

Het betrekken van het sociale netwerk in de stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen

Een verkennende studie



Het betrekken van het sociale netwerk in de stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen

Een verkennende studie

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2019

NATIONAAL
EXPERTISECENTRUM
TABAKSONTMOEDIGING
onderdeel van het Trimbos-instituut



Colofon

Financiering

Ministerie van VWS

Projectteam

Drs. Eefje Willemse

Dr. Linda Springvloed

Dr. Margriet van Laar

Met medewerking van

Drs. Ingrid Schulten

Drs. Renée Verkerk

Drs. Sanne de Josselin de Jong

Drs. Tessa Scheffers-van Schayk

Dr. Jeroen Bommelé

Drs. Naïma Abouri, Pharos

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

gettyimages.nl

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030 - 297 11 00

F: 030 - 297 11 11

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1692**

Inhoudsopgave

Summary	5
Samenvatting	9
1 Inleiding	13
1.1 Roken tijdens en na de zwangerschap	13
1.2 De rol van het sociale netwerk	15
1.3 Het sociale netwerk en de rol van zorgverleners	21
1.4 Doel en onderzoeksvragen verkenning	22
2 Methode	25
2.1 Methode van dataverzameling	25
2.2 Ontwikkelen topic lijsten	26
2.3 Werving van respondenten	26
2.4 Analyses	27
2.5 Beschrijving van de onderzoeksgroepen	28
3 Resultaten	31
3.1 Verloskundig zorgverleners	31
3.2 Het sociale netwerk van de zwangere vrouw	44
4 Discussie en conclusie	55
4.1 Belangrijkste bevindingen	55
4.2 Aanbevelingen	58
4.3 Methodologische reflectie	62
Referenties	63

Summary

Seven percent of Dutch pregnant women smoke at one point during their pregnancy. A large part of the pregnant women who quit smoking, relapse during or after pregnancy. Because of serious health problems for the mother and the (unborn) child, it is important that they stop smoking permanently. Women with a low socioeconomic status (SES) form an important target group, because they continue smoking more often during their pregnancy and also relapse more often during or after their pregnancy. In addition, women with a smoking partner or a smoking social environment often continue to smoke themselves during pregnancy or relapse after pregnancy.

The social environment of pregnant women, such as partners, family members and friends, could support pregnant women in quitting smoking permanently. On the one hand by, if applicable, quitting smoking themselves and on the other hand by offering peer support. When the social environment stops smoking, this has a positive influence on the health of both the pregnant woman and her child. The harmful substances that a pregnant woman inhales as a result of second hand smoke increases the risk of a lower birth weight, premature birth, birth defects, sudden infant death syndrome and childhood cancer. The social environment of pregnant women plays an important role, in particular for pregnant women with a low SES, because they interact with their environment more frequently. Often a pro-smoking norm is present in their environment and they also smoke more often. However, it is unknown how the social environment can be motivated and assisted in offering support to pregnant women who smoke.

The recently (2017) developed directive 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken begeleiding bij zwangere vrouwen' recommends that all birth care providers should involve the social environment of pregnant women and in particular the partner in smoking cessation counselling. To date, little is known about the partners, who, just like pregnant women, experience a life-changing event and often want to make behavioral changes. The needs and wants with regard to smoking cessation and counselling of the social environment of pregnant women are underexposed in both the international and national literature. It is also unknown how birth care providers assist smoking cessation counselling to the social environment of pregnant women and what the potential bottlenecks are. Understanding this is important in shaping smoking cessation counselling to the smokers in the social environment of pregnant women and to be able to organize care as efficiently as possible. Besides that it is also important that health care is tailored to the needs and wants of people with a low SES, because they are the largest target group for smoking cessation counselling.

The aim of the present exploratory study is to obtain insights into the bottlenecks, needs and wants with regard to the involvement of the social environment of pregnant women in smoking cessation and in giving a stop smoking advice instead of an advice to smoke outside. It is important to embed advice well in the daily practice. To this end, interviews were conducted with both birth care providers and with the social environment of pregnant women. A total of 14 birth care providers and 22 persons from the social environment of pregnant women (sixteen partners, two mothers, one sister and three friends) were interviewed. Educational level of participants from the social environment of pregnant women varied from low (n=5), medium (n=7) to high (n=8). The educational level of two participants was unknown. They smoked or had recently stopped smoking.

The main findings and recommendations are listed below.

The degree of contact between birth care providers and the social environment of pregnant women varies, which makes it difficult to effectively reach the environment

The main bottleneck for birth care providers is the low intensity contact between them and the social environment of pregnant women. Because of that it is hard for them to advise and assist the social environment in smoking cessation. Birth care providers sometimes give information to pregnant women about passive smoking, when the environment does not come along to a consultation. It is unclear for birth care providers if and to what extent this information is passed on to in the social environment of the pregnant woman. Existing materials are mostly written for pregnant women. Sometimes the environment is included. Birth care providers point out that there are no materials available specifically targeted at the persons who are in close contact with the pregnant women and that can be provided to them. In addition, the existing materials are according to birth care providers not suitable for persons with a low SES.

Inability to provide adequate smoking cessation support during a consultation

Birth care providers point out that it can be difficult to also involve the social environment of pregnant women in smoking cessation support. A number of birth care providers indicate that they lack skills to motivate the social environment of pregnant women to stop smoking. According to them, the social environment is also not motivated to quit smoking. If the social environment of pregnant women wants to quit smoking, they indicate that they want to do this on their own. If there is no intrinsic motivation to quit smoking, the social environment does not expect that help from a health care professional such as a midwife or general practitioner will be effective. Birth care providers also experience that intrinsic motivation of the social environment is important to be able to assist the social environment in quitting smoking. They experience difficulties in talking about quitting smoking without causing friction with partners. However, this also shows that is important to motivate the social environment of pregnant women to quit smoking.

Birth care providers often do not give a clear stop smoking advice to the social environment of pregnant women

If partners are present at the first consultation, birth care providers often ask if partners smoke, but they do not always give a stop smoking advice to partners who smoke. In addition, the interviews with birth care providers show that they often advise the social environment of pregnant women to smoke outside. Third hand smoke and its consequences are by no means known to all birth care providers. In addition, it is important that birth care providers do not give an advice to reduce smoking, because it has not been proven to be an effective method to stop smoking.

The social environment of pregnant women are also not aware of the consequences of third hand smoke. If they support pregnant women in quitting smoking, this is often by smoking outside or not smoking in the same room, instead of quitting smoking. Some pregnant women also find this a good solution.

When birth care providers give advice, they mainly focus on the consequences of second hand smoke during pregnancy. The social environment of pregnant women also play a role in the child's life after birth. This role responsibility of the social environment is often not discussed by birth care providers while giving a (stop) advice. The interviews with partners show that they also consider their own health important, in particular not wanting to die prematurely due to the effects of smoking and not being able to see their child grow up. Birth care providers often do not mention this when giving a (stop) advice.

Birth care providers are uncertain about their role in assisting the social environment of pregnant women in smoking cessation

The outcomes show that there are different views among birth care providers about involving the social environment of pregnant women in quitting smoking. The primary responsibility of birth care providers is to take care of the health of the pregnant woman and her baby. At the same time, birth care providers realize that the environment also plays a role in this. Birth care providers often lack the time to support the social environment of pregnant women in giving up smoking.

The outcomes show that the social environment of pregnant women do not find it strange to be addressed about smoking behavior. However, partners indicate that it is not logical for them to be assisted by a birth care provider in smoking cessation. To the social environment of pregnant women it is also often unclear which support they can get, which results in the expectation that the assistance of a health care professional will not be effective.

To birth care providers it is unclear to whom they can refer the social environment of pregnant women to

The social environment of pregnant women is usually not referred to smoking cessation counselling. If they are referred this is often to a general practitioner, but the broader referral options are often still unclear to birth care providers. If they refer persons from the social environment of pregnant women, birth care providers often do not receive feedback about the referral for smoking cessation counselling. As a result of that, birth care providers get the idea that the social environment does not get the right care after referral.

Information regarding smoking in the environment of pregnant women is not transferred to the maternity nurse and youth health care professionals

The outcomes show that information about the smoking social environment of pregnant women is often not transferred to maternity care or youth health care (YHC). Even after giving birth it is important that parents, grandparents and friends do not smoke, because second- and third- hand smoke can have a negative impact on the child's development. Maternity nurses and YHC professionals could continue the smoking cessation counselling offered to the social environment during pregnancy. This could also prevent parents who stopped smoking during pregnancy from relapsing after birth.

The following recommendations are made:

- Discuss smoking cessation with the partner during the intake consultation
- Develop materials for the social environment of pregnant women with information about knowledge gaps such as third hand smoke
- Start/continue a nationwide campaign to reach the social network of pregnant women
- Train birth care providers more intensively in motivational interviewing techniques with regard to smoking cessation for the social environment of pregnant women
- Continue to implement information on third hand smoke in training or e-learning for birth care providers
- Link stop advice to own health and own (role) responsibility
- Include social environments of pregnant women in the care pathways of pregnant women
- Further exploration: role of maternity nurses in smoking cessation counselling and relapse prevention of young parents

Samenvatting

In Nederland rookt 7% van de zwangere vrouwen op enig moment tijdens de zwangerschap. Daarnaast valt een groot deel van de zwangere vrouwen die stoppen met roken weer terug tijdens of na de zwangerschap. Vanwege de gevolgen voor de gezondheid van zowel moeder als (ongeboren) kind, is het belangrijk dat zij (blijvend) stoppen met roken. Vrouwen met een lage sociaaleconomische status (afgekort: SES) vormen hierbij een belangrijke doelgroep, omdat zij vaker blijven roken tijdens de zwangerschap en ook vaker terugvallen tijdens of na de zwangerschap. Daarnaast blijven vrouwen met een rokende partner of veel rokers in de omgeving vaak zelf roken tijdens de zwangerschap of vallen terug na de zwangerschap.

Het sociale netwerk van zwangere vrouwen, zoals partners, familieleden en vrienden/vriendinnen, kan ondersteunen bij het stoppen met roken en gestopt blijven. Enerzijds door, indien van toepassing, zelf te stoppen met roken en anderzijds door het expliciet bieden van ondersteuning (ofwel *peer support*). Wanneer mensen uit het sociale netwerk stoppen met roken, heeft dit een positieve invloed op de gezondheid van zowel de zwangere als haar kind. De schadelijke stoffen die een zwangere inademt als gevolg van meeroken vergroten namelijk het risico op een lager geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren lichamelijke afwijkingen, wiegendood en kanker in de kindertijd. Het sociale netwerk speelt met name een grote rol bij zwangere vrouwen met een lage SES, omdat zij veelal frequenter contact hebben met hun sociale netwerk, waar tevens vaker een pro-roken norm aanwezig is en meer gerookt wordt. Het is echter onbekend hoe de omgeving het beste kan worden gestimuleerd en begeleid bij het bieden van ondersteuning aan rokende zwangere vrouwen.

De recent (2017) ontwikkelde richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken begeleiding bij zwangere vrouwen' beveelt aan dat geboortezorgverleners het sociale netwerk en met name de partner betrekken bij de stoppen-met-roken begeleiding. Er is tot op heden echter weinig bekend over deze doelgroep, die net als de zwangere vrouw een levensingrijpende verandering ondergaat en vaak ook veranderingen in het gedrag maakt of wil maken. De wensen en behoeften met betrekking tot stoppen met roken en begeleiding van mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen zijn onderbelicht in zowel de internationale als nationale literatuur. Tevens is onbekend hoe verloskundig zorgverleners begeleiding aan deze groep vormgeven en wat hierin eventuele knelpunten zijn. Inzicht hierin is belangrijk om stoppen-met-roken zorg aan mensen die dichtbij een zwangere staan goed vorm te kunnen geven en de zorg zo efficiënt mogelijk in te delen. Het is daarbij belangrijk dat de zorg ook goed

aansluit op de wensen en behoeften van de lage SES doelgroep, omdat zij de grootste doelgroep voor stoppen-met-roken zorg vormen.

Het doel van deze verkenning is om inzicht te krijgen in de knelpunten, wensen en behoeften ten aanzien van het betrekken van het sociale netwerk en het geven van een volledig stopadvies, in tegenstelling tot advies om buiten te roken. Dit is belangrijk om adviezen in de dagelijkse praktijk goed te kunnen implementeren. Hiertoe zijn interviews uitgevoerd, zowel met verloskundig zorgverleners als met mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen. In totaal zijn veertien verloskundig zorgverleners geïnterviewd en 22 mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen (zestien partners, twee moeders, één zus en drie vriendinnen van zwangere vrouwen). Het opleidingsniveau van de deelnemers uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen varieerde van laag (n=5), midden (n=7) tot hoog (n=8). Van twee geïnterviewde partners was het opleidingsniveau onbekend. De mensen uit het sociale netwerk rookten of waren onlangs gestopt met roken.

De belangrijkste bevindingen en aanbevelingen worden hieronder benoemd. Deze komen voort uit de resultaten van de interviews met verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk van zwangere vrouwen.

De mate van contact tussen verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk varieert, bereik van het sociale netwerk wordt hierdoor bemoeilijkt

Het voornaamste knelpunt voor verloskundig zorgverleners is de lage intensiteit van contact tussen verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk, waardoor het adviseren en begeleiden van het sociale netwerk wordt bemoeilijkt. Als de partner niet meekomt naar een consult geven zorgverleners soms informatie aan de zwangere vrouw over meerroken, maar het is voor verloskundig zorgverleners vaak onduidelijk of en in hoeverre dit overkomt bij mensen uit haar sociale netwerk. Ook het bestaande foldermateriaal richt zich voornamelijk op de zwangere vrouw. Af en toe wordt hierin ook de partner of de bredere sociale omgeving meegenomen. Verloskundig zorgverleners geven aan dat er geen materiaal beschikbaar is dat zich specifiek richt op mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen en dat aan hen meegegeven kan worden. Daarnaast geven verloskundig zorgverleners aan dat bestaande materialen soms te moeilijk zijn voor mensen met een lage SES en daarom niet goed bij hen aansluiten.

Handelingsverlegenheid in de spreekkamer

Verloskundig zorgverleners geven aan dat het lastig is om ook het sociale netwerk van zwangere vrouwen bij het stoppen-met-roken te betrekken. Daarbij geeft een aantal verloskundig zorgverleners aan vaardigheden te missen om de omgeving te motiveren te stoppen met roken. Volgens hen is de omgeving van de zwangere vrouw vaak ook niet gemotiveerd om te stoppen met roken. Als partners en het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen willen stoppen met roken, geven zij aan dit vooral uit zichzelf te willen doen. Als de intrinsieke motivatie niet aanwezig is verwacht het sociale netwerk

veelal niet dat hulp van een zorgverlener zoals de verloskundige of de huisarts effect heeft. Ook verloskundig zorgverleners ervaren dat een intrinsieke motivatie nodig is voor stoppen-met-roken begeleiding en vinden het daardoor lastig om het roken te bespreken zonder wrijving. Hieruit blijkt dat het belangrijk is dat het sociale netwerk van zwangere vrouwen gemotiveerd wordt om te stoppen met roken.

Verloskundig zorgverleners geven vaak geen duidelijk stopadvies aan de omgeving

Als partners meekomen naar het eerste consult vragen verloskundig zorgverleners vaak de rookstatus van de partner uit, maar er wordt niet altijd een stopadvies gegeven aan de rokende partner. Daarnaast blijkt uit de interviews met verloskundig zorgverleners dat zij aan partners en het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen, buiten roken nog vaak adviseren. Derdehands rook en de gevolgen ervan zijn lang niet bij alle verloskundig zorgverleners bekend. Daarnaast is het belangrijk dat verloskundig zorgverleners niet het advies geven om te minderen met roken, omdat hiervan niet is bewezen dat dit een effectieve methode is om stoppen met roken te bewerkstelligen.

Ook het sociale netwerk lijkt niet op de hoogte te zijn van de gevolgen van derdehands rook. Als het sociale netwerk de zwangere vrouw steunt bij het stoppen met roken is dit vaak door buiten of niet bij haar in de buurt te roken i.p.v. te stoppen met roken. Daarnaast vinden ook sommige zwangere vrouwen dit een goede oplossing.

Wat ook opvalt is dat verloskundig zorgverleners in het geven van een advies aan het sociale netwerk van zwangere vrouwen vooral inzetten op de gevolgen van meerroken tijdens de zwangerschap. Het sociale netwerk speelt ook na de geboorte een rol in het leven van het kind. Deze rolverantwoordelijkheid van het sociale netwerk wordt nu vaak niet besproken door verloskundig zorgverleners bij het geven van een (stop) advies. Daarnaast blijkt uit de interviews met partners dat zij hun eigen gezondheid ook belangrijk vinden, met name om te voorkomen dat zij vroegtijdig overlijden door de gevolgen van roken en hierdoor hun kind niet kunnen zien opgroeien. Ook dit wordt niet vaak aangehaald door verloskundig zorgverleners tijdens het geven van een (stop) advies.

Verloskundig zorgverlener onzeker over rol in het begeleiden van het sociale netwerk van zwangere vrouwen bij stoppen met roken

Uit de interviews blijkt dat er onder verloskundig zorgverleners verschillende opvattingen zijn over het betrekken van het sociale netwerk van de zwangere vrouw bij het stoppen met roken. De eerste verantwoordelijkheid van verloskundig zorgverleners is de gezondheid van de zwangere vrouw en het kindje. Tegelijkertijd beseffen verloskundig zorgverleners dat ook de omgeving daar een rol in speelt. Vaak ontbreekt voor verloskundig zorgverleners de tijd om het sociale netwerk van de zwangere te begeleiden bij stoppen met roken.

Uit de interviews met partners en het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen blijkt dat zij het niet raar vinden om aangesproken te worden op het rookgedrag. Wel geven partners aan het niet logisch te vinden om begeleid te worden door verloskundig zorgverleners bij stoppen met roken. Voor het sociale netwerk is het ook vaak onduidelijk welke hulp zij kunnen krijgen en hebben daardoor ook vaak de verwachting dat de hulp van zorgverleners niet werkt.

Voor verloskundig zorgverleners is het onduidelijk naar wie ze het sociale netwerk kunnen doorverwijzen

Partners en mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen worden meestal niet doorverwezen voor stoppen-met-roken begeleiding. Als ze worden doorverwezen is dit vaak naar een huisarts, maar de doorverwijsmogelijkheden zijn vaak nog onduidelijk bij verloskundig zorgverleners. Als zij mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen doorverwijzen krijgen ze vaak geen terugkoppeling over de stoppen-met-roken begeleiding, hierdoor krijgen verloskundig zorgverleners het idee dat na doorverwijzing het sociale netwerk niet de juiste zorg krijgt.

Informatie ten aanzien van roken in het sociale netwerk wordt niet overgedragen aan de kraamzorg en de JGZ

Uit de interviews met de verloskundig zorgverleners blijkt dat informatie over roken in de omgeving van de zwangere vrouw vaak niet wordt overgedragen aan de kraamzorg of de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Ook na de bevalling is het belangrijk dat ouders en mensen uit de bredere omgeving (zoals opa's en oma's) niet roken, omdat tweede- en derdehands rook negatieve gevolgen kan hebben op de ontwikkeling van het kind. Kraamverzorgenden en JGZ-professionals zouden de stoppen-met-roken begeleiding die tijdens de zwangerschap is aangeboden aan het sociale netwerk voort kunnen zetten. Ook kan op deze manier worden voorkomen dat ouders die tijdens de zwangerschap zijn gestopt met roken, na de bevalling weer terugvallen.

Op basis van de bevindingen worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Tijdens het intake gesprek stoppen met roken bespreken met de partner
- Materialen ontwikkelen voor het sociale netwerk van zwangere vrouwen met informatie over kennislacunes zoals derdehands rook
- Landelijke campagne inzetten/continueren om het sociale netwerk van zwangere vrouwen te bereiken
- Verloskundig zorgverleners intensiever trainen in motiverende gespreksvoeringstechnieken ten aanzien van stoppen met roken van het sociale netwerk van zwangere vrouwen
- Informatie over derdehands rook verder implementeren in een training of e-learning voor verloskundig zorgverleners
- Stopadvies koppelen aan eigen gezondheid en de eigen (rol)verantwoordelijkheid
- Het sociale netwerk meenemen in de zorgpaden voor zwangere vrouwen
- Nadere verkenning: rol van kraamverzorgenden in stoppen-met-roken begeleiding en het voorkomen van terugval van jonge ouders

1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten van een verkenning naar het betrekken van het sociale netwerk, zoals partners, familieleden en vrienden, in het stopproces van zwangere vrouwen. De primaire focus ligt op de partners, als één van de meest belangrijke invloeden op roken en terugval onder zwangere vrouwen [1, 2]. De secundaire focus ligt op het bredere sociale netwerk, zoals opa's en oma's, andere familieleden en vrienden. Zowel verloskundig zorgverleners als mensen uit het sociale netwerk zijn geïnterviewd. Het doel van deze verkenning is om aangrijpingspunten in kaart te brengen om het sociale netwerk van zwangere vrouwen te betrekken in stoppen-met-roken begeleiding. Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot het aanspreken, adviseren en begeleiden van het sociale netwerk in het stoppen-met-roken proces.

De in dit rapport beschreven verkenning is uitgevoerd door het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET) van het Trimbos-instituut en is gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt achtergrondinformatie gegeven en de aanleiding voor de verkenning beschreven. In hoofdstuk 2 wordt de methode van de verkenning beschreven. Hoofdstuk 3 presenteert de resultaten, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk. In het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen beschouwd en worden aanbevelingen gedaan voor het betrekken van het sociale netwerk van zwangere vrouwen in de stoppen-met-roken begeleiding.

1.1 Roken tijdens en na de zwangerschap

Roken tijdens de zwangerschap heeft diverse nadelige gevolgen voor de gezondheid van zowel de moeder als het (ongeboren) kind. Zo verhoogt roken tijdens de zwangerschap het risico op een miskraam, een aangetaste placenta, een te laag geboortegewicht, vroeggeboorte en doodgeboorte [3–7]. Roken tijdens de zwangerschap vormt daarmee een belangrijke en vermijdbare risicofactor voor perinatale problemen en sterfte. Gevolgen van roken tijdens de zwangerschap kunnen ook ná de geboorte tot uiting komen, zoals een verhoogd risico op congenitale aandoeningen, wiegedood, een verminderde longfunctie, overgewicht en nicotineafhankelijkheid op (jong)volwassen leeftijd [7–11].

De gevolgen van roken zijn groter bij moeders die de gehele zwangerschap roken dan bij degenen die hier vroeg in de zwangerschap mee stoppen [6, 12].

Stoppen met roken voor of tijdens de zwangerschap kan de ontwikkeling van de foetus positief beïnvloeden en verkleint onder andere het risico op een laag geboortegewicht en vroeggeboorte [13, 14]. De positieve gevolgen van stoppen met roken zijn het grootst wanneer vóór of vroeg in de zwangerschap wordt gestopt met roken [6, 12]. Stoppen met roken biedt echter op ieder moment in de zwangerschap voordelen; zo verbetert de groei van de foetus ook wanneer tijdens het tweede of derde trimester wordt gestopt [15, 16].

De zwangerschap is een specifieke periode in het leven waarin veel vrouwen hun gedrag veranderen en extra gemotiveerd zijn om te (proberen te) stoppen. Veel rokende vrouwen stoppen met roken voorafgaand aan of aan het begin van een zwangerschap [14, 17]. Zij doen dit veelal vanwege het bewustzijn van de risico's voor hun (ongeboren) kind [4, 14, 18]. Uit de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap blijkt dat in 2018 52% van de rokende zwangere vrouwen direct in het eerste trimester van de zwangerschap stopte en gestopt bleef t/m het einde van de zwangerschap. Daarnaast stopte 21% van de rokende zwangere vrouwen later tijdens de zwangerschap, maar bleef ook t/m het einde van de zwangerschap gestopt [18]. Vrouwen met een lage SES doen echter minder vaak een (al dan niet succesvolle) stoppoging voor of tijdens de zwangerschap [18–20].

Ondanks de veelal verhoogde motivatie, lukt het lang niet alle zwangere vrouwen om succesvol te stoppen met roken en rookt een aanzienlijk deel van hen door tijdens de zwangerschap [4, 16]. In 2018 rookte in Nederland 7% van de zwangere vrouwen op enig moment tijdens de zwangerschap - vier procent heeft alle trimesters gerookt [18]. Vrouwen met een lage SES roken het vaakst door tijdens de zwangerschap. Zo rookte in 2018 11% van de zwangere vrouwen met een laag opleidingsniveau tijdens de gehele zwangerschap, tegenover 5% en 1% onder respectievelijk middelbaar- en hoogopgeleide zwangere vrouwen [18].

Verschillende maatschappelijke en persoonlijke factoren spelen een rol bij roken en stoppen met roken. Stress en een lage SES kunnen de motivatie om te stoppen direct of indirect beïnvloeden. Ook de mate van verslaving en psychische aandoeningen kunnen een rol spelen bij het al dan niet stoppen met roken [10]. Daarnaast heeft ook het sociale netwerk, en zeker rokers in het netwerk, een belangrijke invloed op het al dan niet stoppen met roken. De rol van het sociale netwerk wordt beschreven in paragraaf 1.2.

1.1.1 Terugval tijdens of na de zwangerschap

In aanvulling op het percentage vrouwen dat de gehele zwangerschap blijft doorroken, valt een groot deel van de vrouwen die wel vóór of tijdens de zwangerschap stoppen met roken in een latere fase van de zwangerschap of kort na de geboorte van hun kind

weer terug in hun oude rookgedrag [4, 7, 12]. Uit de Monitor Zwangerschap en Midde-
lengebruik (2018) blijkt dat 17% van de vrouwen die voor de zwangerschap rookte,
stopte tijdens de zwangerschap, maar ook tijdens de zwangerschap weer terugviel.
Hiervan ondernam 25% een stoppoging van minimaal 1 trimester en 75% een stop-
poging van minder dan 1 trimester (maar meer dan 24 uur). Van de vrouwen die tijdens
de zwangerschap volledig waren gestopt met roken, viel 43% na de zwangerschap
terug in hun oude rookgedrag; hiervan begon ruim twee van de vijf al in de eerste vier
weken na de bevalling weer met roken [18].

Factoren die mogelijk een rol spelen op een terugval zijn: stress, depressie, zorgen over
het gewicht, slaapttekort, angst, geen borstvoeding geven en niet de intentie hebben om
na de zwangerschap gestopt te blijven [4]. Een mogelijke factor die kan verklaren dat
vrouwen tijdens de zwangerschap weer gaan roken, is dat ze gestopt zijn om zwanger
te worden en daardoor de motivatie om tijdens de zwangerschap gestopt te blijven is
afgenomen [1]. Daarnaast speelt ook hier het sociale netwerk een belangrijk rol (zie
ook 1.2).

1.2 De rol van het sociale netwerk

Het sociale netwerk speelt een belangrijke rol bij het al dan niet stoppen met roken van
de zwangere vrouw [2, 14, 19–22]. Dit kan een negatieve invloed zijn op het rook-
gedrag (zelf roken), maar ook een positieve invloed (door zelf te stoppen en expliciet
ondersteuning bieden). Het sociale netwerk speelt met name een grote rol bij zwangere
vrouwen met een lage SES, omdat zij veelal frequenter contact hebben met hun sociale
netwerk, waar tevens vaker een pro-roken norm geldt en meer gerookt wordt [2, 23].

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de verschillende vormen van invloed
vanuit het sociale netwerk.

1.2.1 Het sociale netwerk: de invloed van zelf roken en stoppen met roken

Uit zowel de internationale als nationale literatuur komt de sterke invloed naar voren
die rokers uit het sociale netwerk hebben op het al dan niet stoppen met roken van
zwangere vrouwen. Zwangere vrouwen met (veel) rokers in haar omgeving vinden het
moeilijker om te stoppen met roken [14, 21]. Zo gaven (aanstaande) moeders in een
recente Nederlandse, kwalitatieve studie¹ aan dat het stoppen sterk werd bemoeilijkt
door hun rokende partner, ouders of andere familie en vrienden [23]. Het hebben van
een sociaal netwerk met veel rokers en een sterke pro-roken norm, vormt dan ook
een belangrijke barrière voor stoppen met roken en wordt gezien als een risicofactor
voor roken (blijven roken en terugval) tijdens de zwangerschap [8, 17, 20, 22, 24–26].

¹ Deze studie is afkomstig uit het PROMISE-project, een onderzoeksproject waarin de stoppen-met-roken zorg
beter wordt afgestemd op zwangere vrouwen met een lage sociaaleconomische status.

Deze negatieve invloed komt tot uiting op zowel stopintentie als stopsucces [14, 21]. Zwangere vrouwen die veel contact hebben met rokers stoppen dan ook minder vaak (succesvol) met roken en vallen vaker terug na de zwangerschap [21]. Uit de Monitor Zwangerschap en Middelengebruik (2018) blijkt ook dat vrouwen met een rokende partner vaker roken voor, tijdens of na de zwangerschap dan vrouwen met een niet-rokende partner (zie tabel 1) [18].

Tabel 1. Percentage vrouwen dat voor, tijdens of na de zwangerschap* een rokende partner had.

	Vrouw rookte zelf in die periode van zwangerschap	Vrouw rookte zelf niet in die periode van zwangerschap
Voor de zwangerschap	69%	20%
Tijdens de zwangerschap	72%	22%
Na de zwangerschap	70%	19%

** Voor: gerookt in de vier weken voor de zwangerschap; Tijdens: gerookt op enig moment tijdens de zwangerschap; Na: gerookt na de geboorte van het jongste kind. Bron: Monitor Zwangerschap en Middelengebruik, 2018.*

Als rokers uit het sociale netwerk stoppen met roken kan dit juist een positieve invloed hebben op het rookgedrag van zwangere vrouwen en stimulerend en ondersteunend werken op haar eigen stoppoging en stopsucces [14, 17, 19, 27]. Zo blijken veranderingen in het rookgedrag van partners samen te hangen met stoppen met roken tijdens de zwangerschap van zwangere vrouwen [28]. Een stoppoging van naasten wordt door zwangere vrouwen daadwerkelijk gezien als ondersteunend gedrag [27].

Wanneer mensen uit het sociale netwerk stoppen met roken, heeft dit tevens een positieve invloed op de gezondheid van zowel de zwangere als haar kind. Via de rook van anderen wordt de zwangere vrouw namelijk blootgesteld aan tweede- en/of derdehands rook [29–31]. Tweedehands roken (ook wel meeroken of passief roken genoemd) is het inademen van de schadelijke uitgeblazen rook en/of rook van een smeulende sigaret [30]. Meeroken heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid van zowel de zwangere vrouw als van haar (ongeboren) kind [6, 32, 33]. De schadelijke stoffen die een zwangere inademt als gevolg van meeroken vergroten bijvoorbeeld het risico op een lager geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren lichamelijke afwijkingen, wiegendood en kanker in de kindertijd. Door te stoppen met roken, wordt het risico op de gevolgen van meeroken van de zwangere verkleind.

Ook na de geboorte is het belangrijk dat ouders rookvrij blijven. Roken onder ouders kan namelijk nadelige gevolgen voor de gezondheid van het kind hebben, vanwege de blootstelling aan tweedehands rook [29, 31, 33]. Dit vergroot de risico's op onder andere wiegendood, luchtweginfecties, een verminderde longfunctie, hersenvliesontsteking, middenoorontsteking, lage luchtweginfecties en astma of astmatische klachten [7,

33–35]. Kinderen worden tevens blootgesteld aan de schadelijke stoffen uit tabaksrook doordat, ook wanneer altijd buiten wordt gerookt, deze neerslaan op kleding, lichaam, vloer, meubels en spullen zoals speelgoed (ook wel derdehands rook genoemd) [31]. Daarnaast hebben kinderen waarvan één of beide ouders roken, een grotere kans om later zelf te gaan roken [33, 36]. Dit blijkt met name het geval als zij hun ouders zien roken (zien roken, doet roken) [37].

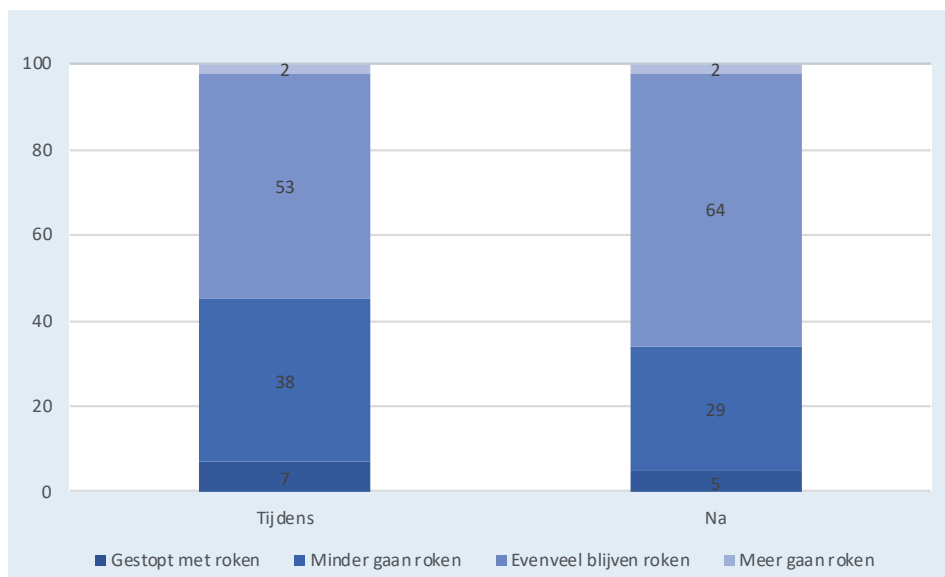
Het is dus belangrijk dat ook het sociale netwerk van de zwangere, waaronder de partner, stopt met roken [38]. Onderstaand wordt beschreven wat in de literatuur bekend is over stoppen met roken onder partners en mensen uit het bredere sociale netwerk.

1.2.2 Partners en stoppen met roken

De zwangerschap wordt gezien als een goed moment om het rookgedrag van de vrouw te veranderen en mogelijk ook het rookgedrag van de partner omdat ook zij veelal gezondere keuzes maken in deze periode [27]. Partners stoppen echter lang niet altijd met roken tijdens de zwangerschap en blijven vaker dan zwangere vrouwen doorroken [18, 39]. Dit blijkt ook uit de Monitor Zwangerschap en Middelengebruik (2018): het percentage partners dat rookt voor, tijdens en na de zwangerschap (respectievelijk 27%, 25% en 24%) ligt hoger dan het percentage zwangere vrouwen dat zelf rookt (respectievelijk 15%, 7% en 11%) [18]. Net als roken onder zwangere vrouwen, hangt ook het roken van de partner sterk samen met het opleidingsniveau, partners met een laag opleidingsniveau roken vaker dan partners met een hoog opleidingsniveau [40]. Uit de Monitor Zwangerschap en Middelengebruik blijkt dat het roken onder vaders het vaakst voorkomt wanneer de vrouw laag of middelbaar opgeleid is [18]. Ook blijkt dat slechts een klein deel van de rokende partners volledig stopt met roken tijdens de zwangerschap (zie figuur 1) [18]. Meer dan de helft van de partners bleef evenveel roken en een derde minderde de hoeveelheid sigaretten². Eenzelfde patroon werd gevonden voor roken na de zwangerschap.

2 Volledig stoppen met roken is het uitgangspunt, omdat er weinig bewijs is dat minderen de gezondheid bevordert. Minderen als strategie is daarnaast minder effectief dan in één keer stoppen met roken [65].

Figuur 1. Veranderingen in het rookgedrag van rokende partners tijdens of na de zwangerschap* (%).



* Tijdens: gerookt op enig moment tijdens de zwangerschap; Na: gerookt na de geboorte van het jongste kind. Bron: Monitor Zwangerschap en Middelengebruik, 2018.

Er is relatief weinig bekend over beweegredenen van partners omtrent het al dan niet stoppen met roken. Het Longfonds heeft in 2016 middels een korte vragenlijst verkend hoe rokende vaders staan tegenover stoppen met roken [39].

- Meer dan de helft van de 95 vaders (59%) zou stoppen met roken als zijn partner hier serieuze problemen mee zou hebben en driekwart (74%) zou stoppen wanneer roken enige vorm van risico geeft voor zijn kind.
- Bijna de helft van de 22 vaders die aangaf bang te zijn dat het roken schadelijk is voor zijn (ongeboren) kind zou desondanks niet stoppen met roken (41%).
- Daarentegen geven meer dan vier op de vijf (83%) vaders aan dat het belangrijk is dat vrouwen stoppen met roken en rapporteren zeven op de 10 vaders (69%) dat roken waar een zwangere vrouw bij is het ongeboren kind schaadt.
- Een derde (36%) vindt dat partners van zwangere vrouwen moeten stoppen met roken en meer dan een kwart (29%) vindt dat wanneer een zwangere vrouw stopt ook haar partner moet stoppen.

Het viel de onderzoekers op dat de meeste rokende aanstaande en jonge vaders dus wel weten dat roken slecht is voor zwangere vrouwen en kinderen, maar dat een groot deel desondanks niet bereid is om zelf te stoppen met roken. Rokende (aanstaande) vaders pasten hun rookgedrag wel enigszins aan door niet in het bijzijn van kinderen en zwangere vrouwen te roken (respectievelijk 77% en 79%).

Vanwege de belangrijke rol die partners spelen bij stoppen met roken van zwangere vrouwen en de invloed van rokers op de gezondheid van het (ongeboren) kind, wordt aanbevolen om hen te betrekken in stoppen-met-roken begeleiding en programma's [14, 28]. De interesse in interventies of programma's gericht op stoppen met roken onder partners groeit [14]. Er is echter vooralsnog een zeer beperkt aanbod in interventies die specifiek zijn gericht op stoppen met roken van de partner en het onderzoek hiernaar is schaars [21]. De bestaande interventies hebben daarnaast veelal geen bewezen effecten op zowel stoppen met roken van de partner als van de zwangere vrouw, mogelijk omdat de informatie vaak via de zwangere vrouw bij de partner terecht moet komen. Dit is ook het geval voor de partner-interventie van de V-MIS (zie paragraaf 1.3). Er is wel enig bewijs dat interventies waarbij nicotine-vervangende middelen (NVM) worden gecombineerd met psychosociale begeleiding effectief zijn in het veranderen van het rookgedrag van de partner [21]. Onbekend is echter of en in hoeverre verloskundig zorgverleners in Nederland een stoppen met roken interventie aanbieden aan partners, of het bredere sociale netwerk.

Effecten van interventies kunnen worden versterkt wanneer een interventie aansluit bij de wensen en behoeften van de doelgroep [41, 42]. Hierover is echter weinig bekend. Daarom is het belangrijk dat deze wensen en behoeften in kaart worden gebracht. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een lage SES, omdat stoppen-met-roken interventies en maatregelen veelal minder aansluiten bij deze doelgroep [21, 43, 44].

1.2.3 Het bredere sociale netwerk en stoppen met roken

Er zijn geen gegevens bekend over de rookprevalentie onder mensen uit het bredere sociale netwerk, zoals opa's en oma's, andere familieleden en vriendinnen/vrienden van de zwangere vrouw. Mogelijk zijn op deze groep de algemene prevalentiecijfers van toepassing [45]. Tevens is onbekend hoe zij staan tegenover stoppen met roken in de omgeving van de (aanstaande) moeder. Mensen uit het bredere sociale netwerk zijn tevens zeer zelden de focus van stoppen-met-roken programma's; in tegenstelling tot het benoemen van de invloed van het sociale netwerk, is in de literatuur geen informatie gevonden over interventies gericht op deze doelgroep. Het direct aanspreken van de sociale omgeving krijgt wel steeds meer aandacht. Een recent voorbeeld is de nationale campagne 'Help een stopper' van de Rijksoverheid (zie ook kader 1).

Kader 1: Help een stopper campagne

Een recent voorbeeld van een interventie gericht op de sociale omgeving is de nationale overheids campagne 'Rookvrije start voor alle kinderen' uit 2017. Deze richt zich niet alleen op de rokende moeder, maar juist ook op de omgeving. Zo wijst de campagne de omgeving erop dat zij samen met de aanstaande moeder kunnen stoppen met roken, of dat zij niet meer in de omgeving van de moeder moeten roken. De campagne is breed uitgezonden op de nationale televisie en radio. Hierbij is gekozen voor reclameblokken tijdens programma's die populair zijn onder 'rokende zwangere vrouwen'. Via de website wordt ook een aantal tips gegeven aan de omgeving om de zwangere vrouw te helpen bij het stoppen met roken:

- 1) Stop samen met roken
- 2) Stel het roken uit
- 3) Rook uit het zicht
- 4) Breng haar niet in verleiding
- 5) Maak afspraken

Er is geen effectstudie verricht, waardoor niet bekend is of de campagne effect heeft gehad op het rookgedrag van zowel de zwangere als haar sociale netwerk.

1.2.4 Het sociale netwerk: de invloed van expliciet ondersteunen bij stoppen met roken

Door het bieden van sociale steun aan zwangere vrouwen, bijvoorbeeld het geven van complimenten of bieden van afleiding, kan het sociale netwerk de zwangere vrouw stimuleren en ondersteunen bij het stoppen met roken en het voorkomen van terugval [17, 21, 23]. Zo stoppen zwangere vrouwen vaker 'spontaan' wanneer zij *support* en ondersteuning ontvangen [14]. Deze steun kan worden gegeven door zowel rokers als niet-rokers, maar lijkt meer effect te hebben wanneer deze afkomstig is van ex-rokers of nooit-rokers [21]. Deze vorm van ondersteuning wordt ook wel *peer support* genoemd.

Er is weinig bekend over de manier waarop sociale steun het best kan worden vormgegeven en gefaciliteerd. In veel interventies gericht op zwangere vrouwen wordt aangegeven dat sociale steun belangrijk is. Vaak wordt ondersteuning vanuit de omgeving hierbij op een indirecte manier ingezet. Bijvoorbeeld door de zwangere te stimuleren om ondersteuning te vragen aan haar omgeving. Er zijn echter weinig interventies die specifiek zijn gericht op het sociale netwerk zelf, terwijl het expliciet richten tot de omgeving mogelijk effect kan hebben op veranderingen in het rookgedrag [21]. Het aantal (onderzoeks)projecten waarin het sociale netwerk wordt betrokken neemt toe. Het is echter onbekend hoe de omgeving het beste kan worden gestimuleerd en begeleid bij het bieden van ondersteuning aan rokende zwangere vrouwen.

Bij het stimuleren van sociale steun moet ook rekening worden gehouden met de kans op het ervaren van negatieve steun [21]. Er zijn namelijk aanwijzingen dat zwangere vrouwen ook negatieve steun ervaren wanneer zij roken of een stoppoging ondernemen. Bijvoorbeeld wanneer vooral wordt ingepraat op hun schuldgevoel of iemand de zwangere veroordeelt wanneer een stoppoging niet lukt. Dergelijke vormen van pogingen tot sociale steun zijn niet wenselijk en werken veelal averechts. Inadequate steun van partners en familieleden kan namelijk een barrière vormen voor stoppen [17, 19]. Dit benadrukt het belang om ook de omgeving te begeleiden bij het bieden van de juiste vormen van ondersteuning.

1.3 Het sociale netwerk en de rol van zorgverleners

Zorgverleners kunnen een belangrijke rol spelen bij het stoppen met roken en worden geadviseerd om meer aandacht te besteden aan het rookgedrag van het sociale netwerk van de zwangere roker [18]. Een stopadvies van een zorgverlener werkt stimulerend en wordt serieus genomen door rokers [21, 23, 43]. Tijdens de zwangerschap spelen specifiek verloskundig zorgverleners een rol in de stoppen-met-roken begeleiding. In het Nederlandse zorgsysteem hebben verloskundig zorgverleners een (gedeelde) verantwoordelijkheid in stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen [46]. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft sinds 2010 de 'V-MIS' verplicht gesteld voor de eerstelijns verloskundigenzorg [47], voor de tweedelijns verloskundigenzorg is de V-MIS niet verplicht. De V-MIS is een minimale interventie strategie om zwangere vrouwen en hun partners te begeleiden bij het stoppen met roken en bestaat uit zeven stappen [48]:

1. Het vaststellen van het rookprofiel;
2. Het verhogen van de motivatie om te stoppen;
3. Bespreken van problemen en barrières die samengaan met het stoppen met roken;
4. Maken van een stopafpraak en vaststellen van een stopdatum;
5. Bespreken van mogelijke hulpmiddelen;
6. Hulp geven na de stopdatum;
7. Voorkomen van terugval na de behandeling.

De V-MIS is in 1996 onderzocht en effectief bevonden voor zwangere vrouwen [49]. De partner interventie – een boekje met informatie over de belangen van (samen) stoppen – bleek echter niet effectief en is daarom in de dagelijkse praktijk niet geïmplementeerd. In de algehele V-MIS zijn weliswaar vragen opgenomen om het rookgedrag en de stopmotivatie van de partners te bevragen, maar een uitgebreide begeleiding van de partners en het bredere sociale netwerk maakt geen (standaard) onderdeel uit van de V-MIS. Ook blijkt dat in de praktijk de stoppen-met-roken begeleiding in de vorm van de V-MIS niet altijd optimaal is, en dat niet alle stappen worden gevolgd [50].

Tot 2016 was de richtlijn voor verloskundig zorgverleners om de rokende omgeving te stimuleren tot buiten roken met een gesloten deur [51]. Nieuw onderzoek toont echter

aan dat buiten roken niet voorkomt dat schadelijke stoffen uit de rook het huis binnen komen. Kinderen worden namelijk nog steeds blootgesteld aan (derdehands) rook [31]. Het advies voor beide rokende (aanstaande) ouders is daarom sinds 2017 aangepast in 'volledig stoppen' [52]. Dit is ook opgenomen in de nieuwe richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'. Deze richtlijn is primair gericht op de zwangere vrouw en stelt dat alle zorgverleners die contact hebben met zwangere vrouwen, hen begeleiden bij stoppen met roken [53]. De richtlijn beveelt tevens aan om aandacht te besteden aan stoppen met roken van de partner en verwijst hiervoor naar de richtlijn stoppen met roken voor de algemene bevolking [53, 54].

Het is echter onvoldoende bekend of en in hoeverre deze nieuwe richtlijnen al goed zijn geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk [50]. Een recent knelpuntenonderzoek onder verloskundig zorgverleners toonde aan dat verloskundig zorgverleners de rook-status en stopmotivatie minder vaak uitvragen onder partners die meekomen naar het consult (80%) dan onder zwangere vrouwen zelf (92%) [50]. Het rookprofiel van de partner wordt daarnaast niet standaard geregistreerd. Wel gaf bijna de helft (43%) van de verloskundigen aan dat zij de partner graag meer zou willen begeleiden en zien verloskundigen veelal wel in dat het sociale netwerk een grote rol speelt bij (stoppen met) roken van zwangere vrouwen. Een goed inzicht in het advies en de begeleiding die wordt geboden aan het sociale netwerk en hoe zij worden betrokken in het stopproces van de zwangere vrouw ontbreekt echter [50].

1.4 Doel en onderzoeksvragen verkenning

Verloskundig zorgverleners wordt geadviseerd om het sociale netwerk te betrekken in de stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen [28]. Om gewenste effecten op gedrag te genereren, is het belangrijk dat deze begeleiding goed is afgestemd op de doelgroep [41, 42]. De wensen en behoeften die zowel het sociale netwerk als verloskundig zorgverleners hierbij hebben zijn echter onderbelicht in de literatuur [21, 50, 53].

Door inzicht te verkrijgen in de stand van zaken, knelpunten en wensen en behoeften ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk van zwangere vrouwen kan worden bijgedragen aan het implementeren van de adviezen in de richtlijnen ten aanzien van het geven van een volledig stopadvies aan het sociale netwerk, in tegenstelling tot het advies van buiten roken. Daarnaast kunnen handvatten worden geboden aan verloskundig zorgverleners voor stoppen-met-roken advies en begeleiding aan het sociale netwerk en voor het aanpassen en/of ontwikkelen van interventies gericht op het sociale netwerk van zwangere vrouwen.

Het doel van voorliggende verkenning is om een beeld te verkrijgen van 1) in hoeverre verloskundig zorgverleners het sociale netwerk betrekken in stoppen-met-roken begeleiding en wat hierin knelpunten en behoeften zijn en 2) of partners en het bredere sociale netwerk zich bewust zijn van hun belangrijke invloed op het rookgedrag van de zwangere, of zij open staan voor stoppen met roken, hoe en door wie zij op deze rol gewezen kunnen worden en wat zij nodig hebben om een zwangere vrouw te ondersteunen bij het stoppen met roken. Binnen deze verkenning ligt de focus op laagopgeleide zwangere vrouwen en haar omgeving, omdat zij de primaire doelgroep vormen voor stoppen-met-roken begeleiding.

1.4.1 Onderzoeksvragen onder verloskundig zorgverleners

- Hebben verloskundig zorgverleners contact met het sociale netwerk van zwangere vrouwen?
- In hoeverre geven verloskundig zorgverleners stoppen-met-roken advies en begeleiding aan het sociale netwerk van zwangere vrouwen en hoe wordt dit ontvangen?
- Welke strategieën zetten verloskundig zorgverleners in als het gaat om stoppen-met-roken advies en begeleiding aan mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen?
- Faciliteren verloskundig zorgverleners ondersteuning vanuit het sociale netwerk?
- Hebben verloskundig zorgverleners een rol in de stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk?
- Verwijzen verloskundig zorgverleners door en naar wie?
- Vindt er vanuit de verloskundig zorgverleners informatieoverdracht plaats naar andere zorgverleners over het rookgedrag van het sociale netwerk?
- Gebruiken verloskundig zorgverleners tools en materialen gericht op het sociale netwerk?
- Ervaren verloskundig zorgverleners knelpunten in de stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk van zwangere vrouwen?
- Welke aanbevelingen geven de verloskundig zorgverleners als het gaat om het bespreken van stoppen-met-roken met het sociale netwerk van zwangere vrouwen?

1.4.2 Onderzoeksvragen onder het sociale netwerk van zwangere vrouwen

- Wat is de motivatie voor het sociale netwerk van de zwangere om het rookgedrag aan te passen en wat werkt tegen?
- Hoe ondersteunt de omgeving de zwangere bij het stoppen met roken: wat gaat goed en wat gaat minder goed?
- Hoe ervaart het sociale netwerk van de zwangere de aandacht voor hen vanuit de zorg en wat is gewenst?

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de gegevens zijn verzameld (paragraaf 2.1.), hoe de topic lijsten voor het afnemen van interviews zijn ontwikkeld (paragraaf 2.2.), hoe de respondenten zijn geworven (paragraaf 2.3.) en hoe de data zijn geanalyseerd (paragraaf 2.4.). Daarnaast wordt de onderzoekspopulatie beschreven (paragraaf 2.5.). Waar relevant, wordt een onderscheid gemaakt tussen de twee doelgroepen (verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk van zwangere vrouwen).

2.1 Methode van dataverzameling

De verkenning betreft een kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is het meest geschikte design wanneer weinig bekend is over de thema's van onderwerp [41, 55]. De kwalitatieve verkenning is uitgevoerd door middel van individuele interviews met twee doelgroepen: verloskundig zorgverleners en (ex-)rokers uit het sociale netwerk van al dan niet rokende zwangere of recent bevallen vrouwen.

Op basis van ervaringen uit eerdere projecten, is voor beide doelgroepen gekozen voor individuele interviews [56]. Alle interviews zijn opgenomen, waarvoor toestemming is verkregen middels een toestemmingsformulier.

Er is gestreefd naar het bereiken van saturatie onder beide doelgroepen, om de verkenning zo representatief mogelijk te maken [55, 57]. Vooraf werd vastgesteld om minimaal 10 tot 15 verloskundig zorgverleners te interviewen en minimaal 30 partners en 10 mensen uit het bredere sociale netwerk (familieleden, vrienden) van zwangere vrouwen. Bij de interviews met verloskundig zorgverleners is saturatie bereikt. Het minimaal vastgestelde interviews met het sociale netwerk van zwangere vrouwen bleek in de praktijk echter niet haalbaar. Daarom is ervoor gekozen om de werving na oktober 2018 te stoppen. Naast het zelf afnemen van interviews onder partners en mensen uit de bredere sociale netwerk, is gebruik gemaakt van interviews die zijn afgenomen ten behoeve een stageonderzoek in opdracht van het Trimbos-instituut. Bij dit stageproject zijn vijf partners geïnterviewd over stoppen met roken en de gewenste begeleiding daarbij. In de resultaten sectie van deze verkenning zijn de resultaten samengenomen.

2.2 Ontwikkelen topic lijsten

De interviews zijn zo open mogelijk uitgevoerd. Op deze manier kon goed worden verkend wat de betreffende doelgroep zelf belangrijk vindt [55]. Om het juiste kader te schetsen, is vooraf een aantal topics vastgesteld (zie onder). Binnen deze topics bepaalden de respondenten welke details aan bod kwamen, om zo het beste inzicht te verkrijgen in wat de respondenten belangrijk vinden en wat er speelt in de betreffende doelgroep. Er waren enkele vragen opgesteld die de onderzoekers konden stellen om het gesprek verder te brengen of meer verdieping te verkrijgen, indien nodig [55].

2.2.1 Topics verloskundig zorgverleners

- Ervaringen met (stoppen met) roken binnen het sociale netwerk;
- Ervaringen met stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk;
- Knelpunten in begeleiding;
- Gewenste veranderingen.

2.2.2 Topics sociale netwerk

- Rookstatus en rookgedrag;
- Ondersteuning bieden aan de rokende zwangere;
- Rol van de verloskundig zorgverlener of andere zorgverleners in stoppen met roken.

2.3 Werving van respondenten

De doelgroep voor dit project bestond uit zowel verloskundig zorgverleners als mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen. De werving voor beide doelgroepen wordt hieronder beschreven.

2.3.1 Werving van verloskundig zorgverleners

Verloskundig zorgverleners zijn geworven in vier regio's met een relatief hoog percentage rokers en lage SES inwoners: Rotterdam, Den Haag, Utrecht en Arnhem [58, 59]. Voor de werving is een selectie gemaakt van lage SES buurten in deze vier regio's op basis van statusscores van het Sociaal Cultureel Planbureau [59].

Verloskundig zorgverleners zijn vervolgens geworven door contact op te nemen met praktijken in lage SES buurten in vier regio's en via bestaande netwerken vanuit het Trimbos-instituut. Er waren geen inclusiecriteria opgesteld voor verloskundig zorgverleners.

2.3.2 Werving van het sociale netwerk

De werving van het sociale netwerk verliep via verloskundigenpraktijken en via eigen initiatieven. Om ook voldoende respons te behalen onder lage SES respondenten, werd

geworven in lage SES buurten en zijn strategieën ingezet die het beste werken voor lage SES groepen [60].

- *Werving via verloskundigenpraktijken.* Allereerst zijn verloskundigen in de vier geselecteerde regio's gevraagd om de rokende sociale omgeving te attenderen op het project en/of informatiemateriaal op te hangen in hun praktijk. Uiteindelijk is de werving van het sociale netwerk uitgebreid verloskundigenpraktijken naar heel Nederland, waarbij is gefocust op dichtbevolkte gebieden. Geïnteresseerden konden zich vervolgens telefonisch, per WhatsApp of per mail aanmelden. Een aantal verloskundigen heeft partners actief gewezen op het project en hen direct ingeschreven. Ook is het onderzoeksteam in een aantal praktijken aanwezig geweest om te werven en, waar mogelijk, direct interviews af te nemen of vervolgspraken in te plannen.
- *Werving via eigen initiatieven.* Daarnaast is geworven via andere kanalen, zoals sociale media, buurthuizen en sportverenigingen. Ook is het snowball principe toegepast, waarbij respondenten is gevraagd om via hun eigen sociale netwerk andere mogelijk geïnteresseerden te werven.

Wanneer respondenten interesse toonden in deelname ontvingen zij een informatiebrief. Respondenten ontvingen een cadeaubon ter waarde van 10 euro voor deelname aan het interview. Interviews konden thuis, op locatie of telefonisch worden afgenomen. Er waren altijd twee onderzoekers aanwezig bij de fysieke interviews, met uitzondering van de interviews die plaatsvonden in verloskundigenpraktijken. Voorafgaand aan het interview werd deelnemers gevraagd een schriftelijke toestemmingsverklaring te ondertekenen.

Na aanmelden werd een aantal vragen gesteld om te bepalen of respondenten aan de inclusiecriteria voldeden. Mensen uit het sociale netwerk konden deelnemen aan de interviews wanneer ze a) 18 jaar en ouder waren, rookten of (tot kort voor de zwangerschap) hebben gerookt en b) hun vrouw, familielid of vriendin op dat moment zwanger was of recent (<6 maanden geleden) was bevallen.

2.4 Analyses

De opnames zijn zo snel mogelijk na het interview anoniem getranscribeerd volgens het 'Verbatim principe' (woordelijk uitgetypt, maar zonder irrelevante details) [57]. Middels analyses, uitgevoerd met kwalitatief analyse software programma MAXQDA, is systematisch samengevat wat over elk topic is gezegd. Allereerst werden tekstfragmenten gecodeerd door er labels aan te hangen (open coderen). Vervolgens werden deze tekstfragmenten met elkaar vergeleken en werden nieuwe codes ontwikkeld (axiaal coderen). Daarna werd de samenhang tussen de codes geanalyseerd (selectief coderen) [61].

2.5 Beschrijving van de onderzoeksgroepen

2.5.1 Verloskundig zorgverleners

In totaal zijn veertien verloskundig zorgverleners geïnccludeerd in deze verkenning. Van hen zijn twaalf werkzaam als eerstelijns verloskundigen, één is gynaecoloog-in-opleiding en één is werkzaam in zowel de eerste als de tweede lijn. Alle verloskundig zorgverleners hebben één of meerdere jaren ervaring in de geboortezorg.

2.5.2 Sociale omgeving

In totaal zijn er 22 mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen geïnccludeerd in deze verkenning, waarvan zestien partners en zes mensen uit het bredere sociale netwerk (twee moeders, één zus en drie vriendinnen, waarvan één zelf ook zwanger was). Van de zestien interviews met partners was twaalf keer ook de zwangere vrouw aanwezig. De zes interviews met naasten uit de bredere sociale omgeving zijn allemaal zonder andere aanwezigen afgenomen. De geïnterviewde mensen uit het sociale netwerk hadden ten tijde van de interviews een partner, kind, vriendin of zus die zwanger was (achttien keer), reeds bevallen was (vier keer) of een kinderwens had (één keer)³. Eén partner had een Poolse en één partner een Syrische achtergrond. Zij werden in het Engels geïnterviewd.

Het opleidingsniveau van de geïnterviewde mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen varieerde van laag (n=5), midden (n=7) tot hoog (n=8)⁴. Van twee geïnterviewde partners was het opleidingsniveau onbekend, omdat zij geen opleiding in Nederland hebben gevolgd en de Nederlandse equivalent niet bekend was.

De rookstatus verschilt per respondent. Het rookgedrag van het sociale netwerk van de zwangere of pas bevallen vrouwen ten tijde van het interview was als volgt:

- Dertien partners rookten voor, tijdens of na de zwangerschap en drie partners zijn voor of tijdens de zwangerschap van hun geliefde gestopt.
- Vijf respondenten uit het bredere sociale netwerk van de zwangere rookten door tijdens de zwangerschap.
- De geïnterviewde vriendin van een zwangere, die zelf ook zwanger was, was tijdens de zwangerschap van haar zwangere vriendin (en haar eigen zwangerschap) gestopt.

3 Interview komt uit het stageonderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Trimbos-instituut en valt daardoor buiten het criterium 'vrouw, familielid of vriendin is ten tijde van het interview zwanger of recent (<6 maanden geleden) bevallen'. Het interview is wel meegenomen in deze verkenning, omdat ook de periode voor de zwangerschap belangrijk is in het aanpassen van het rookgedrag van de zwangere en haar omgeving

4 Indeling opleidingsniveaus: laag (lager beroepsonderwijs, VMBO/MAVO, MBO-1 en MBO-2); midden (HAVO, VWO, MBO-3 en MBO-4); hoog (HBO en WO).

De rookstatus van de zwangere of pas bevallen vrouw waarvan het sociale netwerk (partner, kind, zus, vriendin) is geïnterviewd was als volgt:

- Veertien vrouwen zijn gestopt met roken voorafgaand aan of tijdens de zwangerschap
- Vier vrouwen hebben nooit gerookt
- Vier vrouwen rookten door tijdens de zwangerschap

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten afzonderlijk beschreven voor verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk van zwangere vrouwen.

3.1 Verloskundig zorgverleners

De geïnterviewde verloskundig zorgverleners geven allemaal aan dat zij stoppen-met-roken begeleiding geven aan zwangere vrouwen. De mate van intensiteit verschilt, al komt de stoppen-met-roken begeleiding overeen met het beeld dat wordt geschetst in een recent knelpuntenonderzoek [50]: er wordt gevraagd naar rookstatus en een stopdatum afgesproken, maar daarna neemt de intensiteit van de stoppen-met-roken begeleiding af.

In de volgende paragraaf worden de resultaten besproken die betrekking hebben op (stoppen-met-roken begeleiding van) het sociale netwerk van de zwangere.

3.1.1 Hebben verloskundig zorgverleners contact met het sociale netwerk van zwangere vrouwen?

Als het om het sociale netwerk van zwangere vrouwen gaat, hebben verloskundig zorgverleners vooral zicht op de partners, al is het contact niet frequent.

Partners zijn vaak aanwezig bij het eerste consult, daarna varieert de aanwezigheid

De meeste verloskundig zorgverleners geven aan dat partners meestal aanwezig zijn bij het eerste consult, wanneer de intake plaatsvindt. Bij de daaropvolgende consulten verschilt het echter per stel of de partner aanwezig is bij het consult. Bij de meeste stellen komt de partner niet elk consult mee.

“Partners zijn wel vaak bij het eerste consult, maar niet vaak later in de zwangerschap. Dat is echt heel wisselend; sommige partners zien we nooit en anderen gaan iedere keer mee. Maar in principe gemiddeld gezien, komen ze 3 of 4 keer maximaal mee.” – Eerstelijns verloskundige

Ook merken verloskundig zorgverleners op dat partners met een lage SES minder frequent op consult komen en zich minder goed aan gemaakte afspraken houden dan partners met een hoge SES.

“Bij een lage SES zie ik ook wel vaak dat mensen juist alleen komen en dan sta je wel een beetje met je handen in je haren” – Eerstelijns verloskundige

Mensen het uit bredere sociale netwerk komen niet vaak mee naar een consult

Mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen zijn vaak minder goed in beeld bij verloskundig zorgverleners dan partners. Soms komt er wel iemand mee zoals een moeder, vriendin of zus. Dit is meestal op momenten dat er echo's worden gemaakt. Echo's worden echter niet tijdens elk consult gemaakt, waardoor er geen frequent contact is met mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen. Ook komen zij vaak pas later in de zwangerschap mee met de zwangere. De resultaten van deze verkenning onder verloskundig zorgverleners hebben daarom veelal betrekking op de partners en minder op mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen, tenzij expliciet anders aangegeven.

3.1.2 In hoeverre geven verloskundig zorgverleners stoppen-met-roken advies en begeleiding aan het sociale netwerk van zwangere vrouwen en hoe wordt dit ontvangen?

De meeste verloskundig zorgverleners geven aan dat in hun stoppen-met-roken begeleiding sterk wordt gefocust op de zwangere vrouw zelf. Toch wordt in de meeste gevallen ook enig advies of begeleiding geboden aan rokende mensen uit het sociale netwerk van de zwangere. Hoewel de intensiteit van deze begeleiding vaak laag is, krijgen partners meer begeleiding dan mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen. Wat precies onder deze begeleiding wordt verstaan en welke adviezen worden gegeven verschilt sterk per verloskundig zorgverlener. Wel blijkt dat verloskundig zorgverleners voornamelijk inzetten op het buiten roken of het niet in de buurt van de zwangere roken. Onderstaand wordt de inhoud van de gegeven adviezen en de ervaren knelpunten beschreven.

Verloskundig zorgverleners missen vaak vaardigheden om partners te motiveren te stoppen

De verloskundig zorgverlener vraagt meestal aan de partner of hij rookt en stelt vaak ook de stopmotivatie van de partner vast. Verloskundig zorgverleners geven aan dat ze het liefst willen dat de partner daadwerkelijk stopt met roken, maar vinden het lastig om dit te bewerkstelligen. Verloskundig zorgverleners missen bijvoorbeeld vaak vaardigheden om partners te motiveren om te stoppen met roken.

“Ik ben verloskundige, hoe moet ik dat (stoppen-met-roken begeleiding) doen, dat is niet mijn expertise, daar is meer voor nodig.” – Eerstelijns verloskundige

Verloskundig zorgverleners geven partners nog vaak het advies om buiten te roken en adviseren soms om te minderen

Wanneer de partners aangeven niet te stoppen met roken, omdat ze dat niet willen of omdat het niet lukt, zetten verloskundig zorgverleners vaak in op het advies om

buiten te roken. Sommige verloskundig zorgverleners zetten hier al direct op in en achterhalen de stopmotivatie van de partner niet. De meeste verloskundig zorgverleners lijken buiten roken een goede aanpak te vinden in het adviseren van de partner. Ook het minderen en stap voor stap afbouwen van het aantal sigaretten wordt door verloskundig zorgverleners gegeven als advies.

“Als ze (de partners) eenmaal buiten roken denk ik dat ze dan toch denken dat, ja we willen natuurlijk het liefst dat ze stoppen, maar dat het dan al goed is en uiteindelijk is het natuurlijk hun verantwoordelijkheid. Maar dat kan ik dan nog oké vinden ofzo.” – Eerstelijns verloskundige

Het gesprek met de partner over (stoppen met) roken vindt meestal alleen plaats tijdens het eerste consult (de intake) zonder follow-up.

Aan mensen uit het bredere sociale netwerk wordt vaak geen advies gegeven over roken

Met mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen wordt (stoppen met) roken meestal niet (expliciet) besproken. Tot een stopadvies komt het bij hen dan ook vaak niet. De meeste verloskundig zorgverleners die het roken bespreken met mensen uit het bredere sociale netwerk, geven enkel informatie over de gevolgen van meerroken. Op die manier wordt het bredere sociale netwerk globaal/indirect betrokken in het stoppen-met-roken gesprek van de zwangere.

“Echt actief op het spreekuur vragen aan de moeder (van de zwangere) of ze rookt, dat zou ik zelf ook niet zo snel doen, ondanks dat ik weet dat het goed is, maar om het echt te vragen aan een moeder (van de zwangere) die ik eigenlijk helemaal niet ken, die voelen eigenlijk nog verder weg dan de partner.” – Eerstelijns verloskundige.

Aan zwangere vrouwen wordt vaak advies gegeven over het voorkomen van meerroken

Ook aan zwangere vrouwen wordt door verloskundig zorgverleners vaak informatie gegeven over (mee)roken. Dit gebeurt ook als er geen anderen aanwezig zijn tijdens het consult. De zwangere kan deze informatie dan zelf overbrengen aan mensen uit haar netwerk en er zelf voor zorgen dat haar omgeving rookvrij blijft. Verloskundig zorgverleners merken op dat zwangere vrouwen die roken zich vaak ook bevinden in een omgeving waar roken als normaal wordt beschouwd en waar een pro-roken norm heerst.

“Het is echt zelden dat je een vrouw hebt die echt helemaal alleen rookt met een rookvrije omgeving om haar heen, dat komt eigenlijk niet zo vaak voor.” – Eerstelijns verloskundige

Verloskundig zorgverleners geven aan dat sommige zwangere vrouwen het lastig vinden om van hun omgeving te vragen te stoppen met roken. Ook is het voor de verloskundig zorgverleners onbekend en onduidelijk of en in hoeverre de informatie aankomt bij mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen, wanneer een zwangere dit zelf aan hen overbrengt.

Verschillen tussen hoge en lage SES in stoppen-met-roken begeleiding

De meeste verloskundig zorgverleners geven aan dat het begeleiden van partners met een lage SES lastig is, omdat het moeilijk is om hen te motiveren tot het veranderen van het rookgedrag. Naast het roken spelen hierbij vaak meerdere problemen, zoals financiële moeilijkheden en psychische problemen. Zwangere vrouwen met een hoge SES en hun sociale netwerk zijn vaak, voordat ze bij de verloskundige komen, al gestopt met roken of zijn vaak gemakkelijker te motiveren om te stoppen met roken door duidelijke argumenten en informatie te geven. Ook geeft een aantal verloskundigen aan dat stellen met een hoge SES eerder bereid zijn om samen te stoppen met roken dan stellen met een lage SES.

Partners reageren vaak laconiek op een stopadvies van verloskundig zorgverleners

Partners die nog roken, lijken dit volgens verloskundig zorgverleners meestal niet als een groot probleem te zien. Zij zien vaak alleen het roken van de zwangere als een probleem. De partners geven aan dat ze alleen nog buiten of op het werk roken en dat dit daarom geen probleem vormt voor de zwangere. Het advies van verloskundig zorgverleners om buiten of niet in de buurt van de zwangere te roken, wordt vaak wel opgevolgd. Op een advies om volledig te stoppen met roken reageren partners vaak laconiek of lacherig en zij volgen dit advies volgens de verloskundig zorgverleners vaak niet op.

“Die (de partners) zien het toch meer als het probleem van de zwangere. Die willen dan wel helpen door te zeggen van ik rook niet meer in huis of nee ik rook alleen maar op het balkon, maar er blijven natuurlijk wel sigaretten in de buurt en ja ik vind het toch altijd een beetje dat ze het afschuiven.” – Eerstelijns verloskundige

Een aantal verloskundig zorgverleners geeft aan dat vanuit het sociale netwerk van de zwangere ook negatieve steun kan ontstaan. Met name bij niet-rokende partners van rokende zwangere vrouwen komt het voor dat zij boos kunnen reageren op de zwangere. Deze partners vertellen de zwangere dat zij moet stoppen met roken. Verloskundig zorgverleners geven aan dat dit juist averechts kan werken en een verkeerde vorm van steun biedt.

Partners stellen het stoppen vaak uit tot het einde van de zwangerschap

Verloskundig zorgverleners horen en merken vaak dat partners het stoppen met roken uitstellen totdat de baby er eenmaal is of wachten tot het einde van de zwangerschap. Een zwangerschap is vaak vrij abstract voor de partners, maar zodra hun kind geboren

is of ze hun kind voelen bewegen in de buik, is er meer zichtbare noodzaak om te stoppen met roken.

“Wat je nog wel eens ziet is dat mensen afspreken als de baby er is, dat de partner dan gaat stoppen met roken (...) en in de zwangerschap, dat ze dan denken ja ik rook buiten ze rookt niet mee, het is wel goed zo” – Eerstelijns verloskundige

Aan het bredere sociale netwerk wordt vaak geen stopadvies geven

Stoppen met roken wordt vaak niet besproken met mensen uit het bredere sociale netwerk. Als het roken per toeval ter sprake komt zijn de reacties wisselend. De meeste mensen uit het bredere sociale netwerk stemmen er wel mee in dat de zwangere beter kan stoppen met roken, maar echte steun vanuit de omgeving bij het stoppen met roken ontbreekt vaak.

Ook zeggen sommige verloskundig zorgverleners dat mensen uit het bredere sociale netwerk niet open staan voor stoppen-met-roken begeleiding.

Verloskundige over wat een moeder van een zwangere vrouw zegt: “waar bemoei jij je mee, je bent de verloskundige van mijn dochter, of mijn schoondochter en dan ga je je bemoeien met mijn rookgedrag.” – Eerstelijns verloskundige

Het sociale netwerk geeft soms adviezen aan de zwangere vrouw die niet helpen

Ook komt het voor dat als het roken besproken wordt in aanwezigheid van bijvoorbeeld de moeder van de zwangere, deze moeder aangeeft dat zij zelf ook heeft gerookt tijdens haar zwangerschap en dat zij ook gewoon gezonde kinderen heeft gekregen. De moeder van een zwangere zou een rolmodel kunnen zijn voor de zwangere, maar in dergelijke gevallen werkt dat juist averechts.

“Soms komen ze (moeders van zwangere vrouwen) ook als ze zelf rokende zijn mee en je wilt gewoon de zwangere zelf aanmoedigen om te stoppen, dan kan het ook een beetje belemmerend zijn, want dan geven ze advies van ‘ja ik heb het ook gedaan tijdens mijn zwangerschappen, er is niks gebeurd’” – Eerstelijns verloskundige

Zwangere vrouwen verlangen vaak niet van hun partners dat ze stoppen met roken

Zwangere vrouwen weten meestal wel dat hun huis rookvrij moet zijn en dat hun partner niet moet roken. Toch zijn er volgens de verloskundig zorgverleners ook zwangere vrouwen die niet van hun partner verwachten dat ze helemaal stoppen met roken, maar genoeg nemen met het feit dat hun partner buiten gaat roken. Dit maakt het voor verloskundig zorgverleners lastig om partners toch te motiveren om helemaal te stoppen met roken.

“Een partner doet 9 van de 10 keer al concessies en gaat naar het balkon of buiten en rookt niet binnen en als een zwangere daar oké mee is, ja wie zijn wij om dan te zeggen dat vinden we niet oké” – Eerstelijns verloskundige

3.1.3 Welke strategieën zetten verloskundig zorgverleners in als het gaat om stoppen-met-roken advies en begeleiding aan mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen?

Een aantal verloskundig zorgverleners noemt strategieën die worden toegepast en die zouden kunnen leiden tot het stoppen met roken van het sociale netwerk. De meeste strategieën die genoemd worden zijn vaak niet specifiek gericht op de omgeving, maar worden gebruikt voor zowel de zwangere als het sociale netwerk.

- Een aantal verloskundig zorgverleners noemt het inzetten op het stap voor stap afbouwen met roken een goede manier om het stoppen met roken aan te pakken. Bij de zwangere heeft dit betrekking op het afbouwen van het aantal sigaretten per dag. Bij de partner wordt het buiten roken vaak als een stap in de goede richting gezien. Overigens zijn er ook verloskundig zorgverleners die aangeven dat minderen⁵ niet werkt en dat zowel de zwangere vrouw als haar omgeving in één keer moeten stoppen met roken.
- Ook geven verloskundig zorgverleners aan dat het helpt als zij erkennen dat het moeilijk is om te stoppen met roken en als zij de zwangere vrouw en de partners complimenten geven over het stoppen/minderen met roken.
- Door enkele verloskundig zorgverleners wordt het schetsen van de financiële situatie gezien als een strategie die zou kunnen werken. Eén verloskundige geeft daarbij aan dat dit beter zou werken voor de partner dan voor de zwangere zelf, omdat zij merkt dat partners vaak wat praktischer zijn ingesteld dan de zwangere en daardoor vatbaarder zijn voor wat ze kunnen besparen als ze stoppen met roken.
- Een aantal eerstelijns verloskundigen geeft aan dat er bij hen in de praktijk een apart ‘VMIS consult’ wordt ingepland met vrouwen die bij de intake aangeven te roken. Tijdens dit VMIS consult is er meer tijd om het roken te bespreken dan tijdens een regulier consult. De verloskundigen geven echter aan dat de partner of de bredere sociale omgeving niet specifiek wordt betrokken in dit spreekuur, maar als de partner mee komt zij wel bij het stoppen met roken worden betrokken.
- De meeste verloskundig zorgverleners geven aan dat zij niet belerend willen over komen op de zwangere vrouw en haar sociale netwerk. Door belerend over te komen stoppen de zwangere en haar sociale netwerk vaak niet met roken en het komt ook de band tussen hen en de verloskundige niet ten goede.
- Het geven van beeldende informatie geven over bijvoorbeeld benauwdheid bij de baby door roken, dat dit voelt als het inademen door een rietje, komt volgens een verloskundig zorgverlener vaak wel binnen bij zowel de zwangere als haar sociale netwerk.

5 Minderen is geen aanbevolen methode om te stoppen met roken of een alternatief voor roken.

- Samen stoppen wordt door veel verloskundig zorgverleners gezien als een goede methode, maar wordt niet altijd specifiek als advies gegeven door verloskundig zorgverleners. Ook lijkt dit bij hoge SES vaker voor te komen dan bij de lage SES.
- Een aantal verloskundigen geeft aan pas te zijn gestart of te gaan beginnen met het concept 'CenteringPregnancy' (zie ook kader 2). Op het gebied van roken zien verloskundigen een aantal voordelen aan dit concept. Ze hebben ten eerste meer tijd om het roken te bespreken en ten tweede verwachten ze dat de groep de rokende vrouw of partner aanspreekt op het rookgedrag. Dit heeft mogelijk meer of een versterkend effect dan het aanspreken door enkel de verloskundige.
- Ook wordt tijd nemen om interesse te tonen in de mensen uit het sociale netwerk van de zwangere vrouwen, om een band op te bouwen, genoemd door verloskundig zorgverleners als een goede strategie. Op deze manier is het makkelijker om een gesprek over roken aan te knopen met de omgeving.
- Daarnaast wordt door enkele verloskundig zorgverleners genoemd dat het helpt als de zwangere vrouw en haar sociale omgeving het gevoel krijgen dat ze zelf de beslissing hebben genomen om te stoppen met roken, door niet alle opties (zoals samen stoppen) voor te kauwen, maar ze aan te moedigen om zelf acties te bedenken.
- Een verloskundig zorgverlener gaf aan feitelijk informatie over bijvoorbeeld het aantal baby's dat overlijdt door roken in te zetten als strategie.

Kader 2: CenteringPregnancy

Bij CenteringPregnancy (CP) wordt in groepsverband verloskundige zorg aangeboden aan zwangere vrouwen met ongeveer dezelfde zwangerschapsduur. Een groep heeft een vaste samenstelling en bevat ongeveer tien tot twaalf zwangere vrouwen. Het programma bestaat uit tien sessies die elke twee uur duren. Tijdens de sessies vinden gesprekken plaats over verschillende onderwerpen die vrouwen bezig houden tijdens hun zwangerschap. Deze gesprekken vinden plaats tussen de verloskundig zorgverlener en de zwangere vrouwen, maar ook tussen de zwangere vrouwen zelf. Binnen de groep vinden ook controles plaats, zoals het meten van de bloeddruk en de groei van de baby [62]. Uit de interviews met de verloskundig zorgverleners uit deze verkenning die ervaring hebben met CP blijkt dat de aanwezigheid van de partner afhankelijk is van de afspraak die de groep hierover maakt, maar meestal zijn partners niet bij alle sessies aanwezig.

3.1.4 Faciliteren verloskundig zorgverleners ondersteuning vanuit het sociale netwerk?

De meeste verloskundig zorgverleners geven aan dat de zwangere vrouw behoefte heeft aan steun vanuit haar omgeving bij het stoppen met roken of gestopt blijven.

“Die vrouw heeft gewoon een beetje steun nodig en als je het samen doet, denk ik altijd, dan kan je elkaar ondersteunen dan sta je veel sterker, maar ze zijn lang niet allemaal te motiveren.” – Eerstelijns verloskundige

Verloskundig zorgverleners faciliteren ondersteuning voornamelijk door het geven van adviezen over (stoppen met) roken aan de omgeving van de zwangere vrouw. Zoals hierboven beschreven wordt buiten roken nog vaak als advies gegeven door verloskundig zorgverleners. Dit wordt vaak wel opgevolgd door partners, als zij dit nog niet uit zichzelf hebben gedaan. Samen stoppen met roken wordt minder vaak als advies gegeven aan partners. Verloskundig zorgverleners geven aan dat deze manier van ondersteuning lastig te faciliteren is, omdat partners volgens hen vaak niet gemotiveerd zijn om ook daadwerkelijk te stoppen met roken. Daarnaast is het voor verloskundig zorgverleners moeilijk om ondersteuning vanuit het sociale netwerk te faciliteren wanneer partners of andere mensen uit het sociale netwerk van de zwangere vrouw niet aanwezig zijn tijdens het consult.

3.1.5 Hebben verloskundig zorgverleners een rol in de stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk?

De verloskundig zorgverleners zijn het er over eens dat mensen uit het sociale netwerk een belangrijke rol (kunnen) spelen in het stoppen met roken van de zwangere. De meningen zijn echter verdeeld of zij hier zelf ook een actieve rol in spelen.

“Ik denk dat de sociale omgeving de allergrootste drempel is om te stoppen met roken voor de zwangere” – Eerstelijns verloskundige

Voor verloskundig zorgverleners is het onduidelijk welke rol zij spelen bij het adviseren/begeleiden van het sociale netwerk

De meeste verloskundig zorgverleners geven aan dat hun taak primair ligt bij het zorgen voor een gezonde moeder en baby en dat hun rol beperkt blijft tot het signaleren, voorlichting geven over roken en doorverwijzen naar een stoppen-met-roken behandeling.

“Ze komen niet naar mij om een stoppen-met-roken poli, ze komen naar mij omdat die vrouw zwanger is en daar gaan wij dan voor zorgen, dat is ons werk.” – Eerstelijns verloskundige

Wel geven de meeste verloskundig zorgverleners aan dat een gezonde omgeving onderdeel uitmaakt van een goede gezondheid van moeder en kind. Dit wordt vaak gespecificeerd naar de directe omgeving, zoals de partner, waar de zwangere vaak mee

in huis woont. De meeste verloskundig zorgverleners geven om die reden wel aan het als hun taak te zien om ook de partner te betrekken in het stoppen-met-roken advies. Ze vinden het echter wel wat ver gaan om, naast de partner, ook mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouw te betrekken.

"Voor de partner voel ik me al meer verantwoordelijk, omdat dat uiteindelijk het gezin is waar dat kind in komt, maar voor de moeder van die vrouw, ik denk wel dat het helpt, maar ik voel me niet direct verantwoordelijk" – Eerstelijns verloskundige

Verloskundig zorgverleners vinden het lastig om duidelijk te bepalen of zij een rol spelen in stoppen met roken onder het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen, en hoe hun rol er eventueel uit moet zien. De meeste verloskundig zorgverleners geven aan een rol te kunnen spelen in het bewust maken van mensen uit de omgeving van de zwangere omtrent de gevolgen van het roken in het bijzijn van de zwangere, met name als de omgeving van de zwangere aanwezig is tijdens het consult.

"Het is mijn rol om zo goed mogelijk te zorgen voor de zwangere en haar kind en dit (de omgeving) is wel een essentieel onderdeel en dus een kans of een mogelijkheid om haar te helpen. Als ik die oma, die daar met haar rokershoestje naast zit, maar iets kan laten inzien van haar belang aan die moeder, dan helpt dat op zijn minst wat. Dus ja het is wel fijn dat ze erbij zit, want dat is al een kans, want ja als ze niet meekomt, dan is het alleen maar hard werken denk ik voor zo een zwangere als zij bij haar ouders komt en ze zitten daar nog stug te roken. Het is niet je rol die omgeving, want in principe zie je ze niet altijd, je moet het benutten als ze zich presenteren" – Eerstelijns verloskundige

Verloskundig zorgverleners zien een rol voor andere zorgverleners in de begeleiding van het sociale netwerk

Vaak geven verloskundig zorgverleners aan dat ze het de rol van een andere zorgverlener vinden om een behandeltraject in te gaan met het sociale netwerk van de zwangere omtrent het daadwerkelijk stoppen met roken. De huisarts (of praktijkondersteuner), de verslavingszorg, de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) worden het vaakst genoemd als zorgverleners die een belangrijke rol kunnen spelen bij stoppen met roken van mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen. De verloskundig zorgverleners benadrukken daarbij hun behandelrelatie met de zwangere vrouw en geven aan deze relatie niet te hebben met haar sociale netwerk. Voor een andere zorgverlener is het makkelijker om een gelijke behandelrelatie aan te gaan met zowel de zwangere als haar omgeving. Ook geven de verloskundig zorgverleners aan dat andere zorgverleners vaak langdurige(re) zorg kunnen bieden, aan zowel de zwangere als de omgeving. Verloskundigen zien de zwangere en haar omgeving vaak maar voor een periode van ongeveer zeven maanden, waarbij de aanstaande ouders ook niet altijd contact hebben met dezelfde verloskundige.

3.1.6 Verwijzen verloskundig zorgverleners het sociale netwerk door en zo ja, naar wie?

Voor begeleiding bij het stoppen met roken verwijzen verloskundig zorgverleners de zwangere vrouwen wel eens door naar een andere zorgverlener.

Partners worden niet vaak doorverwezen voor begeleiding

Ook partners worden wel eens doorverwezen, maar over het algemeen gebeurt dit minder vaak dan bij de zwangere vrouw zelf. De stoppen-met-roken poli en de huisarts⁶ of praktijkondersteuner worden het vaakst genoemd als doorverwijsmogelijkheden. Daarnaast wordt door enkele verloskundig zorgverleners ook een maatschappelijk werker, stoppen-met-roken coach, de kraamzorg en het consultatiebureau genoemd als mogelijkheden om naar door te verwijzen.

Bij doorverwijzing vindt vaak geen terugkoppeling plaats naar verloskundige zorgverlener

Wanneer een cliënt wordt doorverwezen, vindt er vaak geen terugkoppeling plaats van de andere zorgverlener naar de verloskundig zorgverlener. De verloskundig zorgverlener moet bij de zwangere en de partner zelf navragen of ze bijvoorbeeld daadwerkelijk bij de huisarts zijn geweest en wat er is besproken. Verloskundig zorgverleners geven aan het idee te hebben dat partners vaak niet langsgaan bij de zorgverlener waarnaar doorverwezen wordt.

Redenen voor doorverwijzen

De redenen waarom verloskundig zorgverleners zwangere vrouwen en partners doorverwijzen naar andere zorgverleners zijn, onder andere:

- omdat ze zelf weinig tijd hebben tijdens een consult;
- omdat ze zelf de vaardigheden missen om zowel de zwangere als haar netwerk te begeleiden in het stoppen met roken;
- en omdat een andere zorgverlener zoals de huisarts een gelijke behandelrelatie heeft met zowel de zwangere als met de partner, terwijl een verloskundige enkel een behandelrelatie heeft met de zwangere vrouw (zie ook "3.1.9 Ervaren verloskundig zorgverleners knelpunten in de stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk van zwangere vrouwen?").

Knelpunt: aantal doorverwijsmogelijkheden is beperkt

Een aantal verloskundig zorgverleners geeft aan dat er weinig of geen goede doorverwijsmogelijkheden zijn. Ze zouden zwangere vrouwen en partners graag doorverwijzen naar bijvoorbeeld de huisarts, maar geven aan het idee te hebben dat deze zorgverleners weinig aandacht besteden aan het stoppen met roken. Om deze reden verwijzen zij juist niet door naar dergelijke zorgverleners.

6 Huisartsen kunnen ook worden gezien als verloskundig zorgverleners. Omdat huisarts geen onderzoeksdoelgroep waren van dit project, worden zij apart vermeld.

3.1.7 Vindt er vanuit de verloskundig zorgverleners informatieoverdracht plaats naar andere zorgverleners over het rookgedrag van het sociale netwerk?

Informatie over het rookgedrag van mensen uit het sociale netwerk van de zwangere wordt, net als de rookstatus van de zwangere zelf, vrijwel niet overgedragen aan bijvoorbeeld de kraamzorg of de JGZ. Een klein aantal eerstelijns verloskundigen geeft aan dat er wel een overdracht plaatsvindt met de kraamzorg en de JGZ wanneer specifiek in huis wordt gerookt.

"Soms zie je dat als er stevig gerookt wordt dat er andere dingen ook spelen en daar kan je natuurlijk wel informatie over geven, maar niet als het verder allemaal prachtig er uit ziet en ze rookt alleen 10 sigaretten per dag, dan gaan wij dat niet tegen een kraam zeggen." – Eerstelijns verloskundige

Omdat bij de kraamzorg een intake plaatsvindt tijdens de zwangerschap, waarin in principe naar het rookgedrag wordt gevraagd van de aanstaande moeder en haar partner, is expliciete overdracht naar kraamzorg volgens een aantal verloskundig zorgverleners niet nodig.

3.1.8 Gebruiken verloskundig zorgverleners tools en materialen gericht op het sociale netwerk?

De meeste verloskundig zorgverleners geven aan geen fysieke materialen, zoals folders over (stoppen met) roken, te gebruiken. Als er al materialen worden gebruikt, zijn deze enkel gericht op de zwangere vrouw. De verloskundig zorgverleners geven aan dat er weinig tot geen materialen beschikbaar zijn die gericht zijn op de partner of het bredere sociale netwerk.

Indien materialen gericht op de omgeving wel beschikbaar zouden zijn, verschillen de meningen onder de verloskundig zorgverleners over het gebruik van deze informatiefolders. Sommigen geven aan dat folders gericht op het sociale netwerk wel zouden kunnen werken. Anderen geven aan dat folders in het algemeen niet worden gelezen door de omgeving of dat deze materialen vaak te ingewikkeld zijn voor de lage SES doelgroep.

Wel verwijzen verloskundig zorgverleners vaak door naar verschillende websites waar meer informatie te vinden is over stoppen met roken. De meeste verloskundig zorgverleners hebben echter het idee dat deze websites niet vaak worden gebruikt.

"Ik zie partners wel altijd in de foldertjes bladeren, als ik iets noem denk ik dat ze het ook snel weer vergeten en als het op papier staat, zou het wellicht kunnen helpen. Papier blijft toch meer beeldend dan een website, want bij een website, kijk hier heb je een kaartje ga maar naar die website, dat blijft toch verder weg"
– Eerstelijns verloskundige

Ook benoemen enkele verloskundig zorgverleners de campagne 'Help een stopper' (zie kader 1). De verloskundig zorgverleners die de campagne benoemen zijn positief hierover.

"Dat zie je nu ook in de reclame toch over stoppen met roken. Ik denk dat het heel goed is dat mensen nog meer op de hoogte zijn van dat het eigenlijk niet kan, dat er binnen iemand naast je staat te roken, dat dat echt een no-go is. Dus dat zal ongetwijfeld heel belangrijk zijn en ik hoop dat dat in de toekomst steeds groter bekend wordt bij iedereen." – Eerstelijns verloskundige

3.1.9 Ervaren verloskundig zorgverleners knelpunten in de stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk van zwangere vrouwen?

Verloskundig zorgverleners geven aan diverse knelpunten te ervaren in de stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk. Veel van deze knelpunten gelden ook voor de stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen zelf. Hieronder worden de belangrijkste knelpunten benoemd die door de verloskundig zorgverleners zijn aangekaart.

Het sociale netwerk is moeilijk te bereiken

Doordat de partner en mensen uit het bredere sociale netwerk van de zwangere vaak niet frequent aanwezig zijn tijdens consulten, is de omgeving moeilijk te bereiken voor verloskundig zorgverleners. Partners komen vaker mee dan mensen uit het bredere sociale netwerk, maar ook zij zijn lang niet altijd aanwezig. Daardoor is het lastig voor de verloskundig zorgverlener om de omgeving te bereiken en om ook met hen een band op te bouwen. Ook is het in dit geval lastig om ze herhaaldelijk naar het (stoppen met) roken te vragen.

Weinig tijd tijdens het consult

Daarnaast wordt door de meeste verloskundigen aangegeven dat er te weinig tijd is tijdens een consult om ook de omgeving te begeleiden. Er zijn veel zaken die besproken moeten worden tijdens een consult. Omdat er vaak al weinig tijd is om roken te bespreken met de zwangere, blijft er meestal zeer weinig tijd over om het roken te bespreken met de omgeving en om de omgeving te begeleiden bij het stoppen met roken.

Gebrek aan vaardigheden om de omgeving te motiveren tot veranderingen in rookgedrag

Wat zowel voor de rokende zwangere vrouw als voor rokers uit haar sociale netwerk geldt, is dat ze volgens de verloskundig zorgverleners moeilijk te motiveren zijn om te stoppen. Een aantal verloskundige geeft aan de vaardigheden en technieken te missen die nodig zijn om de omgeving te kunnen stimuleren om te stoppen met roken en geeft daarbij vaak ook aan dat dit waarschijnlijk niet in het takenpakket van een verloskundige thuis hoort (zie ook "3.1.5 Hebben verloskundig zorgverleners een rol in de stoppen-met-roken begeleiding van het sociale netwerk?").

Bang om vertrouwensband met zwangere te schaden

Verloskundig zorgverleners willen de zwangere niet van zich afstoten. Daardoor zijn verloskundig zorgverleners soms terughoudend in de stoppen-met-roken begeleiding van de zwangere en van haar omgeving. De verloskundige wil voorkomen dat ze de zwangere het gevoel geeft klemgezet te worden door ook haar omgeving bij het stoppen met roken te betrekken.

Negatieve invloed van de reactie van de omgeving op de zwangere

Als iemand uit het sociale netwerk, zoals een moeder of een zus, mee komt naar het consult komt het ook voor dat ze een negatieve invloed uitoefenen op de (begeleiding van de) zwangere. Sommige moeders geven bijvoorbeeld aan ook te hebben gerookt tijdens de zwangerschap en bij hen is het ook allemaal goed gekomen. Hiermee wordt de voorlichting van de verloskundig zorgverlener ondermijnd.

Het sociale netwerk staat niet open voor begeleiding

Onder sommige verloskundig zorgverleners heerst de zorg dat mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen het stopadvies zien als bemoeien en daardoor niet open staan voor begeleiding van de verloskundig zorgverlener. Volgens de verloskundig zorgverleners zijn de meeste partners die roken ook niet gemotiveerd om te stoppen. Een aantal verloskundig zorgverleners geeft echter wel aan het idee te hebben dat mensen uit de sociale omgeving van de zwangere open staan voor begeleiding en dat partners het ook verwachten dat (stoppen met) roken wordt besproken.

Overige knelpunten

Knelpunten die ook door een aantal verloskundig zorgverleners worden benoemd, maar minder vaak of minder specifiek betrekking hebben op de sociale omgeving, zijn:

- Het geven van sociaal wenselijke antwoorden over het rookgedrag van zowel de zwangere als haar omgeving. Hierdoor is het voor de verloskundig zorgverlener lastig om de situatie omtrent het roken in kaart te brengen.
- Het ontbreken van continuïteit van zorgverleners waardoor het moeilijk is om een band op te bouwen met de zwangere en haar omgeving.
- Weinig sociale druk op het stoppen met roken van de zwangere en de omgeving. Dit speelt met name bij zwangere vrouwen met een lage SES.
- Taalbarrières en laaggeletterdheid bij zowel de zwangere als haar omgeving.

3.1.10 Welke aanbevelingen geven de verloskundig zorgverleners als het gaat om stoppen-met-roken begeleiding onder mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen?

De meeste verloskundig zorgverleners geven aan het lastig te vinden om aanbevelingen te geven, al denken ze wel dat de begeleiding van de omgeving beter kan. Een klein aantal verloskundig zorgverleners heeft aanbevelingen gegeven waarvan enkele betrekking hebben op de verloskundige zelf en een aantal op andere partijen.

- Een aantal verloskundig zorgverleners geeft aan dat er meer ingezet zou kunnen

worden op het herhalen van het stopadvies aan partners. Dit wordt nu vaak enkel tijdens het eerste consult besproken.

- Verbetering in hoe de huisarts en consultatiebureaus stoppen-met-roken hulp voor de zwangere en haar omgeving oppakken.
- Verbetering in de informatieoverdracht hiervan naar de verloskundige, zodat verloskundigen meer inzicht hebben in hoe deze begeleiding wordt opgepakt.
- Ook geven enkele verloskundigen aan dat als de baby eenmaal geboren is het allemaal iets vatbaarder wordt voor de partner. Mogelijk zou dit een goed moment kunnen zijn waar een (andere) zorgverlener op in zou kunnen springen.
- Een prenataal huisbezoek, door bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige, wordt genoemd als een manier om (het roken in) de omgeving van de zwangere in kaart te kunnen brengen.
- Een goede samenwerking met andere partijen, zoals de kraamzorg en de JGZ, kan ook zorgen voor een verbetering in de begeleiding en het samenwerken in de begeleiding van de omgeving.
- Bijscholing voor verloskundig zorgverleners over onderwerpen, zoals derdehands rook, kan voor een zorgverlener voor meer handvatten zorgen in stoppen-met-roken advies en begeleiding van de omgeving.
- De zwangere en de partner samen aanpakken op het stoppen met roken.

3.2 Het sociale netwerk van de zwangere vrouw

In de volgende paragrafen worden de resultaten besproken die betrekking hebben op 1) de ervaringen en wensen van het sociale netwerk van zwangere vrouwen met betrekking tot het ontvangen van stoppen-met-roken ondersteuning van o.a. verloskundig zorgverleners en 2) het bieden van stoppen-met-roken ondersteuning aan zwangere vrouwen.

Wanneer er wordt gesproken over respondenten gaat het over de geïnterviewde partners en de mensen uit het bredere sociale netwerk van de zwangere, niet over de zwangere zelf. Waar relevant worden partners en het bredere sociale netwerk (moeder, zus, vriendin) van de zwangere vrouwen apart benoemd. In sommige gevallen was ook de zwangere vrouw aanwezig tijdens het interview met het sociale netwerk en hebben zij aanvullende informatie gegeven. Als resultaten van zwangere vrouwen worden besproken, wordt dit vermeld.

3.2.1 Wat is de motivatie voor het sociale netwerk van de zwangere om het rookgedrag aan te passen en wat werkt tegen?

De geïnterviewde deelnemers benoemden verschillende motivationele redenen om hun rookgedrag aan te passen, maar ondervinden ook belemmeringen.

Motivatie: gezondheid moeder en kind

Waar bij eerdere stoppogingen van de partner vooral de eigen gezondheid de grootste motivatie was om hun rookgedrag aan te passen, is dit rondom de zwangerschap van hun geliefde vaak een combinatie van hun eigen gezondheid en de gezondheid van moeder en kind. Hoewel de meeste geïnterviewde partners niet volledig stoppen met roken, maken ze vaak wel aanpassingen door niet in de buurt van de zwangere te roken of door te minderen⁷. De partners vinden het belangrijk dat de zwangere vrouw en daarmee ook de baby geen last heeft van de rook.

"Het niet goed is als ik voor haar neus ga roken of bij haar in de buurt, dat is ook niet echt handig voor de gezondheid van de baby." – Partner zwangere vrouw

Een aantal partners geeft ook aan dat zij het belangrijk vinden om te stoppen met roken om daarmee te voorkomen dat zij zelf ziek worden of vroegtijdig overlijden en daardoor hun kind niet kunnen zien opgroeien.

"Nu met haar heb ik wel meer zoiets van, dan hoop ik toch wel meer mee te maken en hoop ik niet dat zij dadelijk met haar 10e haar vader hoeft te begraven." – Jonge vader

"Ja ik denk dat ik op een gegeven moment toch wel wil stoppen, want dan krijg je opeens een kind en dan denk je nou ik moet ook geen kanker krijgen ofzo, dus dat is wel een stimulans." – Partner zwangere vrouw

Voor het bredere sociale netwerk van de zwangere is de zwangerschap van hun geliefde vaak niet de motivatie om te stoppen met roken. Als zij stoppen is dit vaak voor hun eigen gezondheid. Vaak wordt er wel rekening gehouden met de zwangere door buiten te gaan roken, maar dit is niet altijd het geval.

"De zwangerschap van mijn dochter is geen reden om helemaal te stoppen, nee als ik maar zorg dat die kleine en zij gewoon er niet mee in aanraking komen." – Moeder zwangere vrouw

Motivatie: kindervens

Voor een aantal geïnterviewde partners was de kindervens zelf de voornaamste reden om te stoppen met roken en zij maakten voorafgaand aan de zwangerschap al aanpassingen in hun rookgedrag. De partner is zich vaak bewust van de gevolgen die roken kan hebben op de vruchtbaarheid. Partners willen er vaak alles aan doen om de kans op een zwangerschap te vergroten en stoppen met roken.

⁷ Minderen is geen aanbevolen methode om te stoppen met roken of een alternatief voor roken.

"Ik heb ook ergens van tevoren toen we ook echt de knoop hadden doorgehakt van oké we willen een kind, ik had ook ergens gelezen van het is ook slecht voor je vruchtbaarheid, als man zijnde, maar ook als vrouw, toen had ik ook wel zoiets van oké weet je wel, klaar gewoon." – Partner van zwangere

Motivatie: Ondersteuning zwangere vrouw

Ook het ondersteunen van de zwangere bij het stoppen met roken wordt als reden genoemd om te stoppen met roken of om niet in de buurt van de zwangere te roken (zie ook "3.2.2 Hoe ondersteunt de omgeving de zwangere bij het stoppen met roken: wat gaat goed en wat gaat minder goed?").

Belemmering: Stoppen uitstellen tot na de geboorte

Sommige partners stellen het stoppen met roken uit tot het moment dat de baby eenmaal geboren is.

"Ik rookte al veel minder, ik ben nu eigenlijk aan het afbouwen, misschien voor de baby geboren is, ben ik misschien al gestopt." – Partner zwangere vrouw

De geboorte lijkt een moment te zijn waarop het twee kanten op kan gaan voor partners: of ze stoppen helemaal met roken of partners blijven doorroken of beginnen weer met roken, al doen ze dit meestal niet in de buurt van hun kind.

"Ik kan me voorstellen dat na de geboorte het moment is (om te stoppen). Ik kan me ook voorstellen dat ik dan denk van even een sigaretje." – Partner zwangere vrouw

Belemmering: Verslaving en gewoonte

Veel respondenten geven aan dat roken een verslaving is en dat het moeilijk is om er mee te stoppen. Roken is een onderdeel van de identiteit en hoort bij de dagelijkse gewoonten, zoals een sigaretje bij de koffie of 's avonds na het eten. Uit eerdere stop-pogingen van de respondenten blijkt het lastig deze gewoonten te doorbreken.

"Als je opstaat, je hebt gewoon zin om gewoon even te roken en dat gevoel is ik weet niet, het is een soort van automatisme" – Partner zwangere vrouw

Belemmering: Stressvolle gebeurtenissen

Stressvolle gebeurtenissen in het leven van zowel de zwangere als haar omgeving maken het voor de omgeving lastig om te stoppen met roken.

"Toen was ik met best veel dingen in mijn hoofd in gevecht om het zo maar te zeggen en ik had al te weinig energie om de dagen door te komen, dus dat gevecht tegen sigaretten, dat kostte ook gewoon al een hoop energie en helemaal als je dan een paar biertjes ofzo op hebt dan dacht ik wel van ja fuck it" – Partner zwangere vrouw

3.2.2 Hoe ondersteunt de omgeving de zwangere bij het stoppen met roken: wat gaat goed en wat gaat minder goed?

De geïnterviewde deelnemers zijn zich vaak bewust van de invloed die zij hebben op de zwangere vrouw, maar geven aan buiten roken vaak nog als een goed alternatief te zien. Hieronder wordt aangegeven hoe de omgeving de zwangere ondersteunt bij het stoppen met roken en wat hierin goed gaat en wat niet.

Omgeving is zich bewust van invloed op de zwangere

De omgeving van de zwangere, en met name de partner, is zich vaak bewust van de invloed die hij heeft op het rookgedrag van de zwangere.

"Zij wou stoppen, als ik dan blijf roken dat werkt niet, dan maak ik het haar heel moeilijk" – Partner zwangere vrouw

Manieren van steun door het sociale netwerk

Het sociale netwerk geeft aan de zwangere op verschillende manieren te ondersteunen bij het stoppen met roken:

- De meeste respondenten geven aan steun te bieden door *buiten of niet in de buurt van de zwangere te roken*, waardoor de zwangere volgens hen geen last ondervindt van de rook in haar omgeving.
- Enkele respondenten geven aan *samen met de zwangere te stoppen met roken* om haar op deze manier bij te staan.
- Daarnaast geven ook veel respondenten aan de zwangere vrouw aan te moedigen om te stoppen en *complimenten te geven*. Enkele partners geven ook aan voorafgaand aan de zwangerschap de vrouw aan te moedigen om te stoppen, zodat de vrouw niet tijdens de zwangerschap ook nog moet stoppen met roken. Tijdens de zwangerschap vinden er al veel veranderingen plaats voor de zwangere en daardoor is het volgens de partner moeilijk om tijdens de zwangerschap te stoppen.
- Een enkeling geeft aan *juist niet met de zwangere over roken te praten*, zodat de zwangere er dan niet aan denkt of probeert te *zorgen voor afleiding* door over iets anders te praten.

Buiten roken wordt vaak gezien als goede manier van ondersteuning

Buiten roken of niet in de buurt van de zwangere roken wordt door de meeste respondenten gezien als een ondersteunende aanpassing van het rookgedrag. Sommige respondenten zijn van mening dat buiten roken niet schadelijk is voor moeder en kind, omdat zij op deze manier niet in contact komen met de rook.

"Ik ben niet zwanger dus wat maakt het uit wat ik doe, zolang ik maar niet haar er mee lastig val, met het roken, of dat ze meerookt of in die trant, dat gebeurt niet." – Partner zwangere vrouw

"Ik denk dat het niet slecht is wat ik doe, want ik rook buiten en ik rook niet in de buurt van haar" – Partner zwangere vrouw

"Nou ja ik rook niet binnen, dus er is geen sprake van meeroken" – Partner zwangere vrouw

Ook gaven enkele zwangere vrouwen die aanwezig waren tijdens het interview met hun partner aan dat ze niet van hun partner verwachten dat hij helemaal stopt met roken.

"Dat (samen stoppen) verwacht ik ook niet van hem. Ik denk dat ik het uiteindelijk wel fijn zou vinden als we allebei echt gestopt zijn, dat klinkt echt heel lullig om te zeggen, maar ik weet nog niet hoe ik ben als ik bevallen ben, ja heb ik dan opeens wel weer de behoefte aan een sigaret, ik heb echt geen idee." – Zwangere vrouw

Sommige vrouwen geven wel aan dat ze het liefst willen dat hun partner samen met hen stopt met roken.

"Eigenlijk heb ik gewoon het liefst dat hij samen met mij stopt, gewoon helemaal. Als hij echt niet kan dan vraag ik hem gewoon dat hij afstand van mij neemt om te roken, buiten op het balkon maar dat zou hij sowieso wel doen." – Zwangere vrouw

Steun van de omgeving vermindert naarmate de zwangerschap vordert

Partners die aan het begin van de zwangerschap van hun geliefde zijn gestopt met roken vinden het lastig om gestopt te blijven. De motivatie om te stoppen met roken neemt bijvoorbeeld af wanneer de partner niet in de buurt is van de zwangere en zij het daardoor niet schadelijk achten voor de zwangere en de baby om een sigaret te roken.

"Als ik op mijn werk een sigaretje sta te roken, ja dan vergiftig ik mijn baby niet, dus die motivatie, die miste ik gewoon en daarom heb ik het toen ook niet zo lang volgehouden." – Jonge vader

Moeilijkheden bij het bieden van ondersteuning door de omgeving

Het sociale netwerk van rokende zwangere vrouwen vindt het lastig om steun te bieden aan de zwangere als zij zelf niet kunnen stoppen.

"Daar mag ik niks over zeggen, ik rook zelf ook, als ik nou zelf helemaal gestopt was en zij was nog aan het roken, je kan er toch ook mee stoppen, je hebt een kind in je buik zitten, maar ik mag helemaal niks zeggen. Ik vind jij als roker, mag je niks zeggen over iemand anders die rookt. Nee ik vind dat dat niet mag." – Partner zwangere vrouw

Ook vinden mensen uit het bredere sociale netwerk het lastig om tegen de zwangere vrouw te zeggen dat zij moet stoppen met roken, omdat zij bijvoorbeeld zelf ook hebben gerookt tijdens hun eigen zwangerschap.

"Ik heb het zelf ook gerookt tijdens de zwangerschap, ik kan toch niet zeggen jij mag niet roken, want dat is niet goed voor je kindje. Kijk ze zitten zegt ze dan."
– Moeder zwangere vrouw

Daarnaast kan het voor de omgeving lastig zijn om te bepalen hoe zij steun kunnen bieden aan de zwangere, omdat zij vaak een goede band hebben en deze niet willen schaden.

"Het is lastig want je bent een vriendin en je wilt ook niet als een lerares overkomen ofzo, dus dat vind ik wel lastig om te bepalen hoe ik dat zou moeten doen."
– Vriendin zwangere vrouw

Ook vindt het sociale netwerk het moeilijk om de zwangere op het rookgedrag aan te spreken, wanneer zij al stress ondervindt van andere gebeurtenissen in haar leven.

"Ze kan niet gewoon stoppen, daar is ze te gestrest voor. Ze heeft het wel geprobeerd, maar ze zegt ja het lukt gewoon niet. Ik zeg nou dan moet je dat gewoon niet doen, ik denk dat die baby meer last heeft van jou gestress dan van dat peukje dat je dan rookt." – Moeder zwangere vrouw

3.2.3 Hoe ervaart het sociale netwerk van de zwangere de aandacht voor hen (vanuit de zorg) en wat is gewenst?

De sociale omgeving ervaart over het algemeen weinig aandacht voor hen vanuit de zorg. Hieronder wordt aangegeven welke aandacht het sociale netwerk wenst te ontvangen.

Weinig aandacht van de verloskundig zorgverlener voor de omgeving

Over het algemeen wordt door de verloskundige weinig aandacht besteed aan het bespreken van het rookgedrag van de partner. Partners geven aan niet meer te weten of dit is besproken met de verloskundige of dat dit alleen in een van de eerste consulten aan bod kwam, maar dat verder de aandacht voornamelijk uitging naar de zwangere zelf.

"Dat weet ik niet meer. Tegen jou misschien maar tegen mij heeft de verloskundige niks gezegd." – Partner zwangere vrouw

De geïnterviewde bredere sociale omgeving is niet of slechts een enkele keer aanwezig geweest bij een consult met de verloskundige. In dat geval werd (stoppen met) roken niet met hen besproken.

Gewenste aandacht verloskundige verschilt

De meningen over de gewenste aandacht van een verloskundige aan de omgeving van de zwangere verschilt onder de respondenten. De meeste respondenten vinden het geen probleem om het rookgedrag te bespreken met de verloskundige en begrijpen dat verloskundigen het aankaarten, omdat het roken in de omgeving van de zwangere ook invloed heeft op de gezondheid van de baby en op het rookgedrag van de zwangere zelf.

"Zij gaat toch wel over de gezondheid van de baby en roken dat beïnvloed de gezondheid dus ja, het is wel haar rol denk ik, ze moet het op zijn minst aangeven"
– Partner zwangere vrouw

"Nou ik denk dat ze mij daar ook wel bij mogen betrekken, want stel dat ik nou misschien zou stoppen, want dat zou misschien voor haar, dat zij misschien 50% motivatie heeft om te stoppen, en ik zeg ik stop en dat zou voor haar de 100% maken. Dan heb je toch 2 vliegen in één klap." – Partner zwangere vrouw

Een aantal respondenten geeft aan dat het niet elke keer benoemd dient te worden.

"Stel dat het vaker voorkomt, dat het wordt gevraagd, dan kun je op den duur wel zo iets hebben van ja jeetje het gaat wel elke keer over dat roken. Het is begrijpelijk dat ze het erover hebben en dat het bespreekbaar moet worden gemaakt, maar ja dat denk ik, het ligt eraan hoe vaak en op welke manier het wordt gezegd. Bij ons was het gewoon op een goede manier dat het werd gezegd en ja, eenmalig."
– Partner zwangere vrouw

Toch zijn er ook respondenten die aangeven er behoefte aan te hebben dat de verloskundige vaker terugkomt op het bespreken van het rookgedrag van de omgeving, zeker wanneer er vanuit de partner al een zeker motivatie is om te stoppen met roken.

"Kijk als iemand zegt ik stop toch niet, dan heeft het geen zin natuurlijk, maar als iemand zegt ik stop wel maar ik vind het moeilijk, dan kan je het best aanbieden, we hebben dit en dat als opties, zal ik je doorverwijzen?" – Partner zwangere vrouw

"Er vaker op terugkomen ligt er een beetje aan wat dan de reactie van degene in kwestie is, als iemand duidelijk aangeeft van ja eigenlijk wil ik stoppen, dan zeer zeker, als iemand heeft van ja maar niet veel, dan een stukje motivatie om te zeggen van joh is het dan niet een optie om helemaal te stoppen. Doorvragen zou ik echt niet gek vinden." – Partner zwangere vrouw

Een aantal respondenten geeft aan dat zij geen behoefte heeft aan begeleiding van een verloskundige om te stoppen met roken, omdat dit niet de taak is van een verloskundige

en de verloskundige hiervoor kan doorverwijzen naar een andere zorgverlener, zoals de huisarts.

"Ik zou het zelf niet bij een verloskundige neerleggen, dat is weer een andere tak van sport eh stoppen met roken. Ik zou het raar vinden als je bij een verloskundige komt en we gaan daar over stoppen met roken praten." – Partner zwangere vrouw

Een aantal respondenten heeft behoefte aan meer informatie over de schadelijkheid van (mee)roken.

"Wij hebben echt moeten 'googlen' naar nadelige gevolgen voor een baby als je bevallen bent zeg maar [...]daar word je niet bepaald mee kapot gegoooid, rook in je vingers of in je kleren, je weet dat daar rook in zit, maar je weet niet of dat schadelijk is, trouwens ik weet het nog steeds niet 100 procent zeker of dat zo is of niet. Want de ene site zegt dit en de andere site zegt dat. Alleen als je op sommige sites dingen leest dan denk je toch wel van ja dan zal er wel een kern van waarheid in zitten." – Jonge vader

Ook geeft een aantal mensen uit het sociale netwerk aan dat het goed is dat roken in de omgeving van zwangere vrouwen door de verloskundige wordt aangekaart. Hoewel de schadelijkheid van (mee)roken over het algemeen welbekend is, kan het bespreken hiervan bijdrage aan het creëren van bewustwording over stoppen met roken van de omgeving van de zwangere. Het is vaak niet dé motivatie voor een partner om te stoppen met roken maar kan wel bijdragen aan het uiteindelijk stoppen met roken.

"Niet echt de rol van de verloskundige om de omgeving erbij te betrekken, maar ja je kunt het altijd vragen denk ik, dat je toch even wat bewust nadenkt." – vriendin zwangere vrouw

"Mijn hele motivatie van te stoppen naar nu, naar het daadwerkelijk gestopt te zijn, zijn allemaal kleine blokjes geweest, kleine dingetjes, kleine factoren en elk beetje helpt daarbij toch wel." – Partner zwangere vrouw

Een aantal respondenten geeft aan dat men niet op een belerende wijze door de verloskundige wenst aangesproken te worden op het roken.

"Maar ik vind niet dat dat dwingend moet en als verloskundige elke keer zegt 'ben je al gestopt, ben je al gestopt', dan krijg je ook geen goede band met iemand, je moet wel op de gevaren wijzen en duidelijk maken wat er is." – Partner zwangere vrouw

Enkele wenselijk manieren van het ontvangen van informatie of advies van de verloskundige zijn:

- het op een constructieve wijze insteken van het advies van een verloskundige, door concrete voorbeelden te noemen van wat de omgeving zou kunnen doen;
- op de eigen verantwoordelijkheid van de omgeving inspelen;
- de informatie op een beeldende manier overbrengen, via een korte video;
- en het meegeven van foldertjes voor de omgeving aan de zwangere of aan de omgeving zelf en daar later op terugkomen.

Focus verloskundig zorgverleners ligt voor de omgeving op buiten roken

Ook partners geven aan dat verloskundig zorgverleners vaak informatie geven over de schadelijkheid van roken en dat buiten roken vaak als advies geven wordt aan hen. Dit advies volgen zij meestal op of zij deden dit al uit zichzelf.

“De verloskundige zegt dat het niet goed is en ik vooral niet moet roken waar zij bij is, maar dat deed ik al niet.” – Partner zwangere vrouw

Voor het sociale netwerk is het onduidelijk welke hulp zij kunnen krijgen van zorgverleners

Over het algemeen lijkt de omgeving niet op de hoogte van de hulp die ze kunnen krijgen. Vaak horen zij van andere mensen uit hun omgeving welke ondersteuning zij hebben gekregen en missen ze een concreet aanbod van hulp die zij kunnen krijgen van een zorgverlener.

“Ik ken wel meerdere mensen die bij de huisarts zijn geweest daarvoor, maar ik weet het niet. Mensen die ook meditatievorm hebben gehad, dan denk ik nou daar heb ik echt geen behoefte aan eigenlijk.” – Vriendin van een zwangere

“Als ik stop dan stop ik wel uit mezelf want dan krijg je weer die verplichte dingen weer of dat je dan ergens naar toe moet, daar heb ik allemaal geen zin in.” – Moeder zwangere vrouw

Het sociale netwerk verwacht ook niet dat een zorgverlener, zoals een verloskundige, huisarts of medisch specialist hen echt kan helpen bij het stoppen met roken. De hulp van een zorgverlener zou niet effectief zijn wanneer er geen intrinsieke motivatie is om te stoppen met roken.

“Roken zit tussen je oren en een hulpverlener, daar heb je niet veel aan, want je moet zelf die wil hebben, ik kan wel hulp inschakelen, maar als ik er zelf niet 100% achter sta, dan kan ik me er ook niet 100% voor inzetten en dat is wel de bedoeling.” – Partner van zwangere vrouw

Andere ondersteuning die door het sociale netwerk wordt benoemd

Enkele respondenten uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen benoemt ook de campagne op televisie 'Help een stopper' (zie kader 1 'Help een stopper campagne' op pagina 18). Degene die dit benoemen zijn positief over deze campagne.

"Nou ik vind in ieder geval de tv-reclame, of ja volgens mij was het op tv, dat deed wel wat, zeker als je zusje dan zwanger is ofzo, dan denk je wel van ja ik moet het haar niet te moeilijk maken." – Zus zwangere vrouw

Het stimuleert de omgeving om na te denken over hun rol ten opzichte van de zwangere vrouw.

4 Discussie en conclusie

Rookvrij opgroeien begint bij een rookvrije zwangerschap. In het Nationaal Preventieakkoord 'Naar een gezonder Nederland' staat een aantal afspraken die maatschappelijke organisaties met elkaar hebben gemaakt om een rookvrije generatie te realiseren [63]. Om te bereiken dat kinderen rookvrij opgroeien is gerichte inzet nodig om (aanstaande) ouders te motiveren te stoppen met roken. Hierbij is ook het bredere sociale netwerk (familieleden en vriend(inn)en) van belang. Mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen hebben namelijk een belangrijke invloed op het rookgedrag van de zwangere. Daarnaast heeft het sociale netwerk met het eigen rookgedrag invloed op de gezondheid van de zwangere vrouw en hun (ongeboren) kind.

Deze verkenning is uitgevoerd omdat er tot op heden weinig bekend is over of en in hoeverre stoppen-met-roken begeleiding wordt gegeven aan het sociale netwerk van de zwangere vrouw en wat hierin knelpunten en behoeften zijn van zowel verloskundig zorgverleners als het sociale netwerk van zwangere vrouwen. Uit de interviews met verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk van zwangere vrouwen kwamen verschillende knelpunten in stoppen-met-roken advies en begeleiding van zorgverleners aan het sociale netwerk naar voren.

4.1 Belangrijkste bevindingen

De mate van contact tussen verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk varieert, bereik van het sociale netwerk wordt hierdoor bemoeilijkt

Verloskundig zorgverleners geven aan dat partners vaak meekomen naar het eerste consult, maar dat de intensiteit van hun aanwezigheid daarna verschilt. Ook geven enkele verloskundig zorgverleners aan dat partners met een lage SES minder vaak meekomen naar consulten dan partners met een hoge SES. Daarnaast is het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen (familieleden en vriend(inn)en) vaak nog minder goed in beeld bij verloskundig zorgverleners dan partners. Een lage intensiteit van contact tussen verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk is een knelpunt in het adviseren en begeleiden van het sociale netwerk in stoppen met roken.

Als de partner niet meekomt naar een consult geven zorgverleners soms informatie aan de zwangere vrouw over meerroken, maar het is voor verloskundig zorgverleners vaak onduidelijk of en in hoeverre dit overkomt bij mensen uit haar sociale netwerk. Ook het bestaande foldermateriaal richt zich voornamelijk op de zwangere vrouw. Af en toe wordt hierin ook de partner of de bredere sociale omgeving meegenomen. Verloskundig

zorgverleners geven aan dat er geen materiaal beschikbaar is dat zich specifiek richt op mensen het uit sociale netwerk van zwangere vrouwen en dat aan hen meegegeven kan worden. Daarnaast geven verloskundig zorgverleners aan dat bestaande materialen soms te moeilijk zijn voor mensen met een lage SES en daarom niet goed bij hen aansluiten [56].

De meningen over materialen voor het sociale netwerk zijn verdeeld onder de verloskundig zorgverleners. Sommigen denken dat materialen zouden kunnen helpen bij het stoppen met roken van partners, maar anderen denken dat partners de materialen niet zouden lezen of gebruiken. Door het sociale netwerk wordt het meegeven van materialen een enkele keer genoemd als een mogelijkheid voor stoppen-met-roken ondersteuning.

In de literatuur is niet veel te vinden over de effectiviteit van materialen voor het sociale netwerk van zwangere vrouwen. Een Nederlands onderzoek [49] naar het gebruik van foldermateriaal voor partners met informatie over samen stoppen met roken en de belangrijke rol van de partner tijdens de zwangerschap, behorend bij de landelijk ingevoerde VMIS methode, liet geen effect zien op stoppen met roken van de partner. In dit onderzoek werden de materialen aan de zwangere vrouw meegegeven om aan hun partner over te dragen. Een ander internationaal onderzoek [64] naar de effectiviteit van video en foldermateriaal voor partners liet wel een klein effect zien op stoppen met roken van de partner drie maanden na de zwangerschap, maar niet na zes en negen maanden. Hierbij werden de materialen direct naar de partner gestuurd. Mogelijk hebben de materialen meer effect als deze direct aan de partner worden meegegeven.

Handelingsverlegenheid in de spreekkamer

Verloskundig zorgverleners geven aan dat het lastig is om ook het sociale netwerk van zwangere vrouwen bij het stoppen-met-roken te betrekken. Daarbij geeft een aantal verloskundig zorgverleners aan vaardigheden te missen om de omgeving te motiveren te stoppen met roken. Volgens hen is de omgeving van de zwangere vrouw vaak ook niet gemotiveerd om te stoppen met roken.

Als partners en het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen willen stoppen met roken, geven zij aan dit vooral uit zichzelf te willen doen. Als de intrinsieke motivatie niet aanwezig is verwacht het sociale netwerk veelal niet dat hulp van een zorgverlener zoals de verloskundige of de huisarts effect heeft. Ook verloskundig zorgverleners ervaren dat een intrinsieke motivatie nodig is voor stoppen-met-roken begeleiding en vinden het daardoor lastig om het roken te bespreken zonder wrijving. Hieruit blijkt dat het belangrijk is dat het sociale netwerk van zwangere vrouwen gemotiveerd wordt om te stoppen met roken.

Verloskundig zorgverleners geven vaak geen duidelijk stopadvies aan de omgeving

Uit de resultaten blijkt dat er nog ruimte is voor verbetering in de stopadviezen en de informatie die gegeven wordt door verloskundig zorgverleners aan het sociale netwerk van zwangere vrouwen. Als partners meekomen naar het eerste consult vragen verloskundig zorgverleners vaak de rookstatus van de partner uit, maar er wordt niet altijd een expliciet stopadvies gegeven aan de rokende partner. Daarnaast blijkt uit de interviews met verloskundig zorgverleners dat zij partners en het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen, nog vaak adviseren om buiten te roken. Buiten roken voorkomt echter niet de risico's van meeroken, omdat rookdeeltjes achterblijven in bijvoorbeeld haren en kleding en op handen. Deze derdehands rook en de gevolgen ervan zijn echter lang niet bij alle verloskundig zorgverleners bekend. Ook het sociale netwerk lijkt niet op de hoogte te zijn van de gevolgen van derdehands rook. Als het sociale netwerk de zwangere vrouw steunt bij het stoppen met roken is dit vaak door buiten of niet bij haar in de buurt te roken i.p.v. te stoppen met roken. Daarnaast zijn er ook zwangere vrouwen die dit een goede oplossing vinden. Hieruit blijkt dat het belangrijk is dat verloskundig zorgverleners op de hoogte zijn van de gevolgen van derdehands rook en deze informatie ook overbrengen naar de zwangere vrouw en haar omgeving.

Een aantal verloskundigen geeft aan dat minderen een strategie is die wordt ingezet om stoppen met roken bij partners te bewerkstelligen. Hiervan is niet bewezen dat dit een effectieve methode is om stoppen met roken te bewerkstelligen [65]. Dit laat zien dat de adviezen die wel worden gegeven niet altijd gebaseerd zijn op de nieuwste inzichten.

Wat ook opvalt is dat verloskundig zorgverleners in het geven van een advies aan het sociale netwerk van zwangere vrouwen vooral inzetten op de gevolgen van meeroken tijdens de zwangerschap, terwijl het sociale netwerk ook na de geboorte een rol speelt in het leven van het kind. Deze rolverantwoordelijkheid van het sociale netwerk wordt nu vaak niet besproken door verloskundig zorgverleners bij het geven van een (stop) advies. Daarnaast blijkt uit de interviews met partners dat zij hun eigen gezondheid ook belangrijk vinden, met name om te voorkomen dat zij vroegtijdig overlijden door de gevolgen van roken en hierdoor hun kind niet kunnen zien opgroeien. Ook dit wordt niet vaak aangehaald door verloskundig zorgverleners tijdens het geven van een (stop) advies.

Verloskundig zorgverleners onzeker over hun rol in het begeleiden van het sociale netwerk van zwangere vrouwen bij stoppen met roken

Uit de interviews blijkt dat er onder verloskundig zorgverleners verschillende opvattingen bestaan over het betrekken van het sociale netwerk van de zwangere vrouw bij het stoppen met roken. De eerste verantwoordelijkheid van verloskundig zorgverleners is de gezondheid van de zwangere vrouw en het kindje. Tegelijkertijd beseffen verloskundig zorgverleners dat ook de omgeving daar een rol in speelt. Vaak ontbreekt voor verloskundig zorgverleners echter de tijd om het sociale netwerk van de zwangere te begeleiden bij stoppen met roken.

Toch blijkt uit de interviews met partners en het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen dat zij het niet raar vinden om aangesproken te worden op het rookgedrag. Wel geven partners aan het niet logisch te vinden om begeleid te worden door verloskundig zorgverleners bij stoppen met roken. Voor het sociale netwerk is het ook vaak onduidelijk welke hulp zij kunnen krijgen en hebben daardoor ook vaak de verwachting dat de hulp van zorgverleners niet werkt.

Verloskundig zorgverleners vinden het onduidelijk naar wie ze het sociale netwerk kunnen doorverwijzen

Partners en mensen uit het bredere sociale netwerk van zwangere vrouwen worden meestal niet doorverwezen voor stoppen-met-roken begeleiding. Als ze worden doorverwezen is dit vaak naar een huisarts, maar de doorverwijsmogelijkheden zijn vaak nog onduidelijk bij verloskundig zorgverleners. Als zij mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen doorverwijzen krijgen ze vaak geen terugkoppeling over de stoppen-met-roken begeleiding, hierdoor krijgen verloskundig zorgverleners het idee dat het sociale netwerk na doorverwijzing niet de juiste zorg krijgt.

Informatie over roken in het sociale netwerk wordt niet overgedragen aan de kraamzorg en de JGZ

Ook na de bevalling is het belangrijk dat ouders en mensen uit de omgeving niet roken, omdat tweede- en derdehands rook negatieve gevolgen kan hebben op de ontwikkeling van het kind. Kraamverzorgenden en JGZ-professionals zouden de stoppen-met-roken begeleiding die tijdens de zwangerschap is aangeboden aan het sociale netwerk voort kunnen zetten, hiervoor is een overdracht van informatie over de stand van zaken van de begeleiding belangrijk. Ook kan op deze manier worden voorkomen dat ouders die tijdens de zwangerschap zijn gestopt met roken, na de bevalling weer terugvallen. Uit de interviews met de verloskundig zorgverleners blijkt echter dat informatie over roken in de omgeving van de zwangere vrouw vaak niet wordt overgedragen aan de kraamzorg of de JGZ.

4.2 Aanbevelingen

De resultaten zijn bediscussieerd met verschillende experts, op basis daarvan zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd.

Aanbeveling 1: Tijdens het intakegesprek stoppen met roken bespreken met de partner

Partners vinden het logisch dat de verloskundig zorgverlener ook hun rookgedrag bespreekt. Omdat partners vaak meekomen naar het eerste consult is het belangrijk dat verloskundig zorgverleners direct tijdens de intake een volledig stopadvies geven aan rokende partners (i.p.v. enkel het uitvragen van de rookstatus van de partner) en dat ze met behulp van motiverende gespreksvoering de motivatie om te stoppen vergroten.

Vervolgens kan doorverwezen worden naar effectieve intensieve stoppen-met-roken begeleiding (zie 'hulp in de buurt' op ikstopnu.nl).

Aanbeveling 2: Materialen ontwikkelen voor het sociale netwerk van zwangere vrouwen met informatie over kennislacunes zoals derdehands rook

Het betrekken van het sociale netwerk van zwangere vrouwen bij stoppen met roken is belangrijk. Een manier hiervoor zijn folders of beeldmateriaal gericht op het sociale netwerk van zwangere vrouwen, die ingezet kunnen worden om informatie te geven over het belang van stoppen met roken tijdens de zwangerschap voor mensen uit het sociale netwerk. Ondanks dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van materialen voor het sociale netwerk van zwangere vrouwen, blijkt uit de resultaten van deze verkenning dat een aantal verloskundig zorgverleners deze materialen mist. De materialen voor het sociale netwerk kunnen professionals ondersteunen in het geven van informatie over bijvoorbeeld derdehands rook aan het sociale netwerk van zwangere vrouwen. Daarnaast kan het sociale netwerk de informatie die zij krijgt nalezen. Kennis over derdehands rook is over het algemeen vaak nog laag; partners blijken de gezondheid van vrouw en kind wel als motivatie te hebben om iets aan hun rookgedrag te veranderen alleen veronderstellen ze vaak dat hun vrouw/kind met buiten roken ook (voldoende) beschermd is. Ook is het van belang dat deze materialen aansluiten aan de behoeften van mensen met een lage SES.

Bij voorkeur worden de materialen aan de partner meegegeven wanneer zij aanwezig zijn tijdens het consult. Op deze manier kan aan de hand van de materialen een gesprek worden gevoerd met de partner over stoppen met roken. Als de partner op een later moment nog een keer meekomt naar een consult kan de verloskundig zorgverlener teruggrijpen op het materiaal over roken en hierover nogmaals in gesprek gaan met de partner. De materialen kunnen gericht zijn op de rol die het sociale netwerk (gaat) spelen in het leven van de baby. Op de materialen voor de omgeving moet duidelijk het advies van stoppen met roken worden beschreven. Daarnaast is het belangrijk dat ook op alle bestaande materialen gericht op de zwangere vrouw zelf een duidelijk stopadvies wordt vermeld voor haar omgeving i.p.v. het advies om buiten te roken.

Aanbeveling 3: Landelijke campagne inzetten/continueren om het sociale netwerk van zwangere vrouwen te bereiken

Zowel het sociale netwerk van zwangere vrouwen als de verloskundig zorgverleners die de landelijke campagne 'Help een stopper' noemen zijn hierover positief. Landelijke campagnes worden ingezet om bewustwording en draagvlak te creëren en een maatschappelijk verandering te bewerkstelligen. Door een campagne als 'Help een stopper' in te zetten worden mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen bereikt, ook wanneer zij niet meegaan naar een consult met de verloskundig zorgverlener. Dit geldt met name ook voor het bredere sociale netwerk, zoals familieleden en vrienden van zwangere vrouwen.

Aanbeveling 4: Verloskundig zorgverleners intensiever trainen in motiverende gespreksvoeringstechnieken ten aanzien van stoppen met roken van het sociale netwerk van zwangere vrouwen

Verloskundig zorgverleners kunnen dit bijvoorbeeld in een training of een e-learning leren toepassen d.m.v. voorbeeldgesprekken. Ook kunnen er hulpmiddelen worden ingezet, zoals filmpjes met voorbeeldgesprekken en kaarten met tips en zinnen om het gesprek met het sociale netwerk te starten. Door deze motiverende gespreksvoering kan de intrinsieke motivatie om te stoppen worden verhoogd en kan de omgeving meer open staan voor hulp van zorgverleners bij het stoppen met roken. Ook kunnen enkele strategieën die door verloskundig zorgverleners en het sociale netwerk werden benoemd ingezet worden, zoals: het schetsen van de financiële situatie (m.b.t. stoppen met roken), samen met de zwangere vrouw en haar omgeving tot acties komen die de zwangere vrouw ondersteunen in het stoppen en informatie op een beeldende manier overbrengen door voorbeelden te geven of een filmpje te laten zien.

Aanbeveling 5: Informatie over derdehands rook verder implementeren in een training of e-learning voor verloskundig zorgverleners

Informatie over de gevolgen van derdehands rook kan verloskundig zorgverleners handvatten bieden om een volledig stopadvies te geven aan het sociale netwerk van zwangere vrouwen. Ook is het belangrijk dat verloskundig zorgverleners deze informatie overdragen aan de zwangere vrouw, omdat zij vaak ook niet van de mensen uit haar omgeving verwacht dat zij stoppen met roken omdat buiten roken wordt gezien als voldoende. Verdere implementatie van informatie over derdehands rook is nodig omdat blijkt dat zorgverleners er nog onvoldoende van op de hoogte zijn, of de boodschap nog niet altijd (goed) overbrengen aan de zwangere en haar omgeving.

Aanbeveling 6: Stopadvies koppelen aan eigen gezondheid en de eigen (rol)verantwoordelijkheid

Mensen uit het sociale netwerk gaan allemaal een (verschillende) rol spelen in het leven de pasgeborene. Door het advies aan te passen aan de rol die het sociale netwerk gaat spelen is het mogelijk dat zij door deze rolverantwoordelijkheid gemotiveerd worden om te stoppen met roken. Vanuit de rol als vader, vindt een partner het bijvoorbeeld belangrijk om niet vroegtijdig te overlijden door het roken. Het aanhalen van de eigen gezondheid kan daarom een (extra) motivatie zijn voor het sociale netwerk om te stoppen met roken.

Aanbeveling 7: Het sociale netwerk meenemen in de zorgpaden voor zwangere vrouwen

Een maatregel die in het recent opgestelde Nationaal Preventieakkoord staat beschreven is het versterken van de onderlinge samenwerking tussen beroepsgroepen, door het ontwikkelen van zorgpaden. Verloskundig zorgverleners kunnen nadat ze de zwangere vrouw en haar sociale netwerk hebben geadviseerd en gemotiveerd om te stoppen met roken doorverwijzen naar een andere zorgverlener voor verdere begeleiding bij het stoppen. Het is daarbij belangrijk dat verloskundig zorgverleners een duidelijk

beeld scheppen van de hulp die de zwangere vrouw en haar sociale netwerk kunnen verwachten na doorverwijzing. Daarnaast is het van belang dat er in de geboortezorg op lokaal niveau afspraken worden gemaakt tussen bijvoorbeeld verloskundigen en huisartsen zodat het voor verloskundigen duidelijk wordt waar zij zwangere vrouwen en haar sociale netwerk, indien nodig, naar toe kunnen doorverwijzen voor stoppen-met-roken begeleiding. Daarnaast is het van belang dat er ook terugkoppeling plaatsvindt over de voortgang van de begeleiding naar de verloskundig zorgverleners.

Naast doorverwijzen is ook het herhaaldelijk geven van een stopadvies aan het sociale netwerk door verloskundig zorgverleners een onderdeel van het zorgpad. Als verloskundig zorgverlener stoppen met roken bespreken met bijvoorbeeld de partner is dit vaak alleen tijdens het eerste consult, ook als deze regelmatig mee komt naar de verloskundige. Als de partner regelmatig aanwezig is bij de consulten, is dit een kans voor verloskundig zorgverleners om het rookgedrag meerdere malen te bespreken en om zo de motivatie van de partner om te stoppen te verhogen.

Ook de informatieoverdracht over het stopproces van de zwangere vrouw en haar sociale netwerk naar de kraamzorg en de JGZ is belangrijk om te voorkomen dat zij terugvallen na de zwangerschap. Door overdracht van informatie over het (stoppen met) roken van de omgeving van de zwangere/pas bevallen vrouw, kunnen kraamverzorgenden en JGZ-professionals voortbouwen op de begeleiding die is gegeven tijdens de zwangerschap. Ook kunnen zij inspelen op het moment vlak na de bevalling, wat een belangrijk moment kan zijn in het stoppen met roken van de partner.

Aanbeveling 8: Nadere verkenning: rol van kraamverzorgenden in stoppen-met-roken begeleiding en het voorkomen van terugval van jonge ouders

Kraamverzorgenden zijn een korte maar intensieve periode aanwezig bij de jonge ouders thuis. Het moment vlak na de bevalling kan voor jonge vaders een belangrijk kantelpunt zijn in het stoppen met roken. Sommige (toekomstige) vaders stellen het stoppen namelijk uit tot dit moment. Ook kan het voor de ouders die tijdens de zwangerschap zijn gestopt een belangrijk moment zijn om te voorkomen dat ze weer gaan roken.

4.3 Methodologische reflectie

De uitgevoerde kwalitatieve verkenning heeft een aantal sterke punten en beperkingen.

- Een sterk punt van deze verkenning is dat bij de interviews met verloskundig zorgverleners saturatie is bereikt.
- In deze verkenning zijn ook mensen uit het sociale netwerk van zwangere vrouwen geïnterviewd die reeds gestopt zijn met roken. Dit geeft interessant informatie over waarom en op welke manier zij zijn gestopt met roken.
- Ook zijn in deze verkenning enkele partners samen met hun zwangere vrouw geïnterviewd. Dit geeft een kijkje in hoe de zwangere vrouw de steun ervaart.
- Een beperking van deze verkenning is dat de werving van mensen uit het sociale netwerk lastig verliep en daardoor niet het beoogde minimaal aantal interviews is behaald. Bij de werving was het voornamelijk lastig om verloskundigenpraktijken te mobiliseren om actief te werven binnen de praktijk. Daarnaast was slechts een aantal verloskundigenpraktijken bereid om een onderzoeker toe te laten in de wachtkamer om mensen uit het sociale netwerk te werven. Bij praktijken waar dit wel mocht, lukte het vaak wel om een aantal mensen uit het sociale netwerk te werven voor een interview.
- Doordat veel partners van zwangere vrouwen zijn geworven bij verloskundigenpraktijken, betreft deze onderzoekspopulatie veel partners die mee gaan naar een consult bij de verloskundige. Mogelijk geven de resultaten van het sociale netwerk hierdoor een vertekend beeld.
- Voorliggende verkenning heeft zich gefocust op de rol van de partners en bredere sociale omgeving, omdat dit een risicofactor vormt voor roken tijdens de zwangerschap en terugval na de bevalling [7]. Een andere risicofactor is echter het hebben van geen partner of een beperkt sociaal netwerk [66]. Om ook deze groep zwangere vrouwen beter te kunnen ondersteunen, is het belangrijk dat ook zij expliciet worden meegenomen in toekomstig onderzoek.
- De focus van deze verkenning ligt voornamelijk op het stoppen tijdens de zwangerschap, maar ook de periode voor de zwangerschap kan zowel voor de partner als voor de zwangere een belangrijke periode zijn om over het eigen rookgedrag na te denken.

Referenties

- [1] Flemming K, Graham H, Heirs M, et al. Smoking in pregnancy: A systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69: 1023–1036.
- [2] Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Review*; 2017; 2.
- [3] Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK, et al. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the US. *American journal of preventive medicine* 2010; 39: 45–52.
- [4] Lanting, C.I. van Wouwe, J.P. van Dommelen, P. van der Pal-de Bruin, K.M. de Josselin de Jong, S. Kleinjan, M. van Laar M. *Roken tijdens de zwangerschap*. Leiden, 2015.
- [5] U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Rockville, 2014.
- [6] Jaddoe VVW, Troe E-JWM, Hoffman A, et al. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2008; 22: 162–171.
- [7] World Health Organization. *Gender, women, and the tobacco epidemic*. Geneve, Zwitserland, 2010.
- [8] Sieminska A, Jassem E. The many faces of tobacco use among women. *Medical Science Monitor* 2014; 20: 153–162.
- [9] Ino T. Maternal smoking during pregnancy and offspring obesity: Metaanalysis. *Pediatrics International* 2010; 52: 94–99.
- [10] Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity* 2008; 32: 201–210.
- [11] Meernik C, Goldstein AO. A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum. *British Medical Bulletin* 2015; 114: 135–146.
- [12] Bakker R. *Maternal Lifestyle and Pregnancy Complications. The Generation R Study*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2011.
- [13] Simmons LE, Rubens CE, Darmstadt GL, et al. Preventing Preterm Birth and Neonatal Mortality: Exploring the Epidemiology, Causes, and Interventions. *Seminars in Perinatology* 2010; 34: 408–415.
- [14] Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Review*; 2009; 3.

- [15] Albrecht SA, Maloni JA, Thomas KK, et al. Smoking cessation counseling for pregnant women who smoke: scientific basis for practice for AWHONN's SUCCESS project. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33: 298–305.
- [16] Miyazaki Y, Hayashi K, Imazeki S. Smoking cessation in pregnancy: psychosocial interventions and patient-focused perspectives. *International Journal of Women's Health* 2015; 7: 415–427.
- [17] Campbell KZ, Fergie L, Coleman-Haynes T, et al. Improving Behavioral Support for Smoking Cessation in Pregnancy: What Are the Barriers to Stopping and Which Behavior Change Techniques Can Influence Them? *Application of Theoretical Domains Framework*. 2018; 15.
- [18] Scheffers-van Schayk T, Hollander W den, van Belzen E, et al. *Factsheet Monitor Zwangerschap en Middelengebruik* 2018. Trimbos-instituut, 2019.
- [19] Riaz M, Lewis S, Naughton F, et al. Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2018; 113: 610–622.
- [20] Miguez MC, Pereira B, Figueiredo B. Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *Addictive Behaviors* 2017; 64: 111–117.
- [21] Springvloet L, Hopman P, Kleinjan M, et al. Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen: een literatuuroverzicht. 2016.
- [22] Balwicki L, Smith DM, Pierucka M, et al. Factors Associated With Quitting Among Smoking Pregnant Women From Small Town and Rural Areas in Poland. *Nicotine and Tobacco Research* 2017; 19: 647–651.
- [23] Abouri N, Keij M. *"Ik wist dat ik wilde stoppen en gewoon een goede moeder wilde zijn"*. Utrecht, 2017.
- [24] Nguyen SN, Von Kohorn I, Schulman-Green D, et al. The importance of social networks on smoking: Perspectives of women who quit smoking during pregnancy. *Maternity and Child Health* 2012; 16: 1312–1318.
- [25] Gilbert NL, Greaves L, Gilbert NL, et al. Smoking Cessation During Pregnancy and Relapse After Childbirth in Canada . Smoking Cessation During Pregnancy and Relapse After Childbirth in Canada. 2015; 37: 32–39.
- [26] Simmons VN, Sutton SK, Quin GP, et al. Prepartum and Postpartum Predictors of Smoking. *Nicotine and Tobacco Research* 2014; 16: 461–468.
- [27] Gage JD, Everett KD, Bullock L. A Review of Research Literature Addressing Male Partners and Smoking During Pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* 2007; 36: 574–580.
- [28] Appleton PL, Pharoah POD. Partner smoking behaviour change is associated with women's smoking reduction and cessation during pregnancy. *British Journal of Health Psychology* 1998; 3: 361–374.
- [29] Ter Weijde W, Croes E, Verdurmen J, et al. *Factsheet meerroken*. Trimbos-instituut, 2015.
- [30] Springvloet L, Kleinjan M, van Laar M. *Meerroken - feiten cijfers* 2016. Trimbos-instituut, 2018.

- [31] Bommelé, J. van Laar M. *Derdehands rook*. Trimbos-instituut, 2017.
- [32] U.S.Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, VS, 2006.
- [33] Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, et al. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 2008; 93: F351–F361.
- [34] Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Environmental tobacco smoke exposure as a risk factor for infections in infancy. *Acta Paediatrica* 2009; 98: 1137–1141.
- [35] Jones L, Hashim A, McKeever T, et al. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research* 2011; 12: 5.
- [36] Mays D, Gilman SE, Rende R, et al. Parental Smoking Exposure and Adolescent Smoking Trajectories. *Pediatrics* 2014; 133: 983.
- [37] Bommelé J, van Laar M, Kleinjan M. *Notitie: Zien roken, doet roken?* Trimbos-instituut, 2016.
- [38] Longfonds. *Vaderschap en roken*. Amersfoort, 2016.
- [39] Longfonds. Rokende vaders onderschatten risico voor eigen baby, <https://www.longfonds.nl/nieuws/rokende-vaders-onderschatten-risico-voor-eigen-baby> (2016).
- [40] Everett KD, Gage J, Bullock L, et al. A pilot study of smoking and associated behaviors of low-income expectant fathers. 2005; 7: 269–276.
- [41] Bartholomew, L.K. Markham, C.M. Ruiter, R.A.C. Fernandez, M.E. Kok, G. Parcel GS. *Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach*. 4th ed. Hoboken, New York: Wiley, 2016.
- [42] Nagelhout GE, Verhagen D, Loos V, et al. Belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status. Een Delphi studie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2018; 96: 37–45.
- [43] Springvloed L, Kuipers MAG, van Laar M. *Effecten van stoppen-met-roken ondersteuning onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. Trimbos-instituut, 2017.
- [44] Springvloed L, Kuipers MAG, van Laar M. *Effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. Trimbos-instituut, 2017.
- [45] Springvloed L, van Laar M. Roken onder volwassenen: *Kerncijfers 2016*. Trimbos-instituut, 2017.
- [46] Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Thematisch toezicht geboortezorg: Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin'*. Den Haag, 2016.

- [47] Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Staat van de Gezondheidszorg 2012: Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen*. Utrecht, 2012.
- [48] Trimbos-instituut. V-MIS. *Handleiding voor verloskundigen*. Utrecht, 2014.
- [49] de Vries H, Bakker M, Dolan Mullen P, et al. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling* 2006; 63: 177–187.
- [50] Hopman, P. de Josselin de Jong, S. Springvloet, L. van Laar M. *Stoppen-met-roken begeleiding door de verloskundige: De V-MIS methode in de praktijk*. Trimbos-instituut, 2017.
- [51] Bommelé J, Scheffers - van Schayk T, de Josselin de Jong S, et al. *Verkenning JGZ: Preventiebeleid over roken*. Utrecht, 2018.
- [52] Trimbos-instituut. E-learning Smokefree Start.
- [53] Trimbos-instituut. *Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning bij zwangere vrouwen*. Utrecht, 2017.
- [54] Trimbos-insituut. *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning*. Herziening 2016. Utrecht, 2017.
- [55] Boeije H. *Analysis in qualitative research*. London: Sage Publication Int., 2009.
- [56] PROMISE. *Ongepubliceerde resultaten vooronderzoek*. 2016.
- [57] Krueger, R. Casey M. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, Canada: Sage Publication Int., 2009.
- [58] Volksgezondheids en zorg. Rokers per GGD regio, <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/regionaal-internationaal/regionaal#node-rokers-ggd-regio> (2018).
- [59] Sociaal en cultureel planbureau. Statusscores, [https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend onderzoek/A Z alle lopende onderzoeken/Statusscores](https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend Onderzoek/A Z alle lopende onderzoeken/Statusscores) (2017).
- [60] Pharos. Over Pharos, <https://www.pharos.nl/over-pharos/>.
- [61] Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. 2005.
- [62] TNO. CenteringPregnancy. *Loketgezondleven.nl*, <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1700073> (2017).
- [63] Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Nationaal Preventieakkoord*. 2018.
- [64] Diclemente CC, Dolan-mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. 9.
- [65] Hopman P, Croes E, Croes M. *Factsheet Minderen met Roken*. Trimbos-instituut, 2017.
- [66] Penn G, Owen L. Factors associated with continued smoking during pregnancy: analysis of socio-demographic, pregnancy and smoking-related factors. *Drug and alcohol review* 2002; 21: 17–25.

