptie, en tijdens zwangerschap en borstvoeding in Vlaanderen, en dit aan de hand van bevraging bij een omvangrijke steekproef.

Met 1 op 3 vrouwen (32,6%) die melden alcohol te hebben gebruikt tijdens de zwangerschap, weliswaar in overgrote meerderheid (89,3%) minder dan 1 maal per week, scoort de JOnG!-cohorte hoog in vergelijking met sommige andere Westerse populaties. In Canada en de USA werd in recent onderzoek een prevalentie van alcoholgebruik (ongeacht de frequentie en hoeveelheid) tijdens de zwangerschap van ongeveer 10 à 15% gerapporteerd (Walker et al., 2011; Bhuvaneshwar et al., 2007).

In Europese populaties worden echter over het algemeen hogere prevalenties gevonden, schommelend tussen 25% en 50% (Anderson & Baumberg, 2006). Frans cohortonderzoek voor een geboortecohorte 2003-2004, toonde bij interview van meer dan 1000 pasbevallen vrouwen dat slechts 53% zich tijdens de zwangerschap geheel heeft onthouden van alcohol, 33% dronk 1 tot 4 glazen per maand, en 13% meldde frequenter alcoholgebruik (Malet et al., 2006). Gelijkaardige cijfers werden gevonden in het Verenigd Koninkrijk in 2005, waar in de vijfjaarlijkse Infant Feeding Survey bij 54% van de vrouwen alcoholgebruik tijdens de zwangerschap werd genoteerd, wat een daling is van 7% sinds de voorgaande bevraging (Bolling et al., 2007). De resultaten voor het jaar 2010 waren op het ogenblik van publicatie van deze Feiten & Cijfers nog niet beschikbaar. In een Nederlandse nationale bevraging via jeugdgezondheidszorg bij jonge moeders minder dan 6 maanden na de bevalling, werden in 2007 cijfers gevonden die vergelijkbaar zijn met die van de JOnG!-cohort. Door 28,6% van de respondenten werd tijdens het eerste trimester van de zwangerschap alcoholgebruik gerapporteerd, en tijdens het tweede en derde trimester ging het om 24,3%. Van de gebruikers meldde respectievelijk 27,5% en 14,8% in die periode meer dan 3 glazen per maand gedronken te hebben (Lanting et al., 2009).

Regelmatig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap is gelukkig heel wat beperkter. In de JOnG! cohorte meldt bijna elf procent (d.i. 3,5% van alle moeders) van de alcoholgebruikers minstens wekelijks, en 1% (d.i. 0,3% van alle moeders) minstens dagelijks consumptie van alcohol tijdens de zwangerschap. Overconsumptie tijdens de zwangerschap, in termen van meer dan 2 glazen alcohol per week, wordt door geen enkele moeder van de JOnG!-cohorte gemeld.

Het is duidelijk dat jonge moeders in de loop van de enkele weken na de bevalling hun oude consumptiepatroon opnieuw beginnen op te nemen. Bij meting op gemiddeld 6 weken na de bevalling blijkt bijna de helft (47,6%) van de jonge moeders alcohol te gebruiken, wat een derde hoger ligt dan tijdens hun zwangerschap, maar nog onder het niveau van vóór de zwangerschap. Vooral de proportie regelmatige drinkers (1 of meer glazen per week) neemt opnieuw toe. Alhoewel alcoholgebruik van de moeder tijdens de borstvoeding bewezen gezondheidseffecten kan hebben op het jonge kind, blijken toch ongeveer 4 op 10 van de moeders die borstvoeding geven alcohol te gebruiken op het ogenblik van de bevraging (van de moeders die nooit borstvoeding hebben gegeven of er intussen mee gestopt zijn meldt 6 op 10 alcoholgebruik na de zwangerschap). Mogelijk zijn deze relatief hoge cijfers van alcoholgebruik tijdens borstvoeding te verklaren door de gangbare mythes dat alcohol, onder de vorm van malthoudende bieren (type Stout), zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de moedermelk zou bevorderen. Bovendien is onvoldoende bekend bij jonge ouders dat het alcoholgehalte in het bloed van de moeder in gelijke concentratie aanwezig is in de moedermelk, en zich via die weg verspreidt over het hele lichaam van de baby (Bowen & Tumback, 2010). Rekening houdend met de tijd die nodig is voor de afbraak van alcohol na consumptie, wordt algemeen aanbevolen om borstvoeding binnen 2 uur na het drinken van alcohol te vermijden. Welke proportie van de JOnG!-

moeders hiermee rekening hield in hun consumptiepatroon tijdens borstvoeding is niet af te leiden uit onze bevraging.

Occasioneel alcoholgebruik tijdens de zwangerschap wordt in ander onderzoek dubbel zo vaak gerapporteerd bij vrouwen die roken dan bij niet-rokers. Dit zou volgens de auteurs kunnen samenhangen met toegenomen stress bij rokende zwangeren, vermits de frequentie van sociaal drinken niet verschillend is bij rokers en niet-rokers in de algemene populatie (Lanting et al., 2009). In de JOnG!-steekproef werd deze correlatie tussen roken en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap echter niet gevonden. Alleen vóór de zwangerschap was het alcoholgebruik significant hoger bij rokers dan bij niet-rokers.

Patronen in drinkgedrag zijn ook gerelateerd aan de sociaaleconomische status (SES), waarbij mensen met een lage SES zich vaker onthouden van alcohol. Verschillende studies tonen dat sommige maten van hogere SES gerelateerd zijn aan frequenter alcoholgebruik, vooral bij vrouwen. Ondanks het complexe beeld voor sommige aspecten van drinkgedrag (sommige metingen laten tegengestelde trends voor mannen en vrouwen zien), blijken mensen met een lage SES die wél alcohol drinken vaker dronken te worden en vaker afhankelijk te raken dan mensen met een hoge SES (Anderson & Baumberg, 2006; VAD, 2009b). Deze SES-trend wordt bevestigd in de JOnG!-studie, waar voor alle bevraagde sociaal-economische parameters significant hogere prevalenties van alcoholgebruik bij hogere SES status werden vastgesteld, zowel vóór, tijdens als na de zwangerschap. Verschillende van de onderzochte indicatoren voor sociaal-economische status gelden tevens als criteria van kansarmoede die Kind en Gezin in haar consultatiebureaus hanteert. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de groep vrouwen die aan deze criteria voor kansarmoede voldoet een opvallend lager alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap rapporteert in vergelijking met ouders die niet aan deze criteria voldoen.

Over de *perinatale effecten* op de baby bij blootstelling aan licht tot matig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap bestaat nog heel wat wetenschappelijke controverse. In een eerder genoemde systematische review van de literatuur vonden Henderson en collega's tegenstrijdige resultaten zowel wat de impact op de intra-uteriene groei, het geboortegewicht als de incidentie van premature geboorte betreft. Voor deze drie uitkomstmaten werd een beperkt aantal studies gevonden met aanwijzingen voor een negatief effect (intra-uteriene groeivertraging, lager geboortegewicht, en verhoogd risico op premature geboorte). Andere studies suggereerden een mogelijk, weliswaar beperkt en meestal niet significant, beschermend effect van licht tot matig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap, zowel op intra-uteriene groei, geboortegewicht als zwangerschapsduur (Henderson et al., 2007). De bevindingen met betrekking tot een aantal perinatale parameters in de JOnG!-studie bevestigen dit. Voor geboortegewicht, geboortelengte en hoofdomtrek kort na geboorte, en voor prevalentie van prematuriteit, konden geen significante effecten van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap worden vastgesteld. Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap blijkt daarentegen wel gecorreleerd met een langere zwangerschapsduur

(gemiddeld + 0,19 weken). Opmerkelijk is echter dat, vergeleken met moeders die geen alcohol gebruiken, laag alcoholgebruik (< 1 glas per week) de zwangerschapsduur significant doet toenemen (+ 0,20 weken), terwijl hoog alcoholgebruik (minstens 1 of 2 glazen per dag) een significante daling van de zwangerschapsduur tot gevolg heeft (- 1,25 weken). Alhoewel deze laatste groep erg klein is (7 moeders) zijn de verschillen toch statistisch significant.

Het feit dat er geen eenduidig wetenschappelijk bewijs is voor de eventuele nadelige effecten van licht tot matig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap of borstvoeding op de gezondheid, groei en ontwikkeling van de foetus en het opgroeiende kind, betekent dat er op dit ogenblik voor de consumptie van alcohol geen veilige ondergrens kan vastgesteld worden waarvan met zekerheid kan gezegd worden dat er geen effect is op de foetus en het opgroeiende kind. Alle nationale en internationale aanbevelingen gaan daarom uit van volledige alcoholonthouding tijdens de zwangerschap (Gezondheidsraad, 2005; HGR, 2009; Holmgren, 2009; VAD, 2009a). Wat het alcoholgebruik in de periode van borstvoeding betreft zijn sommige aanbevelingen wat soepeler, om de toepassing van borstvoeding (met de onmiskenbare voordelen voor de baby die hiermee gepaard gaan) zelf niet in het gedrang te brengen. Occasioneel gebruik zou in deze context aanvaardbaar kunnen zijn, op voorwaarde dat minstens twee uur gewacht wordt met het geven van borstvoeding of moedermelk in een alcoholvrije periode wordt afgekolfd (Bowen & Tumback, 2010).

De hier genoemde cijfers tonen niet alleen het belang van maatregelen om het gebruik van alcohol rond de conceptie, bij zwangeren en tijdens de borstvoeding terug te dringen, maar illustreren ook dat hiervoor een geïntegreerde, en tegelijk ook gediversifieerde aanpak vereist is. Met het Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015 worden hieromtrent belangrijke stappen gezet. In dit plan worden onder meer zwangere vrouwen en jonge kinderen als belangrijke doelgroepen en het gezin als een belangrijke setting voor alcoholpreventie vermeld, die bovendien een specifieke aanpak vereisen (Vlaamse overheid, 2009). In een richtlijn voor alcoholgebruik tijdens zwangerschapswens, zwangerschap en borstvoeding concretiseert de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen dit Vlaamse preventiebeleid voor de specifieke doelgroep van zwangere vrouwen (VAD, 2009b).

Wat draagt JOnG! bij tot het realiseren van het Vlaamse actieplan?

- **Basismeting:** Deze studie biedt voor het eerst een gedetailleerd overzicht van de blootstelling aan alcohol van kinderen in de periode van de conceptie, en tijdens de zwangerschap en de borstvoeding aan de hand van een grote steekproef van kinderen en gezinnen verspreid over gans Vlaanderen. Deze gegevens kunnen fungeren als een basismeting voor het afwegen van het eventuele effect van het Vlaamse actieplan op de blootstelling van het geboren en ongebooren kind aan alcohol. Deze afweging maakt het mogelijk het gevoerde beleid te toetsen op het al dan niet behalen van de vooropgestelde doelstellingen;

- **Doelstelling nog niet bereikt:** De gerapporteerde prevalenties van alcoholgebruik van vrouwen vóór en tijdens de zwangerschap, en in de periode van borstvoeding, bevestigen dat heel wat vrouwen op het ogenblik van zwangerschapswens, en tijdens de zwangerschap en borstvoeding, inspanningen leveren om alcoholgebruik te vermijden. Het huidige preventiebeleid, waarin de aanbeveling tot geheelonthouding van alcohol bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding als best practice wordt beschouwd, en die meer dan waarschijnlijk in ruime mate wordt gevolgd door alle relevante hulpverleners (medewerkers van Kind en Gezin, vroedvrouwen, kraamverpleegkundigen, huisartsen, gynecologen, kinderartsen), blijkt echter niet te volstaan om 1 op 3 vrouwen tijdens de zwangerschap en 4 op 10 vrouwen tijdens borstvoeding te overtuigen om hun alcoholgebruik volledig stop te zetten;
- **Universele aanpak:** Vermits alcoholgebruik al schadelijk kan zijn in de periode voorafgaand en direct na de conceptie, dus al voordat de zwangerschap is vastgesteld, is het van belang dat voorlichting over alcoholgebruik vrouwen al bereikt in de periode dat zij zwanger willen worden, maar dat nog niet zijn. Dit kan gerealiseerd worden via algemene en herhaalde publieksvoorlichting. Een effectieve voorlichtingsboodschap moet eenvoudig zijn, mag geen onnodige angst oproepen en niet moralistisch zijn, en moet specificeren welk gedrag wél en welk niet schadelijk is voor het kind, en bevat bij voorkeur aanwijzingen hoe het gedrag kan worden aangepast (Gezondheidsraad, 2005). Bij deze algemene publieksvoorlichting zal er moeten over gewaakt worden dat ook de groepen met een hogere sociaal-economische status voldoende bereikt worden, vermits aangetoond werd dat deze zowel vóór, tijdens als na de zwangerschap significant vaker alcohol gebruiken;
- **Individuele prenatale advisering:** Bijkomend moeten vrouwen ook beter bereikt worden voordat ze zwanger zijn, door gerichte voorlichting aan alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd of met een zwangerschapswens. Dit kan deel uitmaken van preconceptionele adviezen vanwege hulpverleners die zich bezig houden met preconceptie- en verloskundige zorg. Hiervoor gelden bij voorkeur gelijklopende richtlijnen voor alle betrokken beroepsgroepen en zorgorganisaties. Regelmatige evaluatie van de toepassing van de geldende richtlijnen is wenselijk.

Referenties

- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. *Report*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Astley, S.J. (2004). *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code*. Seattle: University of Washington.
- Bhuvanewar, C.G., Chang, G., Epstein, L.A., & Stern, T.A. (2003). Alcohol use during pregnancy: prevalence and impact. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 9 (6), 455-60.
- Bolling, K., Grant, C., Hamlyn, B., & Thornton, A. (2007). The Infant Feeding Survey 2005. The Information Centre for health and social care and the UK Health Departments. Chapter 10 Dietary supplements, smoking and drinking during pregnancy, pp. 329-376.
- Bowen, A., & Tumback, L. (2010). Alcohol and breastfeeding. Dispelling the myths and promoting the evidence. *Nursing for women's health*, 14 (6), 454-461.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Gezondheidsraad. (2005). Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr. 2004/22.
- Gisle, L., Hesse, E., Drieskens, S., Demarest, S., Van der Heyden, J., & Tafforeau, J. (2010). Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II – Leefstijl en Preventie. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance; Brussel Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. ISSN: 2032-9172 - Depotnummer. D/2010/2505/16 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/009.
- Griens, H., Hoppenbrouwers, K., Desoete, A., Wiersema J-R., & Van Leeuwen, K. (2010). *JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment*. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin. Rapport. 11-2010/02. Leuven.
- Guelinkcx, I., Devlieger, R., & Vansant, G. (2010). Alcohol during pregnancy and lactation: recommendations versus real intake. *Arch Public Health*, 68, 134-42.
- Henderson, J., Gray, R., & Brocklehurst, P. (2007). Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG*, 114, 243-252.
- Hoge Gezondheidsraad (HGR). (2009). Risico's van alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en gedurende de borstvoedingsperiode. Publicatie van de Hoge Gezondheidsraad, nr 8462, Brussel.
- Holmgren, S. (2009). Low dose alcohol exposure during pregnancy – does it harm? A systematic literature review. *The Swedish National Institute of Public Health*. Stockholm. ISBN: 978-91-7257-634-6, pp. 32.
- International Centre for Alcohol Policies (ICAP). (1998). What is a standard drink? ICAP Report 5, Washington DC.
- Stratton, K.R., Howe, C.J., & Battaglia, F.C. (1996). Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment. *Institute of Medicine (IOM)*, Washington, DC: National Academy Press. [ISBN 0-309-05292-0](#).
- Koren, G. (2002). Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? *Canadian Family Physician*, 48, 39-41.
- Lanting, C.I., Buitendijk, S.E., Crone, M.R., Segaar, D., Bennebroek-Gravenhorst, J., & van Wouwe, J.P. (2009). Clustering of socioeconomic, behavioural, and neonatal risk factors for infant health in pregnant smokers. *PLoS ONE* 4(12): e8363 (doi:10.1371/journal.pone.0008363).
- Malet, L., de Chazeron, I., Llorca, P-M., & Lemery, D. (2006). Alcohol consumption during pregnancy: a urge to increase prevention and screening. *European Journal of Epidemiology*, 21, 787-788.
- Walker, M.J., Al-Sahab, B., Islam, F., & Tamim, H. (2011). The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MÉS). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11:52 (doi:10.1186/1471-2393-11-52).
- WHO. (2010). European status report on alcohol and health. Publications WHO Regional Office, Copenhagen, Denmark. [ISBN 978 92 890 0206 6](#).
- Vereniging voor alcohol- en andere drugsproblemen (VAD). (2009a). Dossier alcohol. D/2009/6030/24, Brussel, pp. 92.
- Vereniging voor alcohol- en andere drugsproblemen (VAD). (2009b). Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik en definitie bingedrinken. Brussel, pp. 20.
- Vlaamse Overheid. (2009). *Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015*. Zie website Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/>

¹ Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven

² Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

³ Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, UGent

Deze studie werd uitgevoerd in samenwerking met Kind en Gezin

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



Vrije
Universiteit
Brussel



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove