

Stoppen-met-roken begeleiding door de verloskundige:

De V-MIS in de praktijk



Stoppen-met-roken begeleiding door de verloskundige:

De V-MIS in de praktijk

Colofon

Financiering

Ministerie van VWS

Projectleiding en eindredactie

Dr. Petra Hopman

Projectteam

Drs. Ina Boerema, Drs. Monique Croes

Dr. Margriet van Laar, Drs. Ingrid Schulten

Met medewerking van

Dr. Matthijs Blankers, Jeroen Bommel , MSc., Wieke ter Weijde, MSc.

Projectadvies

Jeannette van Capelleveen, MSc. (klinisch verloskundige; KNOV)

Dr. Matty Crone (LUMC)

Dr. Sandra Oude-Wesselink (Erasmus MC)

Dr. Dewi Segaar (Alliantie Nederland Rookvrij)

Marjolein Houben, BSc. (eerstelijns verloskundige; KNOV)

Benjamin van Wijngaarden, MSc. (Longfonds)

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

Studio Ping

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030 - 297 11 00

F: 030 - 297 11 11

  2016, Trimbos-instituut, Utrecht.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1505**

Inhoudsopgave

Summary	5
Samenvatting	9
1 Inleiding	13
1.1 Roken en zwangerschap: prevalentie en gevolgen	13
1.2 Ontwikkeling van de V-MIS	14
1.3 Implementatie van de V-MIS	14
1.4 Aanleiding huidige survey	15
1.5 Doel en onderzoeksvragen	16
1.6 Klankbordgroep	17
1.7 Leeswijzer	17
2 Methode	19
2.1 Opstellen van de vragenlijst	19
2.2 Steekproef en werving van respondenten	21
2.3 Respons opschonen en filteren	22
2.4 Beschrijving en weging van de onderzoeksgroep	23
2.5 Data-analyse en wijze van presentatie	25
3 Beschrijving van verloskundigen en instellingen	27
3.1 Kenmerken van verloskundigen	27
3.2 Kenmerken van instellingen	29
3.3 Kenmerken van de cliëntenpopulatie	32
3.4 Stoppen met roken in de zorgpraktijk: basisgegevens	34
4 Gebruik van de V-MIS	37
4.1 Toepassing van de V-MIS	37
4.2 Ervaringen met de V-MIS	41
4.3 Verschillen tussen groepen	43
5 Ervaren knelpunten	47
5.1 Bespreken van stoppen met roken: gewenste frequentie en ervaren gemak	47
5.2 Knelpuntenanalyse	49
5.3 Verschillen tussen groepen	53

6	Attitudes ten aanzien van (stoppen met) roken en de V-MIS	57
6.1	Attitudes algemeen	57
6.2	Verschillen tussen groepen	58
7	Discussie, conclusies en aanbevelingen	61
7.1	Discussie	61
7.2	Conclusies	73
7.3	Aanbevelingen voor de praktijk	75
	Referenties	79
	Bijlage 1: Vragenlijst websurvey	83
	Bijlage 2: Open antwoorden bij 'Doorverwijzen'	85
	Bijlage 3: Open antwoorden bij 'Geraadpleegde bronnen en materialen ter ondersteuning'	87
	Bijlage 4: Open antwoorden bij 'Ervaren knelpunten bij het gebruik van de V-MIS'	89
	Bijlage 5: Open antwoorden bij 'Overige opmerkingen'	91

Summary

Almost one in ten (8.6%) Dutch pregnant women smoke on a daily basis during their whole pregnancy. Among lower educated pregnant women, the percentage even amounts to 22%. Smoking cessation is important since smoking during pregnancy increases the risk of complications and serious health problems, and possibly even death of the (unborn) child. Moreover, smoking during pregnancy has several potential long term adverse effects on the child, such as behavioural problems and reduced cognitive functioning. Passive smoking by pregnant women –because of a smoking partner, for instance- poses such risks as well.

In order to reduce the number of pregnant women who smoke, it is important to provide them with a brief smoking cessation intervention. In the Netherlands, midwives play a central role in providing quit-smoking counselling for pregnant women who smoke, as they see 80% of all pregnant women in their midwifery practices at an early stage of pregnancy. The smoking cessation counselling by midwives consists of a minimal intervention strategy (V-MIS), which is based on the stages of change theory, adapted for the midwifery care setting, and has been proven effective.

The reason behind the present survey is former research showing that smoking cessation support through the V-MIS is not always optimally implemented in midwifery practice. The V-MIS is started with less than half of the smoking clients, and rarely are all seven steps performed. Moreover, sounds of criticism are heard from the field of midwifery regarding the provision of smoking cessation support in general and the V-MIS in particular. For example, midwives indicate that they do not always know where to refer women for stop smoking support. Also, registration of the V-MIS counselling often seems to be incomplete, and a lack of time and resources is said to hamper a proper provision of smoking cessation counselling to pregnant women.

The purpose of the present study is to find out (by performing an analysis of constraints) whether the signals from the midwifery field are incidents or broader based, and to clarify the nature and extent of existing problems and needs in the provision of quit-smoking counselling in Dutch midwifery settings. This in order to facilitate the provision of smoking cessation support (through the V-MIS) by health care professionals in the field of midwifery. To this end, an online survey was conducted among first line and clinical midwives, resulting in 150 respondents representative for the Dutch setting in terms of age, function, and region. Below, we present the three main research questions and the associated findings.

1. *What are midwives' wishes, needs, and perceived barriers regarding the provision of smoking cessation counselling to pregnant women?*

The main bottleneck arising from the analysis is a perceived lack of client motivation to quit smoking; six out of ten midwives perceive this as a barrier. What stands out here is that the more a perceived lack of client motivation undermines the conversation on smoking cessation, the less V-MIS steps are performed. Also, midwives often experience a lack of information and simple resources. Free client brochures and straightforward tools and gadgets aimed to facilitate the conversation on smoking cessation might for example provide this. More than a third (37%) of the midwives indicate that they would more often discuss smoking cessation when financially compensated. More intensive quit-smoking programs fall under the Dutch mandatory risk excess (€385 in 2016), and the idea that a client might have to pay for this inhibits 22% of the midwives from mentioning these types of quit-smoking support. One out of six midwives finds it hard to discuss smoking cessation for fear of harming the relationship with their clients. More than half of the midwives indicate they need more information on nicotine replacement products.

2. *To what extent do midwives use the V-MIS when providing smoking cessation support to pregnant women?*

The survey outcomes show that many midwives use the V-MIS. However, on average they only perform the first two steps, and only 10% perform all seven steps. Almost all midwives ask about the client's smoking profile, whereas one in five fails to inquire about the partner's smoking profile. Midwives relatively often refer their clients to the general practice for smoking cessation counselling. Furthermore, midwives are more familiar with the former Stivoro than with Trimbos Institute or the website Rokeninfo.nl, and only 3% is familiar with the social map Smoking Cessation. Remarkably, a substantial number of midwives (12%) recommend their clients the use of alternative methods such as acupuncture. On average, V-MIS trained midwives perform more V-MIS steps than those who are not trained, and almost 80% of the trained midwives feels adequately equipped to provide quit-smoking counselling to pregnant women because of the training. Less than half (46%) of the midwives is familiar with any policy arrangements regarding quit-smoking advice and support made within their midwifery alliance.

3. *What are midwives' attitudes towards the provision of quit-smoking counselling to pregnant women, and what role do see they for themselves in smoking cessation?*
- Most (74%) midwives are committed to provide smoking cessation support. At the same time, most (77%) midwives perceive it as potentially useful to refer clients to more intensive quit-smoking programs. More than a third (37%) sometimes recommends her clients to cut down the smoking. Still, only 7% thinks that cutting down (as opposed to quitting) is better.

Based on the study's findings, we make a series of practical recommendations for health care professionals, insurers, policy makers, supervisory authorities, and researchers:

1. *More intensively train midwives in motivating interviewing techniques regarding smoking cessation;*
2. *Properly embed referral into the method of the V-MIS;*
3. *Stimulate collaboration within midwifery alliances and communicate arrangements that are made there;*
4. *Establishment of transparent financial compensations for midwives and clients;*
5. *(Further) development and dissemination of tools and resources;*
6. *More clearly represent relevant sources of information regarding smoking (cessation);*
7. *Further exploration: the role of the partner and the wider social network in smoking cessation and relapse in (pregnant) women;*
8. *Further exploration: development and dissemination of scripts and protocols in order to discuss smoking cessation;*
9. *Further exploration: smoking cessation counselling in the general practice.*

Samenvatting

Bijna één op de tien (8,6%) van de Nederlandse zwangeren rookt dagelijks tijdens de gehele zwangerschap. Bij zwangere vrouwen met een lage opleiding is dit zelfs 22%. Stoppen met roken is belangrijk omdat roken tijdens de zwangerschap het risico vergroot op complicaties en ernstige gezondheidsproblemen bij, en overlijden van het (ongeboren) kind. Bovendien heeft roken tijdens de zwangerschap nadelige gevolgen voor het kind op de lange termijn, zoals kans op gedragsproblemen en verminderd cognitief functioneren. Ook meerroken door de zwangere vrouw, bijvoorbeeld omdat de partner rookt, brengt dergelijke risico's met zich mee.

Om het aantal rokende zwangeren terug te dringen, is het belangrijk dat rokende zwangeren korte 'stoppen met roken'-interventies aangeboden krijgen. In Nederland spelen verloskundigen een centrale rol bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren, omdat circa 80% van de vrouwen in een vroeg stadium van de zwangerschap door de verloskundige wordt gezien. Stoppen-met-roken begeleiding door verloskundige bestaat uit een minimale interventiestrategie (V-MIS) die is gebaseerd op theorieën voor gedragsverandering, passend is gemaakt voor de verloskundigenpraktijk en bewezen effectief is.

Aanleiding voor het huidige rapport vormt eerder onderzoek waaruit blijkt dat stoppen-met-roken begeleiding door verloskundigen in de vorm van de V-MIS in de praktijk niet altijd optimaal is. De V-MIS wordt bij minder dan de helft van de rokende cliënten gestart en zelden worden alle zeven stappen doorlopen. Vanuit het verloskundig zorgveld klinken bovendien vergelijkbare geluiden door. Zo weten verloskundigen niet altijd dat (of naar wie) ze kunnen doorverwijzen, wordt er niet altijd goed geregistreerd en zou gebrek aan tijd en financiering een belemmering zijn om rokende zwangeren goed te kunnen begeleiden.

Doel van het huidige onderzoek is middels een knelpuntenanalyse in kaart brengen of de signalen uit het verloskundig zorgveld incidenten zijn of breder worden gedragen, en wat de wensen en behoeften zijn die verloskundigen hebben bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan rokende zwangeren. Dit om verloskundige zorgverleners op termijn beter in staat te stellen om stoppen-met-roken begeleiding (in de vorm van de V-MIS) aan te bieden. Hiertoe is een vragenlijstonderzoek uitgezet onder eerstelijns en klinisch verloskundigen, met 150 deelnemers als netto resultaat. De onderzoeksgroep was representatief voor de populatie Nederlandse verloskundigen in termen van leeftijd, functie en regio. Hieronder zijn de drie onderzoeksvragen op een

rij gezet, met daarbij de antwoorden die op basis van de bevindingen kunnen worden geformuleerd:

1. *Wat zijn de wensen, behoeften en ervaren knelpunten van verloskundigen bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan rokende zwangeren?*

Het voornaamste knelpunt dat uit de analyse naar voren komt is het waargenomen gebrek aan motivatie van de cliënt om te stoppen met roken; zes op de tien verloskundigen ervaren dit als een belemmering. Hierbij valt op: hoe meer een waargenomen gebrek aan motivatie van de cliënt het gesprek over stoppen met roken bemoeilijkt, hoe minder V-MIS stappen er worden doorlopen. Ook wordt een gebrek aan informatie en/of relatief eenvoudige middelen vaak als belemmering ervaren. Gratis cliëntenfolders en eenvoudige tools of gadgets om het gesprek over stoppen met roken op gang te brengen, vormen hiervoor mogelijk een oplossing. Ruim een derde (37%) van de verloskundigen zou stoppen met roken vaker bespreken als hier een financiële compensatie tegenover stond en voor 22% van de verloskundigen vormt het eigen risico dat cliënten mogelijk kwijt zijn aan intensieve vormen van stoppen-met-roken begeleiding een barrière om erover te beginnen. Eén op de zes verloskundigen vindt het soms lastig om stoppen met roken te bespreken uit angst hiermee de verstandhouding met hun cliënten te schaden. Meer dan de helft heeft behoefte aan meer informatie over nicotinevervangende middelen.

2. *In hoeverre passen verloskundigen de V-MIS toe bij stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren?*

Uit de survey blijkt dat veel verloskundigen met de V-MIS werken. Wel doorlopen verloskundigen (naar eigen zeggen) gemiddeld alleen de eerste twee stappen, en past slechts 10% de volledige V-MIS toe. Verder informeren vrijwel alle verloskundigen naar het rookgedrag van de zwangere vrouw, terwijl één op de vijf verloskundigen niet vraagt naar het rookgedrag van haar partner. Verloskundigen verwijzen hun cliënten voor stoppen-met-roken begeleiding relatief vaak door naar de huisartsenpraktijk. Verder zijn verloskundigen beter bekend met voormalig Stivoro dan met het Trimbos-instituut of Rokeninfo.nl, en is de sociale kaart slechts bij 3% bekend. Opvallend is dat een niet geringe groep verloskundigen (12%) alternatieve methoden zoals acupunctuur aanraadt. Verloskundigen die de V-MIS training hebben gevolgd doorlopen gemiddeld meer stappen dan verloskundigen die de training niet hebben gevolgd, en bijna 80% van de getrainde verloskundigen voelt zich door de training voldoende toegerust om rokende zwangeren adequaat te begeleiden. Nog niet de helft (46%) van de verloskundigen geeft aan op de hoogte te zijn van VSV-brede afspraken over beleid voor stoppen-met-roken advisering en begeleiding.

3. *Hoe kijken verloskundigen aan tegen het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding, welke opvattingen hebben ze erover en hoe zien zij hun eigen rol hierin?* Een merendeel van de verloskundigen (74%) ziet het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding als hun taak. Ook vindt een meerderheid (77%) dat doorverwijzen naar intensiever vormen van begeleiding zinvol kan zijn. Ruim een derde (37%) van de verloskundigen adviseert haar cliënten wel eens te minderen. Toch verkeert slechts een kleine minderheid (7%) in de veronderstelling dat minderen daadwerkelijk beter is.

Op basis van de bevindingen worden de volgende aanbevelingen gedaan voor zorgprofessionals, verzekeraars, beleidsmakers, toezichthouders en onderzoekers:

1. *Verloskundigen intensiever trainen in motiverende gespreksvoeringstechnieken ten aanzien van stoppen met roken;*
2. *Doorverwijzen goed inbedden in de V-MIS methodiek;*
3. *Stimuleren van VSV-brede samenwerking en communiceren van afspraken;*
4. *Instellen en helder maken van financiële vergoedingen voor verloskundige en cliënt;*
5. *(Door)ontwikkelen en toegankelijk maken van hulpmiddelen en tools;*
6. *Informatiebronnen ten aanzien van (stoppen met) roken beter voor het voetlicht brengen;*
7. *Nadere verkenning: de rol van partners en bredere sociale omgeving bij stoppen met roken en terugval onder (zwangere) vrouwen;*
8. *Nadere verkenning: ontwikkelen en verspreiden van scripts en gespreksprotocollen;*
9. *Nadere verkenning: stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren binnen de huisartsenpraktijk.*

Inleiding

Dit rapport presenteert de resultaten van een onderzoek naar ervaren knelpunten rondom de huidige stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen door verloskundigen. Op basis van een vragenlijstonderzoek onder 150 eerstelijns en klinisch verloskundigen wordt geschetst in hoeverre verloskundigen de V-MIS toepassen bij de stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren, en wat hun wensen en behoeften zijn bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan rokende zwangeren. Ook beschrijft het rapport hoe verloskundigen aankijken tegen stopbegeleiding voor zwangeren en hoe zij hun eigen rol daarin zien. Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen geformuleerd voor diverse partijen, zoals zorgprofessionals, verzekeraars, beleidsmakers, toezichthouders en onderzoekers.

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

1.1 Roken en zwangerschap: prevalentie en gevolgen

Roken is zeer schadelijk voor zwangere vrouwen en hun (ongeboren) kind. Het is één van de oorzaken van perinatale sterfte en perinatale problemen: het verhoogt de kans op een miskraam, een aangetaste placenta en een te klein of te vroeg geboren kind. Ook het risico op congenitale aandoeningen, wiegendood, astma en een lager IQ op volwassen leeftijd neemt toe door roken tijdens de zwangerschap (USDHHS, 2014). Een uitgebreide beschrijving van de effecten van (mee)roken tijdens de zwangerschap is te vinden in de factsheet *Roken en Zwangerschap* van het Trimbos-instituut (Croes & de Josselin de Jong; 2014).

Een aanzienlijk deel van de vrouwen rookt door tijdens de zwangerschap. Zo laat een landelijke peiling uit 2014-2015 zien dat 8,6% van de Nederlandse zwangere vrouwen gedurende de hele zwangerschap dagelijks rookte. Daarnaast rookte 3,6% dagelijks tijdens een *gedeelte* van de zwangerschap. Dagelijks roken tijdens de gehele zwangerschap kwam vaker voor bij vrouwen met een lage opleiding (22,1%) dan bij vrouwen met een middelbare (5,5%) of hoge opleiding (0,9%; Lanting et al., 2015).

1.2 Ontwikkeling van de V-MIS

In Nederland spelen verloskundigen een centrale rol bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren, omdat circa 80% van de vrouwen in een vroeg stadium van de zwangerschap door de verloskundige wordt gezien (IGZ, 2012). De V-MIS ('minimale interventiestrategie stoppen met roken voor de verloskundigen-praktijk') is een methode voor verloskundigen om zwangere vrouwen te adviseren en begeleiden bij het stoppen met roken. De V-MIS is ontwikkeld in het kader van de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (CBO, 2009) en bestaat uit een stappenplan dat belangrijke determinanten uit theorieën voor gedragsverandering bevat (o.a. Ajzen, 1991). De begeleiding van de verloskundige met de V-MIS bestaat uit de volgende zeven stappen:

1. Rookprofiel en motivatie om te stoppen inventariseren in gesprek
2. Motivatie verhogen door bespreken voor- en nadelen
3. Barrières om te stoppen bespreken
4. Datum kiezen om te stoppen
5. Hulpmiddelen bespreken en uitdelen van brochures
6. Nazorg bieden door bespreking in vervolgconsulten
7. Terugvalpreventie door extra voorlichting (tijdens zwangerschap).

Als aanvulling op de V-MIS kan de verloskundige de vrouwen bij stap 5 doorverwijzen naar intensievere persoonlijke counseling. Dit kan bestaan uit:

- telefonische coaching (ook beschikbaar speciaal voor zwangere vrouwen);
- persoonlijke coaching (minimaal vier keer een ontmoeting met een hulpverlener, de rest kan telefonisch of via internet);
- groepstraining (ook beschikbaar speciaal voor zwangere vrouwen).

De V-MIS is ontwikkeld en onderzocht op effectiviteit door Universiteit Maastricht en voormalig STIVORO (de Vries et al., 2006). Er werd aangetoond dat met inzet van de methode 19% van de rokende vrouwen na het eerste consult stopt; bij de controlegroep was dit 7%. Zes weken na de bevalling was 21% van de vrouwen daadwerkelijk gestopt met roken na inzet van de V-MIS, tegenover 12% in de controlegroep.

1.3 Implementatie van de V-MIS

Vanwege het belang van stoppen-met-roken begeleiding van zwangeren door verloskundigen, voerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in de periode 2010-2012 een toezichtproject uit bij een kwart van alle eerstelijns verloskundigenpraktijken (N=120; IGZ, 2012). Hierbij toetste zij of de V-MIS werd toegepast en nageleefd. Bij aanvang bleek dat praktijken geen beleid hadden om stoppen met roken te stimuleren en dat verloskundigen hiervoor onvoldoende geschoold waren. De IGZ gaf praktijken vervolgens tot 1 januari 2012 de tijd om aan de richtlijnen te voldoen. Eén van de eisen

hierbij was dat bij iedere verloskundigenpraktijk een verloskundige moet werken die een V-MIS training heeft gevolgd.

Tijdens de steekproef in 2012 (N=21) bleek de implementatie van de V-MIS aanzienlijk verbeterd: op één praktijk na gebruikten alle praktijken de V-MIS, en alle praktijken legden het rookgedrag en de begeleiding om te stoppen vast in het patiëntendossier (IGZ, 2012). Ook beschikten 20 van de 21 praktijken over een sociale kaart, zodat ze wisten naar welke andere zorgverleners ze hun cliënten konden doorverwijzen. Naar aanleiding van het onderzoek is de V-MIS een vast onderdeel geworden van alle registratiesystemen van eerstelijns verloskundigen, en de IGZ concludeerde dat de V-MIS op grote schaal is geïmplementeerd binnen eerstelijns verloskundigenpraktijken (IGZ, 2014b).

Ook in de tweede lijn wordt de V-MIS steeds vaker toegepast, zo blijkt uit een recente toename van het aantal V-MIS trainingen dat wordt gevolgd binnen de tweede lijn. Ook hieraan ligt een rapport van de inspectie ten grondslag, waarin verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) werden aangespoord om VSV-breed beleid op te stellen voor stoppen-met-roken begeleiding van zwangeren (IGZ, 2014a). Uit dit inspectieonderzoek blijkt eveneens dat stoppen-met-roken begeleiding in de eerste lijn 'vrijwel volledig ingeburgerd' is. Wel worden er nog knelpunten gesignaleerd. Zo bleken verschillende praktijken op hun eigen wijze met deze begeleiding om te gaan, was het einddoel vaak niet eenduidig (sommige verloskundigen streefden naar stoppen met roken en anderen naar minderen), en was de eerste lijn meestal niet op de hoogte van het beleid in de tweede lijn.

1.4 Aanleiding huidige survey

Niet alleen het inspectieonderzoek uit 2014 toont mogelijkheden tot verbetering. Ook recent (wetenschappelijk) onderzoek geeft aanwijzingen dat de uitvoering van V-MIS in de praktijk niet altijd optimaal is (Oude Wesselink et al., 2015). Uit registratiegegevens uit de dossiers van eerstelijns verloskundigen, waarin de verschillende stappen van de V-MIS bijgehouden zouden moeten worden, bleek dat de V-MIS bij 42% van de rokende zwangeren werd gestart en zelden geheel werd doorlopen. Hetzelfde onderzoek toont aan dat het effect van de V-MIS toeneemt naarmate er meer stappen worden uitgevoerd.

Naast de signalen vanuit het onderzoeksveld, klinken er ook vanuit de zorgpraktijk (o.a. in niet-gepubliceerde stageonderzoeken) geluiden door dat de stoppen-met-roken begeleiding van zwangeren -en in het bijzonder de toepassing van de V-MIS- verbeterd zou kunnen worden. Enkele voorbeelden hiervan:

- Verloskundigen geven aan dat het een belemmering is dat er te weinig tijd en geen vergoeding beschikbaar is voor de stoppen-met-roken begeleiding van zwangeren.

- Verloskundigen weten niet altijd dat ze kunnen doorverwijzen voor intensieve begeleiding of zijn onvoldoende op de hoogte van het (landelijke en lokale) doorverwijsaanbod.
- Het is verloskundigen soms onvoldoende duidelijk welke stappen de V-MIS precies omvat; sommige verloskundigen geven aan niet met de V-MIS te werken, terwijl bij doorvragen blijkt dat dit wel stappen uit de V-MIS zijn.
- Stoppen-met-roken begeleiding wordt niet altijd (volledig) geregistreerd.
- Intensieve begeleiding wordt vanuit de basisverzekering vergoed, maar gaat ten koste van het eigen risico van de zwangere. Dit is mogelijk een belemmering voor zwangeren om te starten met intensieve begeleiding.
- Binnen VSV's bestaat, ondanks de aansporing van de inspectie hiertoe in 2014, vaak geen algemeen zorgpad of beleid ten aanzien van stoppen-met-roken advisering en begeleiding.
- Gegeven de (multi)problematiek die vaak speelt bij zwangeren met een lagere sociaaleconomische status (zoals zwaar roken, stressgevoeligheid en een rokende partner of rokende naasten) zou de V-MIS onvoldoende sensitief zijn om deze groep adequaat te begeleiden bij het stoppen met roken.

Deze signalen uit de zorgpraktijk zijn nog niet eerder zo duidelijk naar voren gekomen, en het is dan ook belangrijk om ze om te zetten naar kwantificeerbare gegevens. Met andere woorden: het is van belang om te onderzoeken hoe groot het aandeel verloskundigen is dat zich herkent in bovenstaande geluiden. Zijn de signalen uit het veld incidenten, of worden ze breder gedragen? Onderzoek onder een brede groep verloskundigen kan inzicht verschaffen in de aard en omvang van ervaren knelpunten.

1.5 Doel en onderzoeksvragen

Direct doel van het huidige onderzoek is in kaart brengen of de ontvangen signalen uit de zorgpraktijk (ervaren knelpunten rondom de huidige stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen door verloskundigen) incidenten zijn, of breder worden gedragen. Meer specifiek willen we peilen wat de aard en omvang is van wensen, behoeften en ervaren belemmeringen rondom de huidige stoppen-met-roken begeleiding (met name de V-MIS). In de survey zal ook worden onderzocht in hoeverre verloskundigen daadwerkelijk stoppen-met-roken begeleiding (in de vorm van de V-MIS) aanbieden. Dit zal echter niet, zoals bij het toezichtproject van de IGZ, het primaire doel van het onderzoek zijn. In onderhavige survey wordt deze informatie louter uitgevraagd om duiding te kunnen geven aan de gerapporteerde wensen, behoeften en knelpunten. Hiermee kan antwoord worden gegeven op de vraag waarom bepaalde stappen wel of juist niet worden doorlopen, en welke acties en aanscherpingen mogelijk leiden tot een consequenter stoppen-met-roken aanbod in de verloskundigenpraktijk, en een meer adequate toepassing van de V-MIS in het bijzonder. Ook willen we in kaart brengen hoe verloskundigen aankijken tegen stoppen-met-roken begeleiding, welke opvattingen

ze erover hebben en wat hun waargenomen rol in het geheel is. Uiteindelijk beoogt de survey hiermee verloskundige zorgverleners beter in staat te stellen om stoppen-met-roken begeleiding (in de vorm van de V-MIS) aan te bieden, zodat mogelijk meer zwangere vrouwen stoppen met roken en meer kinderen een rookvrije start krijgen.

De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

1. Wat zijn de wensen, behoeften en ervaren knelpunten van verloskundigen bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan rokende zwangeren?
2. In hoeverre passen verloskundigen de V-MIS toe bij stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren?
3. Hoe kijken verloskundigen aan tegen het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding, welke opvattingen hebben ze erover en hoe zien zij hun eigen rol hierin?

1.6 Klankbordgroep

Het projectteam heeft zich gedurende de looptijd van het onderzoek laten bijstaan door een klankbordgroep, bestaande uit zorgprofessionals en onderzoekers en experts op het gebied van roken en zwangerschap. Leden van deze klankbordgroep waren:

- Jeannette van Capelleveen, MSc. (klinisch verloskundige; KNOV)
- Dr. Matty Crone (LUMC)
- Dr. Sandra Oude-Wesselink (Erasmus MC)
- Dr. Dewi Segaar (Alliantie Nederland Rookvrij)
- Marjolein Houben, BSc. (eerstelijns verloskundige; KNOV)
- Benjamin van Wijngaarden, MSc. (Longfonds)

De klankbordgroep is op twee vaste momenten gevraagd om de onderzoeksopzet, conceptenquête en conceptrapportage te becommentariëren en om mee te denken over aanbevelingen voor de praktijk. Ook is tussentijds advies gevraagd over (actuele ontwikkelingen in) de zorgpraktijk van verloskundigen – al dan niet ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode. Meer specifiek wordt hier beschreven hoe de vragenlijst tot stand kwam, hoe de respondenten zijn geworden en hoe de respons is opgeschoond en gefilterd. Ook beschrijft hoofdstuk 2 de onderzoeksgroep en de weegmethode alsmede de manier van data-analyse en wijze waarop de bevindingen zullen worden gepresenteerd.

Hoofdstuk 3 beschrijft de verloskundigen en de instellingen waarin zij werkzaam zijn. Meer specifiek biedt hoofdstuk 3 een overzicht van (kenmerken van) de verloskundigen

zelf en van de praktijken of ziekenhuizen waar zij werkzaam zijn. Ook beschrijft hoofdstuk 3 de cliëntpopulatie van de instellingen en de voorzieningen die de instellingen bieden ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding. Hoofdstuk 4 beschrijft het gebruik van de V-MIS; in hoeverre deze wordt toegepast, wat de ervaringen van verloskundigen zijn met de V-MIS en of hierin verschillen bestaan tussen subgroepen van verloskundigen. In hoofdstuk 5 komen de ervaren knelpunten aan bod. Eerst wordt geschetst in hoeverre verloskundigen stoppen met roken vaker of makkelijker zouden bespreken dan nu het geval is, waarna het hoofdstuk een overzicht biedt van de ervaren knelpunten. Tot slot komen verschillen in ervaren knelpunten tussen subgroepen van verloskundigen aan bod. Hoofdstuk 6 beschrijft de houding van verloskundigen ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding in het algemeen en voor specifieke subgroepen. Hoofdstuk 7 sluit af met conclusies en aanbevelingen voor de praktijk.

Opgemerkt dient te worden dat daar waar in dit rapport met 'zij' aan verloskundigen wordt gerefereerd, ook 'hij' kan worden gelezen; 1,3% van de Nederlandse verloskundigen is man (NIVEL, 2016).

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de vragenlijst tot stand kwam (paragraaf 2.1), hoe de respondenten zijn geworven (paragraaf 2.2) en hoe de respons is opgeschoond en gefilterd (paragraaf 2.3). Ook beschrijft hoofdstuk 2 de onderzoeksgroep en de weegmethode (paragraaf 2.4) alsmede de manier van data-analyse en wijze waarop de 2.1

2.1 Opstellen van de vragenlijst

Voor dit onderzoek is een vragenlijst samengesteld met vragen naar de wensen, behoeften en ervaren knelpunten van verloskundigen bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan rokende zwangeren. Daarnaast zijn er vragen opgenomen die ingaan op de houding ten aanzien van stoppen met roken begeleiding, het daadwerkelijk begeleiden van cliënten bij stoppen met roken en het doorlopen van de V-MIS in het bijzonder. Om de antwoorden op deze vragen in een context te kunnen plaatsen zijn ook vragen opgenomen naar de achtergrond van de verloskundige.

Bij het construeren van de vragenlijst is input ontvangen van een klankbordgroep (zie paragraaf 1.6). Ook is de vragenlijst verder aangescherpt op basis van een pilot onder vijf verloskundigen (eerstelijns en klinisch). De vragenlijst bestond uit zes modules (A t/m F) en is online uitgezet¹. Zie Bijlage 1 voor de integrale vragenlijst. Een toelichting op de verschillende modules volgt hieronder.

Achtergrond van de verloskundige

Om een beeld te krijgen van de representativiteit van de onderzoeksgroep en om de gegevens (ervaren knelpunten, doorlopen van V-MIS en houding ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding) beter in een context te kunnen plaatsen, is ook gevraagd naar de achtergrond van de verloskundige (Module A). Meer specifiek zijn er vragen opgenomen over kenmerken van de verloskundige zelf en van de instelling waar zij werkzaam is, zoals de cliëntpopulatie van de instelling en de voorzieningen die de instelling biedt ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding. Omdat de zorgpraktijk van eerstelijns verloskundigen op bepaalde aspecten anders is dan die van klinisch verloskundigen, is Module A voor beide groepen apart ontwikkeld en uitgezet. Bij aanvang van de survey kon men aangeven in de eerste of tweede lijn werkzaam te

¹ Via de webapplicatie LimeSurvey.

zijn², waarna men naar de corresponderende module werd geleid. De vragen zijn echter zoveel mogelijk generiek gesteld. Module F heeft betrekking op het rookprofiel van de verloskundige zelf, en is vanwege de mogelijke gevoeligheid ervan aan het eind van de survey geplaatst.

Ervaren knelpunten

De knelpunten in Module B zijn geformuleerd als stellingen, zoals bijvoorbeeld *'Ik vind het wel eens lastig om met cliënten over stoppen met roken te spreken omdat zij mijn informatie niet begrijpen'*. Input vanuit de zorgpraktijk en literatuur lag ten grondslag aan de formulering van deze 22 knelpunten. Middels een 5-puntsschaal die loopt van 1 ('helemaal mee oneens') tot en met 5 ('helemaal mee eens') kon men steeds aangeven in hoeverre men het met de stelling (on)eens was. Om niet louter negatief geformuleerde stellingen te presenteren (en daarmee respondenten mogelijk negatief te beïnvloeden) zijn negatief geformuleerde stellingen afgewisseld met positief geformuleerde stellingen. Bij de presentatie van de knelpunten, later in Hoofdstuk 5, zijn deze positief geformuleerde stellingen (bijvoorbeeld: *'Ik heb doorgaans voldoende tijd om stoppen met roken te bespreken'*) geherformuleerd naar negatieve stellingen (in het geval van dit voorbeeld: *'Ik heb doorgaans onvoldoende tijd om stoppen met roken te bespreken'*), zodat de knelpunten onderling vergelijkbaar waren. Omdat er in de zorgpraktijk uiteraard ook belemmeringen kunnen spelen die op voorhand niet bekend waren, is ook via een open vraag naar knelpunten geïnformeerd.

Houding ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding

De houding, opvattingen en waargenomen eigen rol van verloskundigen ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding (Module C) is gepeild door middel van negen uitspraken, zoals bijvoorbeeld: *'Ik vind stoppen-met-roken begeleiding van zwangeren over het algemeen een taak van de verloskundige'* en *'Sommige zwangeren adviseer ik om te minderen met roken gedurende de zwangerschap'*. Middels dezelfde 5-puntsschaal (1='helemaal mee oneens' t/m 5='helemaal mee eens') kon men steeds aangeven in hoeverre men het met de uitspraak (on)eens was.

Begeleiden van cliënten bij stoppen met roken (doorlopen van de V-MIS)

Module D heeft betrekking op het daadwerkelijk begeleiden van cliënten bij stoppen met roken. Om dit te kunnen meten waren de handelingen die deel uitmaken van de afzonderlijke stappen van de V-MIS vertaald naar items. Een voorbeeld van zo'n item is: *'Stelt u het rookprofiel van uw cliënten vast?'*. Middels een 5-puntsschaal die liep van 1 ('altijd') tot en met 5 ('nooit') kon men steeds aangeven hoe vaak men deze stappen in de praktijk doorloopt. Onderdeel van de V-MIS is het bespreken van materialen en methodes ter ondersteuning bij het stoppen met roken; hier is in Module D ook

2 Omdat het mogelijk is dat een verloskundige zowel binnen de eerste als binnen de tweede lijn werkt, is deze optie bij aanvang ook opgenomen. Verloskundigen die hier voor in aanmerking kwamen, is verzocht de vragenlijst in te vullen vanuit hun ervaring in de eerstelijns praktijk. Zij kregen vervolgens de module voor eerstelijns verloskundigen voorgelegd.

naar gevraagd. Respondenten kregen daartoe een overzicht gepresenteerd van diverse bronnen, materialen en methodes, waarbij gevraagd werd de opties aan te vinken waarmee zij bekend waren. Indien men aangaf met een bepaalde optie bekend te zijn, dan werd (eveneens via wel of niet aanvinken) gevraagd of men deze de afgelopen maand wel eens geraadpleegd had. Input voor de voorgedefinieerde bronnen, materialen en methodes werd verkregen via de professionalswebsite Rokeninfo.nl (Rookvrij Opgroeien/Prenatale zorg/V-MIS) en de V-MIS handleiding voor verloskundigen en gynaecologen (Trimbos-instituut, 2014). Omdat er in de zorgpraktijk uiteraard ook bronnen, materialen en methodes kunnen worden geraadpleegd die op voorhand niet bekend waren, is hiernaar geïnformeerd via een aanvullende open vraag.

Module E bestond uit enkele algemenere vragen over de V-MIS, bijvoorbeeld of de verloskundige met de V-MIS werkt, hoe (on)tevreden ze erover is, of ze de V-MIS stappen in het registratiesysteem noteert en of zij de V-MIS training heeft gevolgd.

2.2 Steekproef en werving van respondenten

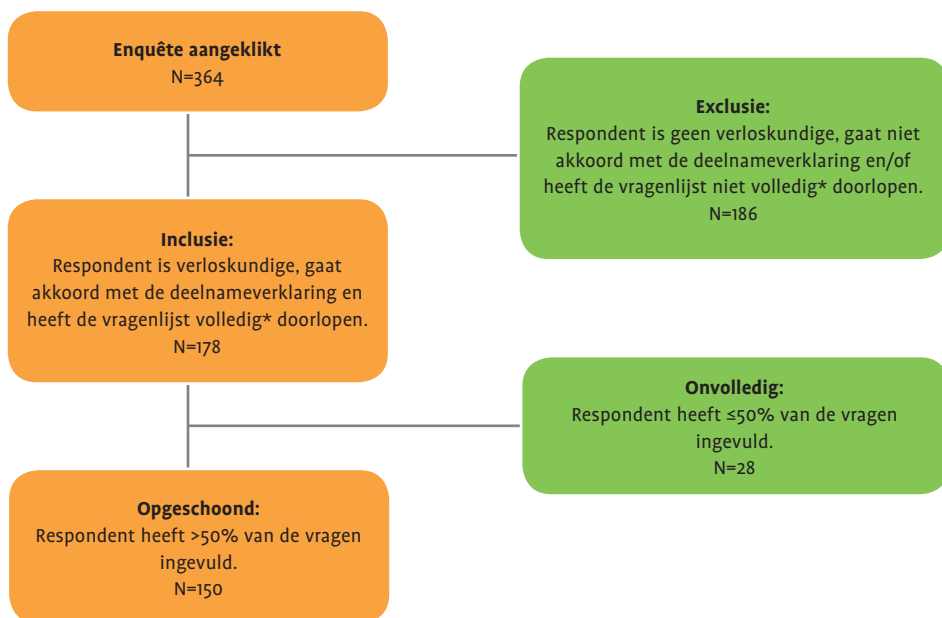
De te onderzoeken populatie bestond uit eerstelijns en tweedelijns (klinisch) verloskundigen. Respondenten werden geworven via nieuwsberichten op de websites van de softwareleveranciers Orfeus en Onatal³, de KNOV en het Trimbos-instituut. Ook zijn de nieuwsberichten per mailing of nieuwsbrief verzonden aan verloskundigen uit het netwerk 'Ouder- en kindzorg' van de verschillende regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en). Daarnaast hebben enkele regionale consortia (opgezet en aangestuurd vanuit het ZonMw programma 'Zwangerschap en Geboorte'; zie ZonMw, 2014) en het Midwifery Research Network Nederland (MRNN) de survey onder de aandacht gebracht bij hun netwerk van zorgverleners.

Om deelname aan deze vragenlijst te stimuleren werd onder elke 25 respondenten een cadeaubon à 25 euro verloot, en doneerde het Trimbos-instituut een euro per deelnemer aan Cordaid Memisa⁴. Geïnteresseerden konden tussen 22 februari en 14 april 2016 deelnemen aan dit onderzoek. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst diende de respondent digitaal informed consent te geven.

3 Orfeus en Onatal zijn de twee grootste softwareleveranciers van registratiesystemen voor verloskundigenpraktijken.

4 Cordaid Memisa zet zich ervoor in dat moeders in ontwikkelingslanden een veilige zwangerschap en bevalling kunnen hebben en dat hun baby's een gezonde start krijgen (zie ook: <https://www.cordaidmemisa.nl>).

Figuur 2.1: Flowchart van de respondenten



* Het was voor respondenten mogelijk om vragen over te slaan; een volledig doorlopen vragenlijst kan derhalve missende waarden op vragen bevatten.

2.3 Respons opschonen en filteren

In totaal is de link naar de vragenlijst 364 keer aangeklikt (zie Figuur 2.1). In 186 gevallen (51%) gaf de respondent aan geen verloskundige te zijn, ging hij/zij niet akkoord met de deelnameverklaring (zie vragenlijst in Bijlage 1) of doorliep hij/zij de vragenlijst niet tot aan het einde. Van de 178 respondenten die wel aangaven verloskundige te zijn, akkoord gingen met de deelnameverklaring en de vragenlijst tot aan het einde doorliepen, vulden 28 mensen (16%) minder dan de helft van de vragenlijst in – hun gegevens zijn verwijderd uit de dataset. Van de resterende 150 respondenten lag het percentage ingevulde vragen tussen de 57% en de 100% (mediaan: 100%, IQR: 98%-100%).

Beschrijving van de totale populatie Nederlandse verloskundigen

Tabel 2.1 laat zien dat bijna de helft (48%) van de Nederlandse verloskundigen jonger is dan 35 jaar. Ongeveer een zesde (16%) is 50 jaar of ouder. Het grootste deel van de verloskundigen (46%) werkt in een eigen praktijk (maatschap). Een derde (29%) werkt in het ziekenhuis. De spreiding naar regio varieert, met relatief veel verloskundigen in de provincies Noord- en Zuid-Holland, Noord-Brabant en Gelderland en relatief weinig

verloskundigen in de provincies Zeeland, Flevoland en Drenthe. De regionale spreiding van verloskundigen is echter goed vergelijkbaar met de spreiding van de algemene Nederlandse bevolking (CBS Statline, 2016).

In 2015 was 1,3% van de Nederlandse verloskundigen man, en werkte de gemiddelde verloskundige 0,82 FTE (exclusief waarnemen; NIVEL, 2016). Vanwege de zeer lage proportie mannelijke verloskundigen is de variabele 'geslacht' in de enquête niet uitgevraagd. Het aantal werkzame FTE's is in de enquête alleen als zodanig aan klinisch verloskundigen uitgevraagd; aangezien zij doorgaans een arbeidsovereenkomst op basis van uren per week hebben, is de vraag voor hen eenvoudig te beantwoorden. Eerstelijns verloskundigen werken echter vaak op basis van aantal zorgeenheden jaar, en dit is in de enquête ook als zodanig uitgevraagd. Omdat zorgeenheden zich binnen de onderzoeksgroep lastig lieten terugrekenen naar een betrouwbaar aantal FTE's (zie toelichting in paragraaf 3.1), kon dit niet worden afgezet tegen het aantal FTE's in de gehele populatie verloskundigen.

2.4 Beschrijving en weging van de onderzoeksgroep

Deze rapportage is gebaseerd op de onderzoeksgroep (respondenten op de enquête; N=150) zoals in de vorige paragraaf beschreven. Tabel 2.1 geeft de samenstelling van deze respondentengroep weer. Om een vergelijking te kunnen maken met de totale populatie Nederlandse verloskundigen, is de verloskundigenregistratie van het NIVEL (peiling 2015) geraadpleegd. Hieruit blijkt dat er in 2015 in Nederland 3150 verloskundigen werkzaam waren. De samenstelling van de totale populatie is ook weergegeven in Tabel 2.1.

Tabel 2.1 geeft ook weer hoe de groep respondenten was verdeeld naar leeftijd, functie en regio. Hieruit blijkt dat de onderzoeksgroep qua samenstelling op een aantal punten afwijkt van de totale populatie verloskundigen. Om hiervoor te corrigeren is een weegfactor geconstrueerd (gebaseerd op de drie genoemde kenmerken) en bij de data-analyse toegepast. Dit houdt in dat de antwoorden op de enquêtevragen van subgroepen die in de onderzoeksgroep zijn ondervertegenwoordigd (zoals verloskundigen jonger dan 25 jaar, waarnemsters, klinisch verloskundigen en verloskundigen uit Utrecht en Noord-Brabant) wat zwaarder meetellen bij de berekeningen, en de antwoorden van subgroepen die zijn oververtegenwoordigd (zoals verloskundigen vanaf 55 jaar, verloskundigen in loondienst van een gezondheidscentrum en verloskundigen uit Overijssel en Friesland) wat minder zwaar meetellen. Kortor gesteld: door weging toe te passen is de representativiteit van de verzamelde gegevens (via de onderzoeksgroep) voor de gehele onderzochte populatie verbeterd. De in dit rapport gepresenteerde waarden (zoals gemiddelde scores, percentages en spreidingsmaten) voor verloskundigen betreffen gewogen waarden, tenzij anders vermeld. Dit kan tot gevolg hebben dat de som van de totale gewogen onderzoeksgroep in frequentietabellen niet precies optelt tot N=135 (in verband met afronding kan dit soms N=134 of N=136 zijn).

Tabel 2.1: Kenmerken van de populatie en de onderzoeksgroep

	Populatie* (N=3.150) %	Onderzoeksgroep (N=150) %
Leeftijd		
- jonger dan 25 jaar	6,5	3,3
- 25-29 jaar	21,8	16,7
- 30-34 jaar	20,0	22,0
- 35-39 jaar	15,5	10,0
- 40-44 jaar	11,2	14,0
- 46-49 jaar	8,6	10,0
- 50-54 jaar	8,0	7,3
- 55-59 jaar	5,4	8,0
- 60 jaar en ouder	2,7	4,7
- Onbekend	0,4	4,0
Functie		
- Eigen praktijk/maatschap	45,9	63,3
- Klinisch werkzaam	29,2	15,3
- Waarneemster	17,2	9,3
- In loondienst van een zelfstandig gevestigd verloskundige	5,9	4,7
- In loondienst van een gezondheidscentrum of vergelijkbare instelling/stichting	1,8	4,0
- Onbekend	0,0	3,3
Regio**		
- Groningen	2,7	5,3
- Friesland	3,3	9,3
- Drenthe	2,3	5,3
- Overijssel	5,7	16,0
- Flevoland	2,1	4,7
- Gelderland	10,9	22,0
- Utrecht	7,4	2,0
- Noord-Holland	14,4	7,3
- Zuid-Holland	16,0	10,0
- Zeeland	1,5	1,3
- Noord-Brabant	12,3	5,3
- Limburg	4,5	5,3
- Onbekend	17,1	6,0

* Bron: Verloskundigenregistratie, peiling 2015 (NIVEL, 2016).

** Regio is vastgesteld op basis van het praktijkadres van de verloskundige.

Opgemerkt dient te worden dat 15 respondenten niet in de gewogen analyses konden worden meegenomen omdat van hen de leeftijd, functie en/of regio onbekend was. Analyses wijzen uit dat deze 15 verloskundigen niet van de resterende 135 verloskundigen verschillen op de voornaamste afhankelijke maten (dat is: de mate waarin de V-MIS wordt doorlopen en de behoefte om stoppen met roken vaker of makkelijker met cliënten te bespreken). Hierdoor is er geen reden om aan te nemen dat exclusie van deze respondenten zou leiden tot een systematische vertekening van de in dit rapport gepresenteerde resultaten.

2.5 Data-analyse en wijze van presentatie

Er wordt beschrijvende statistiek toegepast om inzicht te krijgen in de samenstelling van de onderzoeksgroep naar sociaal-demografische kenmerken (i.e. kenmerken van de verloskundigen en de instellingen waar zij werken). Voor de verschillende onderwerpen die aan bod komen zoals het gebruik van de V-MIS, ervaren knelpunten en attitudes worden eveneens beschrijvende analyses verricht. Bij de schattingen van de gemiddelde scores of percentages voor de totale groep worden hier ook de uiterste waarden behorend bij het 95%-betrouwbaarheidsinterval vermeld. Dit wordt genoteerd als '95%-B.I.'. Het 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft aan dat met een zekerheid van 95% kan worden gesteld dat de werkelijke waarde van de populatie binnen de aangegeven grenzen ligt.

Tevens toetsen we, voor zover relevant en mogelijk, de scores en verdelingen op de uitkomstvariabelen tussen specifieke subgroepen van verloskundigen. Het kan dan bijvoorbeeld gaan over verschillen tussen *eerstelijns* en *klinisch* verloskundigen, verloskundigen die de *V-MIS training* wel of niet hebben gevolgd, verloskundigen uit verschillende *regio's* of verloskundigen met verschillende *cliëntenpopulaties* (proportie lage SES⁵ en/of rokers). Verschillen tussen subgroepen worden getoetst met de Chi-kwadraattoets (bij categorische uitkomstmaten) en met variantieanalyse (T-test en ANOVA, bij continue uitkomstmaten). Wanneer in deze rapportage gesproken wordt van een significant verschil tussen subgroepen, dan is daarbij, tenzij anders vermeld, een alpha van 0,05 gehanteerd. Dat wil zeggen dat een gevonden verschil tussen subgroepen uit de onderzoeksgroep met een zekerheid van 95% niet op toeval berust en derhalve ook in de populatie aanwezig zal zijn. Alle analysestappen zijn uitgevoerd in het statistische programma SPSS (versie 22).

5 SES = sociaaleconomische status.

3 Beschrijving van verloskundigen en instellingen

Voordat de volgende hoofdstukken inzoomen op stoppen met roken in de dagelijkse zorgpraktijk en op de ervaringen van verloskundigen met de V-MIS, geeft Hoofdstuk 3 een beeld van de verloskundigen zelf (paragraaf 3.1), de praktijken en ziekenhuizen waar zij werken (paragraaf 3.2), de cliëntenpopulatie (paragraaf 3.3) en de manier waarop stoppen met roken binnen de instellingen is belegd (paragraaf 3.4).

3.1 Kenmerken van verloskundigen

Leeftijd en aantal werkzame jaren

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de voornaamste kenmerken van de verloskundigen uit de gewogen onderzoeksgroep. Te zien valt dat bijna de helft (48%) van de verloskundigen jonger is dan 35 jaar. Ongeveer een zesde (16%) is 50 jaar of ouder. De gemiddelde leeftijd is 37,3 jaar ($SD=10,6$), en verloskundigen binnen de eerste lijn zijn gemiddeld even oud ($M=36,8$; $SD=10,0$) als klinisch verloskundigen ($M=38,8$; $SD=9,0$; $F[1, 133]=0,96$, ns). Het gemiddeld aantal (als verloskundige) werkzame jaren is 10,1 jaar, en één op de acht verloskundigen is meer dan 20 jaar als zodanig werkzaam. Verloskundigen binnen de eerste lijn zijn gemiddeld langer werkzaam ($M=10,7$; $SD=9,6$) dan hun collega's binnen de tweede lijn ($M=8,2$; $SD=4,1$; $F[1; 122,35]=2,15$, $p<0,05$), wat verklaard wordt door het feit dat klinisch verloskundigen vaak eerst werkzaam zijn geweest binnen de eerste lijn.

Functie en opleiding

Het grootste deel van de verloskundigen (46,0%) werkt in een eigen praktijk (maatschap). Ongeveer een derde (29,1%) werkt in het ziekenhuis. Van de verloskundigen die klinisch werkzaam zijn verleent 99,1% zorg aan zwangeren, 93,5% verleent zorg aan barenden en 83,1% verleent zorg aan kraamvrouwen en neonaten. De helft (50,7%) van de klinisch verloskundigen geeft onderwijs en 13,5% houdt zich (tevens) bezig met onderzoek. Klinisch verloskundigen besteden wekelijks gemiddeld 7,6 uur ($SD=9,0$) aan spreekuurcontacten en 3,3 uur ($SD=2,0$) aan visites aan kraamvrouwen. Ongeveer 95% van de verloskundigen uit de onderzoeksgroep hebben de basisopleiding verloskunde afgerond, waarvan ongeveer een tiende (11,2% van het totaal) de aanvullende opleiding klinisch verloskundige heeft afgerond.

Tabel 3.1: Kenmerken van verloskundigen

	Onderzoeksgroep N=135*	
	n	%
Leeftijd (M=37,3; SD=10,6)		
- jonger dan 25 jaar	9	6,5
- 25-29 jaar	30	22,0
- 30-34 jaar	27	19,9
- 35-39 jaar	21	15,5
- 40-44 jaar	15	11,4
- 46-49 jaar	12	8,6
- 50-54 jaar	11	8,0
- 55-59 jaar	7	5,4
- 60 jaar en ouder	4	2,8
Aantal werkzame jaren (M=10,1; SD=8,6)		
- minder dan 5 jaar	42	30,8
- 5-9 jaar	36	26,8
- 10-19 jaar	38	28,4
- 20-29 jaar	9	6,8
- 30 jaar en meer	8	5,6
- onbekend	2	1,6
Momenteel werkzaam (lijn)		
- eerste lijn	100	74,1
- tweede lijn	33	24,4
- zowel eerste als tweede lijn**	2	1,5
Functie		
- eigen praktijk/maatschap	62	46,0
- klinisch werkzaam	39	29,1
- waarneemster	23	17,2
- in loondienst van zelfstandig gevestigde verloskundige	8	5,9
- in loondienst van gezondheidscentrum of vergelijkbare instelling/stichting	2	1,8
Opleiding		
- basisopleiding verloskunde voltooid	113	83,7
- aanvullende opleiding klinisch verloskunde voltooid	16	11,2
- onbekend	7	5,1
Aantal gewerkte zorgeenheden/FTE's		
	M	SD
- Zorgeenheden (per jaar; eerste lijn, n=98)***	181,1	129,3
- FTE's (uur per week; tweede lijn, n=33)	29,3	5,5

* Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

** Twee verloskundigen gaven aan zowel in de eerste als de tweede lijn te werken. Conform de instructies op de vragenlijst hebben zij deze zoveel mogelijk ingevuld vanuit hun ervaringen in de eerste lijn.

*** Het aantal gewerkte zorgeenheden (per jaar) van eerstelijns verloskundigen in de onderzoeksgroep is waarschijnlijk niet representatief voor de gehele populatie eerstelijns verloskundigen (zie toelichting in paragraaf 3.1).

Aantal gewerkte zorgeenheden of FTE's

Op basis van de vraag 'Hoeveel zorgeenheden draait u per jaar?' zouden eerstelijns verloskundigen in de onderzoeksgroep jaarlijks gemiddeld 181 (uiterste waarden: 0-500) eenheden draaien. Dit is erg veel hoger dan de fulltime norm van 105 eenheden (wat gelijk staat aan 1 FTE of 36 uur per week), en doet vermoeden dat verloskundigen uit de onderzoeksgroep hier vaak het aantal zorgeenheden op *praktijkniveau* hebben ingevuld (wat bij duo- en groepspraktijken vanzelfsprekend hoger is dan het aantal individueel gewerkte zorgeenheden). Deze bevinding wordt dan ook niet representatief geacht voor de gehele populatie eerstelijns verloskundigen. Klinisch verloskundigen werken gemiddeld 29,3 uur per week ($SD=5,5$).

Meerderheid verloskundigen rookt zelf niet

Ruim twee derde (69,3%) van de verloskundigen heeft nog nooit gerookt. Een kwart (26,4%) heeft ooit gerookt, maar rookt niet meer en 4,3% van de verloskundigen rookt wel eens (1,5% wel en 2,7% niet dagelijks).

3.2 Kenmerken van instellingen

Type instelling

Tabel 3.2 geeft een overzicht van de voornaamste kenmerken van de praktijken en ziekenhuizen waar de verloskundigen uit de gewogen onderzoeksgroep werkzaam zijn. Te zien valt dat het merendeel van de eerstelijns verloskundigen (86,7%) werkzaam is in een groepspraktijk. Ongeveer de helft van de klinisch verloskundigen (46,6%) is werkzaam in een opleidingsziekenhuis en ongeveer de helft (53,4%) in een niet-opleidingsziekenhuis.

Aantal zorgeenheden of bevallingen per jaar

Het gemiddeld aantal zorgeenheden of bevallingen per jaar bedraagt binnen de eerste lijn 338 ($SD=209$) en binnen het ziekenhuis 1086 ($SD=448$; $F[1; 37,26]=-9,31$; $p<0,001$). Uitgaande van circa 175.000 geboren baby's per jaar (175.181 in 2014; CBS Statline, 2016) en 532 verloskundigenpraktijken (NIVEL, 2016) en 91 ziekenhuizen (DHD, 2016) is het gemiddeld aantal jaarlijkse zorgeenheden binnen de onderzoeksgroep aan de hoge kant, en heeft er mogelijk onwillekeurig selectie plaatsgevonden van grotere praktijken en instellingen. Dit hoeft echter geen consequenties te hebben voor (de interpretatie van) de bevindingen. Zo wijzen analyses inderdaad uit dat er binnen de onderzoeksgroep noch binnen de eerste lijn, noch binnen de tweede lijn een verband bestaat tussen het aantal zorgeenheden op jaarbasis en de mate waarin men de V-MIS doorloopt (eerste lijn: $\beta=0,17$; $t[96]=1,65$; ns , en tweede lijn $\beta=0,15$; $t[31]=0,84$; ns).

Aantal werkzame verloskundigen

Het aantal werkzame verloskundigen bedraagt 5,7 ($SD=3,6$) binnen de eerstelijns instelling en 10,8 ($SD=3,0$) binnen het ziekenhuis ($F[1, 116]=-7,11$; $p<0,001$). Binnen de eerste

lijn ziet een vrouw gedurende haar zwangerschap gemiddeld zo'n vier verloskundigen ($M=3,8$; $SD=1,0$) en vijf binnen het ziekenhuis ($M=5,1$; $SD=2,2$; $F[1; 36,68]=-3,08$; $p<0,005$). In het ziekenhuis ziet een zwangere vrouw, naast klinisch verloskundigen, ook andere verloskundige zorgverleners zoals gynaecologen en arts-assistenten.

Spreiding naar regio en achterstandswijken

De spreiding van verloskundigen naar regio varieert, maar komt na weging overeen met de regionale spreiding van de populatie zoals bekend (NIVEL, 2016; zie Tabel 2.1). Op basis van de postcode van het praktijkadres kan worden vastgesteld of de praktijk gelegen is in een achterstandswijk (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014). Dit is een indicator voor de (lagere) sociaaleconomische status van, en de (relatief hoge) rookprevalentie binnen de betreffende cliëntenpopulatie (TNO & Trimbos-instituut, 2015). Het is aannemelijk dat verloskundigen die in een achterstandswijk werken, vergeleken met collega's die niet in een achterstandswijk werken, over het algemeen meer te maken hebben met rokende cliënten. Ook ervaren zij mogelijk vaker problemen in de communicatie met hun cliënten - onder andere over (stoppen met) roken. Daarnaast is er in achterstandswijken vaker sprake van multiproblematiek (zoals financiële problemen, slechte huisvesting, relatieproblemen, stress, een ongezond voedingspatroon en gebruik van drugs), waardoor er mogelijk beperkte ruimte overblijft voor het bespreken van stoppen met roken. Op basis van de praktijkpostcodes van de gewogen onderzoeksgroep kan worden gesteld dat circa 2% van de verloskundigen werkzaam is in een achterstandswijk. Wanneer we het aantal kinderen woonachtig in een achterstandswijk als referentie nemen (17,6% in 2012; Deuning, 2014)⁶, kan geconcludeerd worden dat het hier gevonden percentage aan de lage kant is, en er mogelijk onwillekeurig selectie heeft plaatsgevonden van praktijken en instellingen die niet zijn gelegen in een achterstandswijk. Dit kan consequenties hebben voor de interpretatie van de bevindingen, waarbij de richting zich lastig laat voorspellen. Gegeven de hogere prevalentie rokers in achterstandswijken vindt er bij de beschrijving van de huidige resultaten mogelijk een (lichte) *onderschatting* plaats van de mate waarin er aandacht wordt besteed aan stoppen met roken. Daar staat tegenover dat gegeven de multiproblematiek die er in deze wijken dikwijls speelt en de mogelijk beperkte ruimte daardoor voor stoppen-met-roken begeleiding, er bij de beschrijving van de resultaten juist mogelijk een (lichte) *overschatting* plaatsvindt van de mate waarin er aandacht wordt besteed aan stoppen met roken. Door de minder sterke vertegenwoordiging in de onderzoeksgroep kan in ieder geval minder goed worden vastgesteld in hoeverre er in achterstandswijken specifieke knelpunten worden ervaren.

6 Voor zover bekend zijn dit de meest betrouwbare en recente cijfers over het bevolkingspercentage woonachtigen in een achterstandswijk.

Tabel 3.2: Kenmerken van praktijken en ziekenhuizen (op niveau van verloskundige)

	Onderzoeksgroep N=135*	
	n	%
Praktijktype (eerste lijn; N=102)		
- solopraktijk	3	3,2
- duopraktijk	10	10,2
- groepspraktijk	88	86,7
Type ziekenhuis (tweede lijn; N=33)		
- academisch ziekenhuis	2	5,0
- niet-academisch opleidingsziekenhuis	14	41,6
- niet-opleidingsziekenhuis	18	53,4
Aantal zorgeenheden/bevallingen per jaar, per praktijk/instelling	M	SD
- eerste lijn (N=99)	338	209
- tweede lijn (N=33)	1086	448
Aantal werkzame verloskundigen per praktijk/instelling	M	SD
- eerste lijn (N=87)	5,68	3,62
- tweede lijn (N=31)	10,84	2,98
Aantal verloskundigen gezien door zwangere per praktijk/instelling	M	SD
- eerste lijn (N=97)	3,83	1,01
- tweede lijn (N=33)	5,07	2,24
Regio**		
- Groningen	4	3,3
- Friesland	5	4,0
- Drenthe	4	2,8
- Overijssel	9	6,9
- Flevoland	3	2,5
- Gelderland	18	13,1
- Utrecht	12	8,9
- Noord-Holland	23	17,4
- Zuid-Holland	26	19,3
- Zeeland	2	1,7
- Noord-Brabant	20	14,8
- Limburg	7	5,4
Achterstandswijk**		
- nee	129	95,6
- ja	3	2,0
- onbekend	3	2,4

* Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

** Regio en achterstandswijk zijn vastgesteld op basis van het praktijkadres van de verloskundige (bron bij vaststelling achterstandswijk: Nederlandse Zorgautoriteit, 2014).

3.3 Kenmerken van de cliëntenpopulatie

Tabel 3.3 geeft een overzicht van de voornaamste kenmerken van de cliënten van de verloskundigen uit de gewogen onderzoeksgroep. Sommige kenmerken, zoals een lagere opleiding of een beperkte beheersing van de Nederlandse taal, hangen samen met een lagere SES en kunnen (net als woonachtig zijn in een achterstandswijk; zie vorige paragraaf) een indicator zijn voor een hogere proportie rokende cliënten, en voor ervaren problemen in de communicatie over (stoppen met) roken.

Tabel 3.3: Kenmerken van de cliëntenpopulatie

	Onderzoeksgroep N=135*	
	n	%
Geschat percentage cliënten met een lage opleiding**		
- minder dan 10%	7	5,5
- 10-30%	76	56,6
- 30-50%	20	14,8
- 50-80%	13	9,5
- 80-100%	0	0,0
- kan geen schatting geven / onbekend	18	13,7
Geschat percentage cliënten met beperkte beheersing van de Nederlandse taal		
- minder dan 10%	69	51,0
- 10-30%	35	25,9
- 30-50%	12	9,0
- 50-80%	0	0,0
- 80-100%	2	1,7
- kan geen schatting geven / onbekend	17	12,3
Geschat percentage rokende cliënten		
- minder dan 5%	15	11,4
- 5-10%	38	28,4
- 10-15%	36	26,5
- 15-20%	19	14,1
- 20-25%	10	7,2
- meer dan 25%	0	0,0
- kan geen schatting geven / onbekend	17	12,5

* Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

** Lage opleiding: geen onderwijs, basisonderwijs, LBO, VBO, VSO, VMBO en MBO-1.

Cliënten met een lage opleiding of beperkte beheersing van de Nederlandse taal

Uit de tabel valt af te lezen dat ruim de helft van de verloskundigen aangeeft dat 10 tot 30% van de cliënten een lagere opleiding heeft genoten, en circa een kwart (24%) schat in dat dit voor 30-80% van de cliënten geldt. Hierin bestaat geen verschil tussen de eerste en de tweede lijn ($\chi^2[3]=5,13$; *ns*). Ongeveer een derde (35%) van de verloskundigen geeft aan dat 10 tot 50% van de cliënten een beperkte beheersing heeft van de Nederlandse taal. Hoewel niet veel, zijn er ook verloskundigen die aangeven dat bijna alle cliënten het Nederlands beperkt beheersen. Ook hierin bestaat geen verschil tussen de eerste en de tweede lijn ($\chi^2[3]=4,69$; *ns*).

Rokende cliënten

Het (geschatte) percentage rokende cliënten varieert. Van de verloskundigen die een schatting kunnen geven, schat bijna de helft (45%) in dat maximaal 10% van hun cliënten rookt. Een even grote groep verloskundigen (46%) schat in dat dit 10-20% is, en één op de acht verloskundigen veronderstelt dat de proportie rokende cliënten bijna een kwart is. Hierin bestaat geen verschil tussen de eerste en de tweede lijn ($\chi^2[4]=5,26$; *ns*).

Samenhang tussen cliëntkenmerken

Wanneer we kijken naar de samenhang tussen verschillende cliëntgerelateerde kenmerken, dan duiden de toetsingsresultaten op een relatie tussen de proportie laag opgeleide en de proportie rokende cliënten ($\chi^2[12]=31,42$; $p<0,005$) maar op het oog is er moeilijk een algemene uitspraak te doen over de richting van het verband. Ook is er een verband tussen de proportie cliënten met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal en de proportie rokers ($\chi^2[12]=46,94$; $p<0,001$); verloskundigen die inschatten dat relatief veel cliënten het Nederlands beperkt beheersen, schatten over het algemeen ook in dat relatief veel cliënten roken. Andersom geldt dat verloskundigen die inschatten dat relatief weinig cliënten het Nederlands beperkt beheersen, over het algemeen ook inschatten dat relatief weinig cliënten roken.

In een vorige paragraaf presenteerden we de proportie verloskundigen die werkzaam zijn in een achterstandswijk. Mede omdat het binnen de onderzoeksgroep slechts om drie verloskundigen(praktijken) gaat, valt er lastig een betrouwbare uitspraak te doen over enig verband tussen achterstandswijken en rokende zwangeren op populatieniveau. Wel kunnen we de cliëntenpopulatie beschrijven van de drie verloskundigen(praktijken) uit de onderzoeksgroep. We zien dan dat twee van de betreffende verloskundigen in een achterstandswijk aangeven dat 50 tot 80% van hun cliënten laag opgeleid is, dat 80 tot 100% van de cliënten het Nederlands beperkt beheerst en dat 20 tot 25% rookt. De andere praktijk laat een iets meer gemiddeld beeld zien, met 10 tot 30% laag opgeleide cliënten, 10 tot 30% cliënten met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal, en 10 tot 15% rokende cliënten.

3.4 Stoppen met roken in de zorgpraktijk: basisgegevens

Voordat hoofdstuk 4 dieper zal ingaan op de toepassing van de V-MIS, beschrijft paragraaf 3.4 eerst in meer algemene zin hoe stoppen met roken in de verloskundige zorgpraktijk is belegd. Meer concreet beschrijft deze paragraaf onder meer hoeveel tijd er tijdens consulten aan stoppen met roken wordt besteed, in hoeverre (en naar wie) er wordt doorverwezen en of er binnen het VSV afspraken over stopadvies en -begeleiding zijn gemaakt.

Tabel 3.4: Stoppen met roken in de zorgpraktijk

	Onderzoeksgroep N=135*	
	n	%
Tijd (in minuten) besteed aan stoppen met roken tijdens het intakegesprek	<i>M</i>	<i>SD</i>
- eerste lijn (N=89)	7,9	3,0
- tweede lijn (N=33)	3,9	2,6
Totaal	6,8	3,4
Tijd (in minuten) besteed aan stoppen met roken tijdens vervolconsulten	<i>M</i>	<i>SD</i>
- eerste lijn (N=87)	4,7	2,5
- tweede lijn (N=33)	2,4	1,7
Totaal	4,1	2,5
Stoppen-met-roken begeleiding beschikbaar via speciale groepsconsulten?		
- ja	1	0,4
- nee	120	88,5
- onbekend**	15	11,1
Beschikt ziekenhuis over een stoppen-met-roken poli? (tweede lijn; N=33)		
- ja	18	52,9
- nee	10	29,9
- weet niet**	6	17,2
Zelf begeleiden of doorverwijzen? (N=120; meerdere antwoorden mogelijk)		
- doorverwijzen	96	79,4
- zelf stoppen-met-roken begeleiding aanbieden	57	47,2
- bespreekt stoppen met roken (liever) niet	6	4,6
Indien doorverwijzen, naar wie? (N=96; meerdere antwoorden mogelijk)		
- huisarts of praktijkondersteuner	71	74,1
- andere lijn	13	13,5

Vervolg op de volgende pagina.

Vervolg van de vorige pagina.

- speciaal groepsconsult voor zwangeren (bijv. binnen praktijk, ziekenhuis of VSV)	4	4,4
- collega binnen praktijk of ziekenhuis	3	3,5
- iemand binnen het VSV	2	1,7
Zijn er binnen het VSV*** afspraken gemaakt over beleid voor stoppen-met-roken advisering en begeleiding?		
- ja	56	41,4
- nee	29	21,4
- weet niet**	35	26,3
- onbekend**	15	10,9
Tevredenheid over afstemming van stoppen-met-roken begeleiding tussen de 1^e en 2^e lijn		
- zeer ontevreden (1)	3	2,5
- ontevreden (2)	31	22,9
- niet tevreden, niet ontevreden (3)	69	50,9
- tevreden (4)	17	12,9
- zeer tevreden (5)	0	0,0
- onbekend**	15	10,8

* Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

** 'Onbekend' en 'weet niet' dienen verschillend geïnterpreteerd te worden; 'onbekend' betekent dat er op de betreffende vraag een antwoord mist (m.a.w. onbekend is), en 'weet niet' betekent dat de verloskundige het antwoord op de vraag niet weet, maar dit wel als zodanig heeft aangegeven.

*** VSV=verloskundig samenwerkingsverband.

Tijdsduur besteed aan stoppen met roken

De gemiddelde duur van een intakegesprek en een vervolgconsult zijn in dit onderzoek niet uitgevraagd, maar uit eerder onderzoek onder eerstelijns verloskundigen blijkt dat dit bij hen 44 respectievelijk 14 minuten bedraagt (Oude Wesselink et al., 2015). Een inventarisatie van enkele ziekenhuiswebsites wijst uit dat de tijden in de tweede lijn ongeveer vergelijkbaar zijn. Tabel 3.4 laat zien dat er tijdens een intakegesprek in de eerste lijn gemiddeld 7,9 minuten (SD=3,0) en in het ziekenhuis gemiddeld 3,9 minuten (SD=2,6; $F[1; 65,79]=7,34$; $p<0,001$) wordt besteed aan stoppen met roken. Tijdens een vervolgconsult wordt in de eerste lijn gemiddeld 4,7 minuten (SD=2,5) en in het ziekenhuis gemiddeld 2,4 minuten (SD=1,7; $F[1, 118]=4,79$; $p<0,001$) besteed aan stoppen met roken.

Groepsconsulten en stoppen-met-roken poli's

Eén persoon uit de gewogen onderzoeksgroep (0,5%) gaf aan dat er binnen de instelling stoppen-met-roken begeleiding wordt aangeboden in de vorm van een speciaal groepsconsult. Van de klinisch verloskundigen geeft ongeveer de helft (53%) aan dat het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn, beschikt over een stoppoli.

Zelf begeleiden en doorverwijzen

Afspraken binnen VSV's

Afstemming eerste en tweede lijn

Trimbos-instituut

4 Gebruik van de V-MIS

Dit hoofdstuk beschrijft het gebruik van de V-MIS. Meer specifiek komt aan bod in hoeverre deze wordt toegepast (paragraaf 4.1), wat de ervaringen van verloskundigen zijn met de V-MIS (paragraaf 4.2) en of hierin verschillen bestaan tussen subgroepen van verloskundigen (paragraaf 4.3).

4.1 Toepassing van de V-MIS

Doorlopen van de V-MIS stappen

Verloskundigen uit de onderzoeksgroep konden voor elk van de afzonderlijke onderdelen van de V-MIS (zie Tabel 4.1) aangeven hoe vaak ze deze met hun cliënten doorlopen. De antwoordcategorieën waren 'altijd', 'meestal', 'vaak', 'soms' en 'nooit'. Een onderdeel wordt als toegepast beschouwd indien hierop 'altijd' of 'meestal' is geantwoord. Een volledige stap van de V-MIS wordt als toegepast beschouwd wanneer alle onderdelen van die stap altijd of meestal worden toegepast.

Tabel 4.1 geeft een overzicht van het percentage verloskundigen dat de afzonderlijke stappen van de V-MIS toepast. Daarnaast laat de tabel het cumulatieve percentage zien, wat wil zeggen: het percentage verloskundigen dat alle stappen tot en met de betreffende stap (en mogelijk nog verder) toepast. Te zien valt dat ongeveer acht op de tien verloskundigen de V-MIS starten (80,7%; 95%-B.I.: 73,9-87,5%). Ongeveer één op de tien verloskundigen (9,7%; 95%-B.I.: 4,6-14,8%) past de volledige V-MIS toe - dat wil zeggen: zij doorloopt alle zeven stappen. Formeel is er ook sprake van (adequate) toepassing van de V-MIS wanneer na het bespreken van rookprofiel en stopmotivatie wordt doorverwezen (m.a.w. wanneer dus stap 1, 2 en 5 worden doorlopen), maar dit kwam in de onderzoeksgroep niet voor. Figuur 4.1 laat de verdeling zien van het aantal toegepaste stappen (cumulatief, hoogst aantal doorlopen). Het gemiddeld aantal toegepaste stappen is 2,16 (95%-B.I.: 1,79-2,52).

Wanneer we kijken naar de aparte onderdelen van de V-MIS, dan zien we dat sommige onderdelen relatief vaak, en sommigen minder vaak aan bod komen. Zo informeren nagenoeg alle verloskundigen (95,9%; 95%-B.I.: 92,5-99,3%) naar het rookprofiel van de cliënten zelf, maar minder verloskundigen (80,7%; 95%-B.I.: 73,9-87,5%) informeren naar het rookprofiel van een eventuele partner. Slechts twee derde (66,7%; 95%-B.I.: 58,5-74,9%) van de verloskundigen stelt de stopmotivatie van rokende cliënten vast. Wanneer een cliënt voldoende is gemotiveerd om te stoppen wordt er slechts in 38,3% (95%-B.I.: 29,9-46,7%) van de gevallen een stopdatum vastgesteld.

Tabel 4.1: Overzicht toepassing van de V-MIS stappen

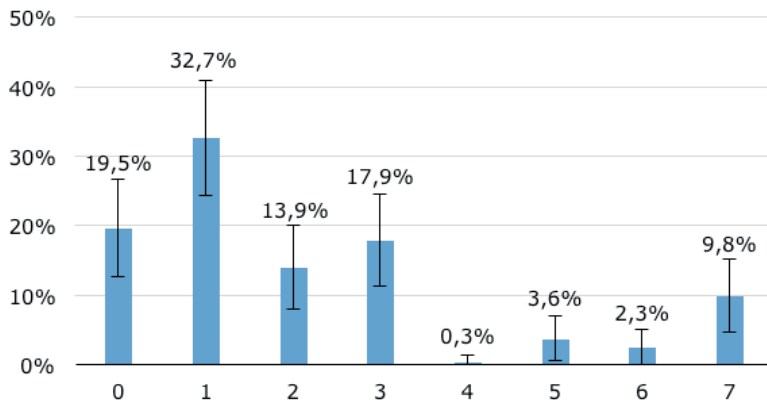
Stap	Onderdeel	% onderdeel (95%-B.I.)	% stap (95%-B.I.)	% stap cum.* (95%-B.I.)
1	Stelt u het rookprofiel van uw cliënten vast?	95,9% (92,5-99,3%)		
	Stelt u het rookprofiel van de partners van uw cliënten vast?	80,7% (73,9-87,5%)	80,7% (73,9-87,5%)	80,7% (73,9-87,5%)
2	Indien een cliënt (nog) niet is gestopt met roken, stelt u dan haar stopmotivatie vast?	66,7% (58,5-74,9%)		
	Indien een cliënt niet gemotiveerd is om te stoppen met roken, bespreekt u dan motiverende informatie met haar?	75,6% (68,2-83,0%)		
	Indien een cliënt voldoende gemotiveerd is om te stoppen met roken, bespreekt u dan motiverende informatie met haar?	89,6% (84,3-94,9%)	54,4% (45,7-63,1%)	47,8% (39,1-56,5%)
3	Indien een cliënt voldoende gemotiveerd is om te stoppen met roken, bespreekt u dan eventuele barrières of problemen rondom het stoppen met haar?	57,5% (48,9-66,1%)		
	Indien een cliënt voldoende gemotiveerd is om te stoppen met roken, vraagt u de cliënt dan in hoeverre zij steun vanuit haar omgeving ontvangt?	65,6% (57,4-73,8%)	49,5% (40,8-58,2%)	33,5% (25,3-41,7%)
4	Indien een cliënt voldoende gemotiveerd is om te stoppen met roken, legt u gezamenlijk een stopdatum vast?	38,3% (29,9-46,7%)	38,3% (29,9-46,7%)	15,8% (9,5-22,1%)
5	Indien een cliënt voldoende gemotiveerd is om te stoppen met roken, bespreekt u dan materialen en methodes ter ondersteuning?	40,4% (31,9-48,9%)	40,4% (31,9-48,9%)	15,5% (9,2-21,8%)
6	Indien er een stopdatum is afgesproken, brengt u (stoppen met) roken na deze stopdatum ter sprake?	79,4% (72,3-86,5%)		
	Bespreekt u na de stopdatum de behoefte aan eventuele (extra) ondersteuning bij het stoppen?	61,2% (52,4-70,0%)	56,0% (47,3-64,7%)	11,9% (6,3-17,5%)
7	Bespreekt u (gestopt blijven met) roken na de bevalling ?	53,2% (44,5-61,9%)		
	Geeft u de cliënt tijdens de zwangerschap voorlichting over de risico's van meerroken na de bevalling en over rookvrij borstvoeding geven?	65,4% (57,1-73,7%)	46,1% (37,5-54,7%)	9,7% (4,6-14,8%)

Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

* Het cumulatieve percentage geeft steeds het percentage verloskundigen weer die alle stappen t/m de betreffende stap (en mogelijk ook verder) hebben doorlopen.

Onderdelen die juist relatief goed zijn ingebed in de zorgpraktijk (ook wanneer de V-MIS niet geheel wordt doorlopen), zijn het bespreken van motiverende informatie (75,6% [95%-B.I.: 68,2-83,0%] bij *niet voldoende* gemotiveerde cliënten en 89,6% [95%-B.I.: 84,3-94,9%] bij *voldoende* gemotiveerde cliënten) en het bespreken van stoppen met roken *na* de stopdatum (79,4%; 95%-B.I.: 72,3-86,5%).

Figuur 4.1: Verdeling van het aantal toegepaste stappen (cumulatief, hoogst doorlopen)



Bekende en geraadpleegde materialen en methodes ter ondersteuning

Stap 5 van de V-MIS bestaat uit het bespreken van materialen en methodes ter ondersteuning. Ongeveer vier op de tien (40,4%; 95%-B.I.: 31,9-48,9%) verloskundigen doorlopen deze stap. Tabel 4.2 geeft een overzicht van bestaande hulpmiddelen, en het percentage verloskundigen die hiermee *bekend* zijn en ze de afgelopen maand *geraadpleegd* hebben.

Het meest bekende en geraadpleegde materiaal is de (digitale) publieksbrochure 'Rookvrij Zwanger? Dat bevalt beter!' (Trimbos-instituut, 2015a). Maar liefst negen van de tien (90,5%; 95%-B.I.: 85,4-95,6%) verloskundigen zijn hiermee bekend. Deze in magazine-stijl opgemaakte folder verschaft (aanstaande) ouders tips en adviezen om te stoppen met roken en om rookvrij te blijven. Van de verloskundigen die de folder kennen, hebben zes op de tien (61,3%; 95%-B.I.: 50,7-71,9%) hem de afgelopen maand ook gebruikt. Hoewel de persoonlijke coaching (door bijvoorbeeld de huisarts, verpleegkundige of psycholoog) met 64,1% (95%-B.I.: 55,8-72,4%) ook hoog in het rijtje van bekende hulpmiddelen staat, spreekt hier tegelijkertijd uit dat ruim een derde van de verloskundigen deze ondersteuningsmethode schijnbaar *niet* kent. Ook opvallend is dat slechts één op de vijf (22,1%; 95%-B.I.: 11,3-32,9%) verloskundigen die bekend zijn met persoonlijke coaching, deze methode de afgelopen maand ook werkelijk aan cliënten heeft voorgelegd.

Tabel 4.2: Overzicht bekende en geraadpleegde hulpmiddelen

Hulpmiddel		Bekend		Geraadpleegd (% van 'Bekend')		
		%	95% B.I.	%	95% B.I.	#
1	Brochure 'Rookvrij zwanger? Dat bevalt beter!'	90,5	85,4-95,6	61,3	50,7-71,9	2
2	Persoonlijke coaching (bijv. huisarts, praktijkondersteuner, apotheker, verpleegkundige of psycholoog)	64,1	55,8-72,4	22,1	11,3-32,9	9
3	Brochure 'Wat je moet weten over alcohol en roken vóór, tijdens en na de zwangerschap'	56,2	47,6-64,8	56,9	43,3-70,5	4
4	Voormalig Stivoro (website of publicatie)	51,5	42,8-60,2	28,8	16,1-41,5	7
5	Alternatieve therapieën (bijv. acupunctuur of laserbehandeling)*	49,7	41,0-58,4	24,3	11,7-36,9	8
6	KNOV (website of nieuwsbrief)	42,7	34,1-51,3	64,8	51,4-78,2	1
7	Nicotinevervangende middelen (pleisters, kauwgom, mondspray of tabletten met nicotine)**	38,6	30,2-47,0	9,4	0,0-19,6	13
8	Website 'Rokeninfo.nl'	35,4	27,1-43,7	19,3	7,4-31,2	10
9	Trimbos-instituut (website, filmpje, factsheet of nieuwsbrief)	31,8	23,7-39,9	18,2	5,8-30,6	11
10	Rookstoppoli van ziekenhuis	30,3	22,3-38,3	42,6	24,5-60,7	6
11	E-sigaretten (elektronische sigaretten), al dan niet met nicotine***	25,8	18,2-33,4	13,8	0,5-27,1	12
12	Telefonische coaching	17,7	11,1-24,3	59,9	36,8-83,0	3
13	Overige medicatie die de ontwenningsverschijnselen van stoppen met roken vermindert†	7,0	2,6-11,4	48,0	3,3-92,7	5
14	Groepstraining	5,5	1,5-9,5	2,5	0,0-14,3	15
15	Sociale Kaart Stoppen met Roken††	3,4	0,3-6,5	3,9	0,0-23,3	14

Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

* Omdat de effectiviteit van alternatieve therapieën niet is voldoende is onderzocht of aangetoond, worden zij niet aanbevolen.

** Er is in de literatuur nog geen consensus over de effectiviteit en veiligheid van nicotinevervangende middelen tijdens de zwangerschap.

*** De e-sigaret is niet geregistreerd als hulpmiddel bij stoppen met roken, omdat gebruik van dit product niet zonder meer veilig is.

† Medicijnen als varenicline en bupropion mogen niet worden gebruikt tijdens de zwangerschap en borstvoeding; nortriptyline alleen op strikte indicatie van de behandelend arts.

†† Deze kaart geeft per regio in Nederland een overzicht van gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleiders en professionals.

Minder bekende hulpmiddelen (en gecontra-indiceerd tijdens de zwangerschap) zijn medicatie die ontwenningverschijnselen van stoppen met roken vermindert, zoals vare-nicline, bupropion en nortriptyline; slechts 7,0% (95%-B.I.: 2,6-11,4%) van de verlos-kundigen is hiermee bekend. Ook groepstraining (5,5%; 95%-B.I.: 1,5-9,5%) en de Sociale Kaart Stoppen met Roken (3,4%; 95%-B.I.: 0,3-6,5%) blijken hulpmiddelen en methoden die bij verloskundigen eigenlijk nauwelijks bekend zijn. Spontaan genoemde hulpmiddelen en methoden die men geraadpleegd heeft (zoals ingevuld bij 'anders, namelijk...') zijn onder andere specifieke websites die informatie en/of ondersteuning bieden bij het stoppen met roken, boeken (Alan Carr) en eigen folders of brochures (zie Figuur 4.2 en Bijlage 3).

Figuur 4.2: Geraadpleegde bronnen en materialen ter ondersteuning: 'anders, namelijk...'



Noot: hoe groter een bron of methode is weergegeven, hoe vaker deze is genoemd.

4.2 Ervaringen met de V-MIS

Zelfgerapporteerd gebruik van de V-MIS

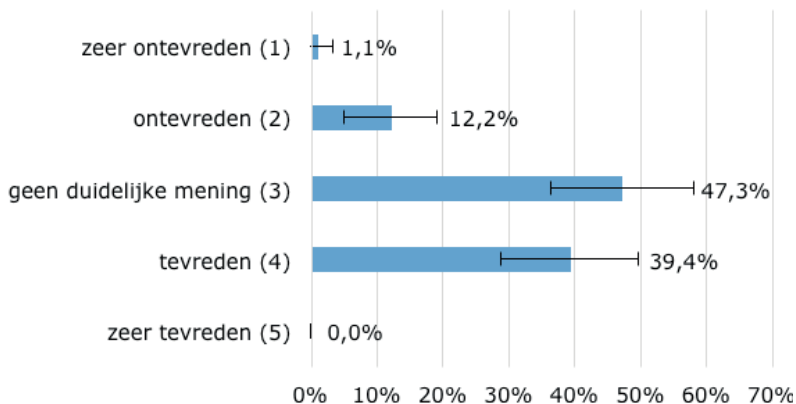
De vorige paragraaf gaf aan in hoeverre verloskundigen de verschillende onderdelen en stappen van de V-MIS doorlopen. Daarnaast is verloskundigen gevraagd naar hun ervaringen met het gebruik van de V-MIS methodiek. Zo is hen om te beginnen gevraagd of zij wel of niet met de V-MIS werken. Dit is interessant om af te zetten tegen het aantal daadwerkelijk doorlopen V-MIS stappen. In de praktijk komt het wel eens voor dat verloskundigen aangeven niet met de V-MIS te werken, terwijl ze wel alle stappen doorlopen. Andersom is het niet ondenkbaar dat verloskundigen in de veronderstelling zijn de V-MIS toe te passen, en toch niet alle stappen adequaat doorlopen.

Binnen de gewogen onderzoeksgroep gaf twee derde (66,5%; 95%-B.I.: 58,3-74,4%) van de verloskundigen aan de V-MIS wel te gebruiken en een klein derde deel (31,9%; 95%-B.I.: 23,8-40,0%) niet. Een hele kleine minderheid (1,6%; 95%-B.I.: 0,0-3,8%) gaf aan het niet te weten. Van de verloskundigen die de V-MIS geheel doorlopen, geeft iedereen (terecht) aan met de V-MIS te werken. Van de verloskundigen die de V-MIS überhaupt niet starten geeft 6,2% (95%-B.I.: 0,0-15,7%) aan hem wel te gebruiken en van degenen die uitsluitend de eerste drie stappen doorlopen, geeft 59,5% (95%-B.I.: 48,8-70,2%) aan met de V-MIS te werken.

Gebruik van V-MIS registratiesysteem

Twee derde van de verloskundigen geeft dus aan met de V-MIS te werken. Hiervan geeft iets meer dan de helft (52,2%; 95%-B.I.: 41,5-62,9%) aan de V-MIS stappen *altijd of meestal* in het V-MIS registratiesysteem te noteren. Eén op de acht verloskundigen die met de V-MIS zeggen te werken (12,3; 95%-B.I.: 5,3-19,3) noteert de stappen naar eigen zeggen *vaak*, en 7,9% (95%-B.I.: 2,1-13,7%) noteert de stappen *soms of nooit*.

Figuur 4.3: Tevredenheid over werken met de V-MIS



Tevredenheid over werken met de V-MIS

Van de verloskundigen die aangeven met de V-MIS te werken zijn ongeveer vier op de tien (39,4%; 95%-B.I.: 28,9-49,9%) hier tevreden over (zie Figuur 4.3). Opvallend is dat ongeveer de helft (47,3%; 95%-B.I.: 36,6-58,0%) hier geen uitgesproken mening over heeft. Ruim één op de acht verloskundigen (13,3%; 95%-B.I.: 6,0-20,6%) is (zeer) ontevreden over werken met de V-MIS.

4.3 Verschillen tussen groepen

Verschillen tussen verloskundigen in de eerste en de tweede lijn

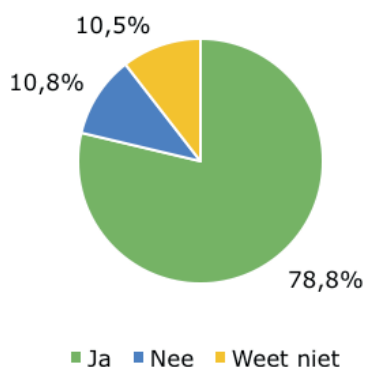
Zoals in paragraaf 4.1 al werd vermeld, is het gemiddeld aantal toegepaste V-MIS stappen 2,16 (95%-B.I.: 1,79-2,52). Hierin bestaat een verschil tussen eerstelijns en klinisch verloskundigen: in de eerste lijn doorlopen verloskundigen de V-MIS verder ($M=2,65$; $SD=2,22$; $n=98$) dan in tweede lijn ($M=0,72$; $SD=0,76$; $n=33$; $F[1; 129,2]=7,45$; $p<0,001$). Er is geen verschil in tevredenheid over werken met de V-MIS tussen verloskundigen in de eerste ($M=3,24$; $SD=0,73$) en de tweede lijn ($M=3,30$; $SD=0,55$; $F[1, 85]=-0,26$, ns).

Verschillen tussen verloskundigen die de V-MIS training wel en niet hebben gevolgd

Veel verloskundigen die nu afstuderen hebben de V-MIS training tijdens hun opleiding gevolgd, maar dit geldt niet voor verloskundigen die langer geleden afstudeerden. Voor hen is het mogelijk om de training via het Trimbos-instituut te volgen (voorheen werd de training door het toenmalige Stivoro aangeboden). Uit de survey blijkt dat twee derde (67,8%; 95%-B.I.: 59,7-75,9%) van de verloskundigen de V-MIS training heeft gevolgd; een derde (32,2%; 95%-B.I.: 24,1-40,3%) heeft dit (nog) niet. Van de verloskundigen die de training hebben gevolgd, is 86% (95%-B.I.: 78-93%) werkzaam in de eerste lijn.

Wanneer we kijken naar het hoogst doorlopen aantal V-MIS stappen, dan zien we dat verloskundigen die de training wel hebben gevolgd gemiddeld meer stappen doorlopen ($M=2,40$; $SD=2,39$; $n=88$) dan verloskundigen die de training niet hebben gevolgd ($M=1,67$; $SD=1,26$; $n=42$; $F[1; 127,4]=2,27$, $p<0,05$). Alle verloskundigen in de onderzoeksgroep die aangaven (nagenoeg) altijd de volledige V-MIS te doorlopen, hebben de training gevolgd.

Figuur 4.4: V-MIS training: gevoel van toerusting om zwangeren te begeleiden bij het stoppen met roken



Van de verloskundigen die de V-MIS training hebben gevolgd voelt ruim driekwart (78,8%; 95%-B.I.: 70,1-87,5%) zich door de training voldoende toegerust om rokende zwangeren adequaat te begeleiden bij het stoppen met roken (Figuur 4.4). Ongeveer een tiende (10,8%; 95%-B.I.: 4,2-17,4%) voelt zich door de training niet voldoende toegerust, en eveneens een tiende (10,5%; 95%-B.I.: 4,0-17,0%) geeft aan het niet te weten. Verloskundigen die zich door de training voldoende toegerust voelen om stopbegeleiding te geven, doorlopen niet méér V-MIS stappen ($M=2,60$; $SD=2,54$; $n=68$) dan verloskundigen die zich hiertoe niet voldoende toegerust voelen ($M=1,59$; $SD=1,88$; $n=9$; $F [1; 13,1]=1,48$, ns). Wel geven ze zelf aan de V-MIS vaker te gebruiken ($\chi^2[1]=30,84$, $p<0,001$).

Verschillen tussen verloskundigen uit verschillende regio's

Er zijn geen verschillen gevonden in het doorlopen van de V-MIS tussen verloskundigen uit het noorden, oosten, zuiden en westen van Nederland ($F [3; 127]=2,06$, ns).

Verschillen tussen verloskundigen met verschillende cliëntpopulaties

Het is interessant om te weten in hoeverre verloskundigen met bepaalde cliëntpopulaties (zoals een hoge vs. lage proportie lage SES, of een hoge vs. lage proportie rokende zwangeren) onderling verschillen in het doorlopen van de V-MIS. Dit bleek echter lastig gedetailleerd te onderzoeken, omdat gegevens hierover alleen grofmazig zijn uitgevraagd (zie Tabel 3.3). Aan deze manier van uitvragen lag de veronderstelling ten grondslag dat het voor verloskundigen lastig is om een exact percentage te noemen, en het daarom makkelijker is om een grovere schatting te geven.

Zoals Tabel 3.3 laat zien, zit er door het gebruik van de relatief brede antwoordcategorieën betrekkelijk weinig variatie in de antwoorden; zo geeft meer dan de helft van de verloskundigen aan dat 10-30% van de cliënten lager opgeleid is, en geeft meer dan de helft van de verloskundigen aan dat minder dan 10% van de cliëntpopulatie de Nederlandse taal beperkt beheerst. Het geschatte percentage rokende cliënten kent weliswaar iets meer variatie, maar ook hier beslaan de twee grootste categorieën (5-10% en 10-15%) meer dan de helft van de verloskundigen.

Er werden dan ook geen verschillen in het doorlopen van de V-MIS gevonden tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel laag opgeleide cliënten, en tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel cliënten met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal. Dit betekent niet dat deze verschillen in de populatie niet bestaan, maar dat eventuele bestaande verschillen op basis van de onderzoeksdata lastig te achterhalen waren. Wel bleek het doorlopen van de V-MIS samen te hangen met de proportie rokende cliënten: verloskundigen die inschatten dat minder dan 5% van de cliënten rookt, doorlopen de V-MIS verder ($M=4,33$; $SD=3,09$; $n=15$) dan verloskundigen die het percentage rokers hoger dan 5% inschatten ($M=1,63$; $SD=1,59$; $n=99$;

$F[4, 113]=7,95; p<0,001^7$). Over de oorzakelijkheid van het verband kan op basis van de data echter niets gezegd worden. Met andere woorden: het is mogelijk dat een praktijk minder rokers kent omdat de V-MIS consequent(er) doorlopen wordt, maar het kan ook dat praktijken met minder rokers meer tijd of middelen hebben om de V-MIS consequent(er) door te voeren.

7 Toetsing geschiedde hier door middel van een oneway ANOVA waarbij de categorische variabele 'percentage rokende cliënten' (met zes categorieën) als onafhankelijke maat fungeerde. Een post-hoc Bonferroni test wees uit dat de categorie '<5% rokende cliënten' significant afweek van alle overige categorieën. Teneinde niet alle gemiddelden en spreidingsmaten van deze vijf categorieën te vermelden, zijn hier de gemiddelde M en SD over deze vijf categorieën gepresenteerd.

5 Ervaren knelpunten

In dit hoofdstuk komen de ervaren knelpunten aan bod. Eerst schetst paragraaf 5.1 in hoeverre verloskundigen stoppen met roken vaker of makkelijker zouden bespreken dan nu het geval is, waarna paragraaf 5.2 een overzicht biedt van de ervaren knelpunten. Paragraaf 5.3 sluit af met verschillen in ervaren knelpunten tussen subgroepen van verloskundigen.

5.1 Bespreken van stoppen met roken: gewenste frequentie en ervaren gemak

Voordat we in de volgende paragraaf bespreken welke knelpunten verloskundigen ervaren bij het gesprek over (stoppen met) roken en het toepassen van de V-MIS, is het relevant te weten hoe zwaar deze knelpunten voor hen wegen. Met andere woorden: in hoeverre zouden verloskundigen het vaker of makkelijker met cliënten over (stoppen met) roken willen hebben dan nu het geval is? Pas wanneer er een discrepantie bestaat tussen de huidige en de gewenste frequentie of het gemak van bespreken, dan is het zinvol om eventuele knelpunten bij het toepassen van de V-MIS aan te pakken.

Uit de survey blijkt dat vier op de tien (40,8%; 95%-B.I.: 32,3-49,3%) verloskundigen (stoppen met) roken vaker met de cliënt zou willen bespreken dan nu gebeurt – zij ervaren dus een discrepantie tussen de daadwerkelijke en de gewenste situatie. Een even grote groep (42,5%; 95%-B.I.: 34,0-51,0%) ervaart deze discrepantie (ook) als het gaat om het bespreken van (stoppen met) roken met de partner. Een nog grotere groep verloskundigen (51,7%; 95%-B.I.: 43,0-60,4%) zou (stoppen met) roken makkelijker willen bespreken dan nu het geval is. Dit geeft aan dat er bij de helft van de verloskundigen ongemak bestaat, en dat zij dit graag anders zouden zien.

Er bestaat overigens een verband tussen de behoefte om stoppen met roken vaker te bespreken enerzijds en het aantal doorlopen V-MIS stappen anderzijds: hoe minder V-MIS stappen men doorloopt, hoe liever men stoppen met roken vaker met cliënten ($F[1, 130]=9,06$; $B\grave{e}ta=-0,26$; $p<0,005$) en hun partners ($F[1, 130]=5,45$; $B\grave{e}ta=-0,20$; $p<0,05$) zou willen bespreken.

Tabel 5.1: Overzicht van ervaren knelpunten

	item	% (helemaal) mee eens*	95%-B.I.
1	Ik vind het lastig om met sommige cliënten over stoppen met roken te spreken omdat zij nu eenmaal niet tot stoppen zijn te motiveren .	60,9	52,5-69,3
2	De beschikbaarheid van gratis cliëntenfolders zou voor mij een stimulans zijn om stoppen met roken vaker te bespreken.	54,3	45,7-62,9
3	Ik beschik niet over alle benodigde informatie over nicotinevervangende middelen en medicamenteuze ondersteuning .*	52,8	44,2-61,4
4	Ik mis eenvoudige tools of gadgets (bijvoorbeeld infographics of apps voor tablet of telefoon) om het gesprek rondom stoppen met roken op gang te brengen.	50,5	41,9-59,1
5	Ik vind het wel eens lastig om met cliënten over stoppen met roken te spreken omdat zij de Nederlandse taal beperkt beheersen.	47,8	39,2-56,4
6	Ik beschik over onvoldoende vaardigheden om stoppen met roken te bespreken.	39,4	31,0-47,8
7	Ik heb geen goed beeld van de doorverwijsmogelijkheden voor stoppen-met-roken begeleiding in de buurt.	39,2	30,8-47,6
8	Ik zou stoppen met roken vaker bespreken als hier een financiële compensatie tegenover stond, bijvoorbeeld in de vorm van een declarabel consult.	37,4	29,1-45,7
9	Ik heb doorgaans onvoldoende tijd om stoppen met roken te bespreken.	33,3	25,2-41,4
10	Als ik een cliënt op consult krijg die eerder door mijn collega is gezien, dan kan ik doorgaans niet voldoende informatie uit de registratie halen om adequaat stoppen-met-roken begeleiding te geven.	26,5	18,9-34,1
11	Ik beschik over onvoldoende kennis om stoppen met roken te bespreken.	21,9	14,8-29,0
12	Het eigen risico dat cliënten mogelijk kwijt zijn aan intensieve vormen van stoppen-met-roken begeleiding vormt een barrière om het te bespreken.	21,7	14,6-28,8
13	Er zijn onvoldoende doorverwijsmogelijkheden voor stoppen-met-roken begeleiding in de buurt beschikbaar.	20,4	13,5-27,3
14	Ik vind het wel eens lastig om met cliënten over stoppen met roken te spreken omdat zij mijn informatie niet begrijpen .	20,2	13,3-27,1
15	Ik vind het lastig om met cliënten over stoppen met roken te spreken als ik de indruk heb dat zij stressgevoelig zijn.	20,0	13,1-26,9
16	Ik vind het wel eens lastig om stoppen met roken te bespreken omdat ik bang ben daarmee de vertrouwensband met mijn cliënt te schaden.	17,1	10,6-23,6
17	Ik voel mij onvoldoende bekwaam om met succes stoppen met roken te bespreken.	15,2	9,0-21,4
18	Mijn praktijk of afdeling zet zich niet in om stoppen met roken te bevorderen.	9,2	4,2-14,2
19	Ik vind het wel eens lastig om stoppen met roken te bespreken omdat ik bang ben dat mijn cliënt misschien voor een andere zorgverlener kiest .	7,9	3,3-12,5

Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

* Er is in de literatuur nog geen consensus over de effectiviteit en veiligheid van nicotinevervangende middelen tijdens de zwangerschap. Medicijnen als varenicline en bupropion mogen niet worden gebruikt tijdens de zwangerschap en borstvoeding; nortriptyline alleen op strikte indicatie van de behandelend arts.

5.2 Knelpuntenanalyse

Welke factoren maken dat verloskundigen het gesprek over (stoppen met) roken niet zo vaak, of zo makkelijk aangaan als gewenst? Tabel 5.1 geeft een overzicht van de aard en omvang van ervaren knelpunten. Knelpunten die door een meerderheid (50% of meer) van de verloskundigen als zodanig zijn aangemerkt zijn rood gekleurd. Knelpunten die door meer dan 25% (en minder dan 50%) als zodanig zijn aangemerkt zijn geel gekleurd en knelpunten die door minder dan 25% van de verloskundigen zijn aangemerkt zijn in blauw weergegeven.

Het meest genoemde knelpunt heeft betrekking op het (veronderstelde) *gebrek aan motivatie* van de cliënt; maar liefst zes op de tien verloskundigen (60,9%; 95%-B.I.: 52,5-69,3%) vindt het lastig om met sommige zwangeren over stoppen met roken te spreken, omdat zij hiertoe niet te motiveren zouden zijn. Dit knelpunt hangt overigens ook samen met het aantal doorlopen V-MIS stappen: hoe meer een waargenomen gebrek aan motivatie van de cliënt het gesprek over stoppen met roken bemoeilijkt, hoe minder V-MIS stappen er worden doorlopen ($F[1, 130]=4,81$; $B\grave{e}ta=-0,19$; $p<0,05$). Meer dan de helft van de verloskundigen zou het makkelijker vinden om over stoppen met roken te beginnen wanneer dit gesprek ondersteund zou worden door gratis cliëntenfolders (54,3%; 95%-B.I.: 45,7-62,9%) en/of eenvoudige tools of gadgets (zoals infographics of apps voor tablet of telefoon; 50,5%; 95%-B.I.: 49,9-59,1%).

Knelpunten die niet door de meerderheid, maar nog altijd door (ruim) een derde van de verloskundigen genoemd worden, zijn een (verondersteld) *gebrek aan vaardigheden* (39,4%; 95%-B.I.: 31,0-47,8%), geen goed beeld van *doorverwijsmogelijkheden* (39,2%; 95%-B.I.: 30,8-47,6%), en een *gebrek aan financiële middelen* (zoals het declarabel consult; 37,4%; 95%-B.I.: 29,1-45,7%) en/of tijd (33,3%; 95%-B.I.: 25,2-41,4%).

Eén op de vijf verloskundigen vindt dat ze *te weinig kennis* heeft om stoppen met roken te bespreken (21,9%; 95%-B.I.: 14,8-29,0%), en eveneens één op de vijf verloskundigen vindt dat er in de buurt *onvoldoende doorverwijsmogelijkheden* zijn (20,4%; 95%-B.I.: 13,5-27,3%). Dit laatste zou kunnen samenhangen met (of verklaard worden door) een gebrek aan inzicht in de bestaande doorverwijsmogelijkheden.

Factoren die relatief weinig worden genoemd, zijn een gebrek aan inzet op praktijkniveau⁸ (9,2%; 95%-B.I.: 4,2-14,2%) en de zorg dat een cliënt misschien overstapt naar een andere verloskundige wanneer het onderwerp stoppen met roken wordt aangesneden (7,9%; 95%-B.I.: 3,3-12,5%).

8 Praktijken waar VSV-breed afspraken zijn gemaakt over beleid voor stoppen-met-roken advisering en begeleiding, zetten zich over het algemeen ook sterker in om stoppen met roken daadwerkelijk te bevorderen ($\chi^2[4]=17,16$; $p < 0,005$).

Spontaan genoemde knelpunten

Spontaan genoemde knelpunten (genoemd bij 'anders, namelijk...'; zie Figuur 5.1 en Bijlage 4) hebben erg vaak betrekking op (een gebrek aan) de motivatie van de cliënt, zoals blijkt uit de volgende quotes:

"Er is een tweetal mensen die roken: degenen die absoluut niet willen stoppen en degenen die wel willen maar niet weten hoe. De eerste groep is zeer moeilijk te bereiken."

"Ik vind het bespreken niet moeilijk, maar het resultaat erg onbevredigend. Ik volg de V-MIS. Maar de ongemotiveerde dames blijven over; degenen die wel gemotiveerd zijn stoppen voor de zwangerschap of in eerste trimester en kunnen dat zonder mijn hulp."

"Ik vind het niet lastig om te bespreken, maar vind het lastig dat sommige vrouwen niet te motiveren zijn, of het mij in ieder geval niet lukt."

"Erop terug komen in een volgend consult is soms lastig, sommige cliënten hebben totaal geen motivatie om te stoppen en raken geïrriteerd als ik er herhaaldelijk op terug kom."

Sociale steun (door partner, familie en vrienden) kan een positief effect hebben op stoppen met roken, maar wanneer de omgeving zelf rookt heeft het juist een averechts effect op de stopmotivatie (Springvloed et al., 2016). Dit merken ook verloskundigen:

"Veel cliënten binnen onze praktijk zijn niet gemotiveerd om te stoppen en worden ook vanuit de familie en vriendenkring niet gestimuleerd om te stoppen met roken."

"Sommige vrouwen willen echt niet stoppen, omgeving rookt, vorige zwangerschap gerookt en een gezond kind, moeder heeft in al haar zwangerschappen gerookt. Deze vrouwen vinden het maar gezeur, dan vind ik het lastig om zo'n gesprek op een positieve manier door te zetten."

"Ik heb vaak het idee dat de keus voor wel of niet stoppen al genomen is voordat men de informatie ontvangt. Het is vaak ook het milieu waar iemand uit komt of in zit."

[illegible]

Ook zijn er verloskundigen die ervaren dat roken door het verslavende karakter iets is waar cliënten lastig vanaf te helpen zijn – of waar op zijn minst intensieve(re) ondersteuning voor nodig is:

"Ik vind dat ik onvoldoende ben uitgerust een adequate begeleiding te geven om mensen te laten stoppen met roken. Gespreksvoering is geen probleem maar het mensen af te laten komen van een verslaving is veel moeilijker dan nu geschetst wordt in de V-MIS. Er iedere controle even op terugkomen is niet effectief genoeg bij de zwangeren die echt verslaafd zijn. Ik vind dat erg jammer."

51

"Bij de intake moet er al zoveel (steeds meer) informatie gegeven worden. Ik zou er voor zijn om aparte consulten of in ieder geval meer tijd te krijgen om erover te praten. Sommige cliënten staan gelijk op hun achterste benen als het roken besproken wordt en ik vind dat je daar meer tijd voor nodig hebt, en ook dat daar een fatsoenlijke vergoeding tegenover moet staan. Vaak zie je dat mensen die roken niet echt gemotiveerd zijn om te stoppen en als er een kostenplaatje aan zit al helemaal niet. Omdat roken in de zwangerschap zo slecht is vind ik dat er meer in geïnvesteerd moet worden."

"Om met rokende mensen een goed coaching gesprek aan te gaan ontbreekt vaak de tijd, want we moeten al zoveel bespreken. Als er een financiële module zou komen, kunnen we mensen een extra afspraak geven, tijd inruimen."

"Ik vind mezelf een verloskundige, en stoppen met roken begeleiding is een geheel andere tak van sport die ik niet goed beheers. De vraag is ook: moet ik die beheersen? Daar zijn mijns inziens andere begeleiders voor."

Aan het einde van de vragenlijst kregen verloskundigen de gelegenheid om algemene opmerkingen te geven. Vijfentwintig verloskundigen vulden hier iets in. Ook uit de analyse van deze opmerkingen komen veel knelpunten rondom de V-MIS en stoppen met roken naar voren (Bijlage 5 geeft het volledige overzicht). Grotendeels komen deze knelpunten overeen met de belemmeringen die eerder werden genoemd en hierboven besproken zijn. Zo wordt meerdermalen genoemd dat er een groot verschil is tussen voldoende gemotiveerde en onvoldoende gemotiveerde cliënten, en dat de begeleiding van met name de tweede groep (de zogenoemde 'hardcore rokers') erg lastig is – men zou hiervoor graag beter zijn toegerust. Ook wordt het gebrek aan tijd, de afwezigheid van vergoedingen en de belasting op het eigen risico meerdermalen als knelpunt genoemd. Daarnaast werden er ook suggesties, succesverhalen en creatieve oplossingen gemeld, getuige de volgende quotes:

"Zou niet weten of ik de V-mis gehad heb maar werk er wel mee. Met name als iemand echt wil stoppen dan hap ik gelijk toe door haar te motiveren gelijk na het gesprek te stoppen en als ik er dan de volgende keer op terug kom dan complimenteer ik haar als het gelukt is en motiveer ik opnieuw als het nog niet gelukt is maar wil wel weten waarom het niet gelukt is."

"Wij bieden alle zwangeren die roken een extra v-mis consult van 45-60 min aan buiten de gewone spreekuren. Als wij dat meteen inplannen komt 90% niet opdagen. Omdat we dat zonde vinden van onze tijd, laten wij de mensen zelf bellen voor een afspraak, want dan komen ze over het algemeen wel."

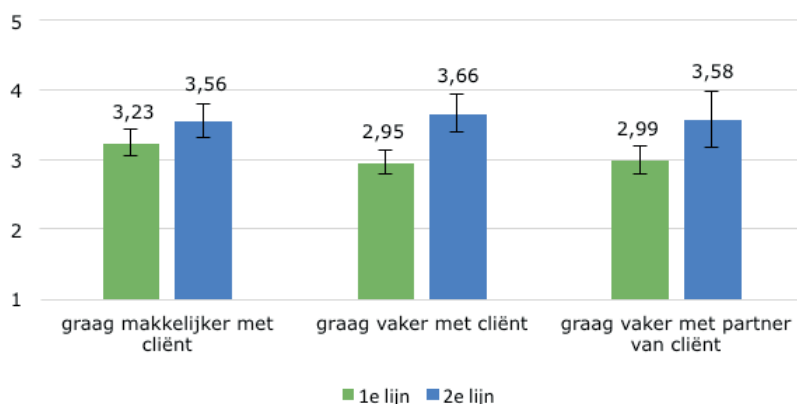
"Heel veel verschillende aanpakken kunnen werken, wij zien bijvoorbeeld door centering pregnancy⁹] dat vrouwen elkaar motiveren. verder is het vooral belangrijk aan te sluiten bij wat de zwangere wil/overziet/aanspreekt."

5.3 Verschillen tussen groepen

Verschillen tussen verloskundigen in de eerste en de tweede lijn

De algemene bevinding dat verloskundigen (stoppen met) roken vaker met cliënten en hun partners willen bespreken geldt sterker voor klinisch verloskundigen ($n=33$; $M_{\text{cliënten}}=3,66$; $SD_{\text{cliënten}}=0,79$; $M_{\text{partners}}=3,58$; $SD_{\text{partners}}=1,13$) dan voor eerstelijns verloskundigen ($n=101$; $M_{\text{cliënten}}=2,95$; $SD_{\text{cliënten}}=0,87$; $F[1, 133] = -4,20$, $p<0,001$; $M_{\text{partners}}=2,99$; $SD_{\text{partners}}=1,03$; $F[1, 133] = -2,80$, $p<0,01$; zie Figuur 5.2). Ook geldt voor klinisch verloskundigen ($M=3,56$; $SD= 0,67$) in sterkere mate dan voor eerstelijns verloskundigen ($M=3,23$; $SD= 0,96$; $F[1, 72,26] = -2,14$, $p<0,05$) dat zij het gesprek over (stoppen met) roken *makkelijker* zouden willen aangaan dan nu het geval is.

Figuur 5.2: (Gewenste) frequentie en gemak van bespreken van stoppen met roken: verschillen tussen de eerste en tweede lijn



⁹ Centering Pregnancy is een uit Amerika afkomstig model van prenatale groepszorg dat zich expliciet richt op gezondheidsbevordering en zelfmanagement van alle zwangeren, maar in het bijzonder van zwangeren uit achterstandsituaties. In Centering Pregnancy worden reguliere zwangerschapscontroles vervangen door groepsbijeenkomsten met 10 tot 12 zwangeren met eenzelfde zwangerschapsduur. Stoppen met roken is één van de thema's die binnen deze groepsconsulten aan bod kunnen komen, en waarbij zwangeren elkaar kunnen motiveren.

Wanneer we inzoomen op de ervaren knelpunten, dan zien we dat deze inderdaad vaak meer spelen binnen het ziekenhuis dan binnen de eerstelijns praktijk. Zo geven klinisch verloskundigen ($M=3,69$; $SD=0,97$) vaker dan eerstelijnsers ($M=2,80$; $SD=1,07$) aan dat zij het soms lastig vinden om met cliënten over stoppen met roken te spreken vanwege een *beperkte beheersing van de Nederlandse taal* ($F[1; 60,12]=-4,48$; $p<0,001$). Ook hebben klinisch verloskundigen ($M=2,59$; $SD=0,84$) een minder goed *beeld* van de *doorverwijsmogelijkheden* dan hun eerstelijns collega's ($M=3,07$; $SD=0,94$; $F[1, 133]=2,62$; $p<0,01$) en kunnen ze minder goed informatie van eerder geconsulteerde collega's uit de *registratie* halen om adequaat stopbegeleiding te geven ($M_{2e}=2,95$ en $SD_{2e}=0,98$; $M_{1e}=3,44$ en $SD_{1e}=0,86$; $F[1, 133]=2,76$; $p<0,01$). Tot slot geven klinisch verloskundigen ($M=3,43$; $SD=0,84$) minder vaak dan hun eerstelijns collega's ($M=3,96$; $SD=0,75$) aan dat hun instelling zich inzet om stoppen met roken te bevorderen ($F[1; 50,84]=3,27$; $p<0,005$).

Eén knelpunt wordt sterker ervaren door verloskundigen uit de eerste lijn: zij vinden het vaker ($M=2,55$; $SD=1,05$) dan hun collega's in het ziekenhuis ($M=2,15$; $SD=0,73$) lastig om over stoppen met roken te beginnen vanwege de angst om de vertrouwensband met de cliënt te schaden ($F[1; 79,92]=2,44$; $p<0,05$).

Verschillen tussen verloskundigen die de V-MIS training wel en niet hebben gevolgd

Ook is er gekeken naar verschillen in ervaren knelpunten tussen verloskundigen die de V-MIS training wel en niet hebben gevolgd. Om te beginnen zouden verloskundigen die de V-MIS training niet hebben gevolgd ($M=3,72$; $SD=0,80$; $n=40$), stoppen met roken vaker makkelijk bespreekbaar willen maken dan verloskundigen die de training wel hebben gevolgd ($M=3,11$; $SD=0,90$; $n=89$; $F[1, 128]=-3,71$, $p<0,001$). Wanneer we kijken naar de ervaren knelpunten, dan zien we dat niet-getrainde verloskundigen meer belemmeringen ervaren. Zo vinden zij ($M=3,98$; $SD=1,01$) het vaker dan hun getrainde collega's ($M=3,10$; $SD=1,22$) lastig om over stoppen met roken te spreken vanuit het idee dat sommige cliënten toch niet tot stoppen zijn te *motiveren* ($F[1; 96,86]=-4,32$; $p<0,001$), of omdat cliënten de *informatie niet begrijpen* ($M_{ongetraind}=3,03$ en $SD_{ongetraind}=0,87$; $M_{getraind}=2,39$ en $SD_{getraind}=0,89$; $F[1, 129]=-3,85$; $p<0,001$). Ook missen niet getrainde verloskundigen ($M=3,99$; $SD=0,80$) meer dan hun getrainde collega's ($M=3,04$; $SD=0,92$) eenvoudige *tools en gadgets* om het gesprek over stoppen op gang te brengen ($F[1; 92,26]=-6,07$; $p<0,001$), en kunnen niet-getrainde verloskundigen ($M=3,04$; $SD=0,92$) minder goed dan getrainde verloskundigen ($M=3,48$; $SD=0,87$) informatie van eerder geconsulteerde collega's uit de *registratie* halen teneinde adequaat stopbegeleiding te geven ($F[1, 130]=2,65$; $p<0,01$)*. Tot slot vinden niet-getrainde verloskundigen ($M=3,49$; $SD=0,82$) dat ze over minder *kennis*

* Het effect dat niet-getrainde verloskundigen minder goed informatie uit de registratie kunnen halen dan getrainde verloskundigen, verdwijnt wanneer we corrigeren voor de lijn waarin zij werkzaam zijn. Met andere woorden: klinisch verloskundigen (die over het algemeen minder vaak getraind zijn) hebben meer moeite dan hun eerstelijns collega's (die over het algemeen vaker getraind zijn) om informatie over roken uit de registratie te halen.

van stoppen met roken beschikken dan getrainde collega's ($M=3,83$; $SD=0,59$; $F[1; 63,06]=2,46$; $p<0,05$), en zijn zij minder van mening ($M=3,51$; $SD=1,07$) dat hun instelling zich voldoende inzet om stoppen met roken te bevorderen ($M_{wel}=3,97$ en $SD_{wel}=0,60$; $F[1; 54,67]=2,58$; $p<0,05$). Dit laatste (inzet op praktijkniveau) kan op zichzelf overigens ook verklaren waarom sommige verloskundigen wel, en sommigen niet de V-MIS training hebben gevolgd.

Verschillen tussen verloskundigen met verschillende cliëntpopulaties

Zoals in paragraaf 4.3 van het vorige hoofdstuk is beschreven, was er binnen de onderzoeksgroep slechts een geringe variatie in cliëntgerelateerde kenmerken. Op basis van deze grofmazige data werden binnen de onderzoeksgroep dan ook weinig eenduidige verschillen in ervaren knelpunten gevonden tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel laag opgeleide cliënten, tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel cliënten met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal, en tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel rokende cliënten. Dit betekent niet dat deze verschillen in de populatie niet bestaan, maar dat eventuele bestaande verschillen op basis van de onderzoeksdata lastig te achterhalen waren.

6 Attitudes ten aanzien van (stoppen met) roken en de V-MIS

Eén van de onderzoeksvragen was hoe verloskundigen aankijken tegen het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding. Dit is interessant, want attitudes liggen (mede) ten grondslag aan gedrag (i.e. spreken over stoppen met roken en het toepassen van de V-MIS). Hoofdstuk 6 beschrijft de houding van verloskundigen ten aanzien van stoppen-met-roken begeleiding in het algemeen (paragraaf 6.1) en voor specifieke subgroepen (paragraaf 6.2).

6.1 Attitudes algemeen

Tabel 6.1 geeft weer in hoeverre verloskundigen het eens of oneens zijn met een reeks stellingen over (stoppen met) roken van zwangere cliënten, en hun rol als verloskundige daarin. Te zien valt dat vier op de vijf (80,1%; 95%-B.I.: 73,2-87,0%) verloskundigen het idee hebben dat hun cliënten het *vanzelfsprekend* vinden als zij over stoppen met roken beginnen. Ook vindt circa driekwart van de verloskundigen het *makkelijk* om over stoppen met roken te beginnen (79,2%; 95%-B.I.: 72,2-86,2%) en vinden zij de begeleiding ook een taak voor hen, als verloskundige (73,5%; 95%-B.I.: 65,8-81,2%). Tegelijkertijd vindt een even grote groep (77,1%; 95%-B.I.: 69,8-84,4%) het zinvol om cliënten voor intensievere vormen van stopbegeleiding *door te verwijzen*, en verwijzen zes op de tien (60,8%; 95%-B.I.: 52,3-69,3%) verloskundigen cliënten het liefst direct door naar iemand die zich specifiek bezig houdt met stoppen-met-roken begeleiding. Verloskundigen die stopbegeleiding niet zozeer als een taak voor zichzelf zien, verwijzen relatief gezien het liefst direct door (dit geldt voor 88%; $\text{Chi}^2[4]=17,71$; $p<0,005$). Toch zien we dat ruim zes van de tien (62%) verloskundigen die stopbegeleiding wél als eigen taak zien, ook het liefst direct doorverwijzen.

Opvallend is de verdeeldheid in het advies van verloskundigen ten aanzien van minderen: een krappe meerderheid (47,1%; 95%-B.I.: 38,4-55,8%) adviseert minderen niet, en ruim een derde (37,2%; 95%-B.I.: 28,8-45,6%) soms wel aan cliënten. Wel is een meerderheid van de verloskundigen (81,8%; 95%-B.I.: 75,1-88,5%) het erover eens dat minderen geen goed alternatief is voor stoppen. Ook de elektronische sigaret wordt, bijvoorbeeld als middel om te minderen, nauwelijks aangeboden (7,4%; 95%-B.I.: 2,9-11,9%).

6.2 Verschillen tussen groepen

Verschillen tussen verloskundigen in de eerste en de tweede lijn

Eerstelijns verloskundigen hebben over het algemeen een vergelijkbare houding ten aanzien van stoppen met roken als hun collega's in het ziekenhuis. De enige punten waarop de groepen van elkaar verschillen, zijn de mate van registreren en de waargenomen vanzelfsprekendheid van spreken over stoppen met roken. Zo vinden cliënten het in de perceptie van eerstelijns verloskundigen vanzelfsprekender dat de verloskundige

Tabel 6.1: Overzicht van attitudes t.a.v. (stoppen met) roken

Item		(helemaal) mee eens		(helemaal) mee oneens	
		%	95 %-B.I.	%	95 %-B.I.
1	Voor mijn gevoel vinden cliënten het doorgaans vanzelfsprekend dat ik over stoppen met roken begin.	80,1	73,2-87,0	4,6	1,0-8,2
2	Ik vind het doorgaans makkelijk om met mijn cliënten over stoppen met roken te beginnen.	79,2	72,2-86,2	7,9	3,2-12,6
3	Ik vind doorverwijzen voor stoppen-met-roken begeleiding doorgaans zinnig , omdat sommige cliënten behoefte hebben aan intensieve begeleiding.	77,1	69,8-84,4	5,0	1,2-8,8
4	Ik vind stoppen-met-roken begeleiding van zwangeren over het algemeen een taak van de verloskundige .	73,5	65,8-81,2	12,2	6,5-17,9
5	Ik verwijs rokende cliënten het liefst direct door naar iemand die zich specifiek bezig houdt met stoppen-met-roken begeleiding.	60,8	52,3-69,3	14,6	8,5-20,7
6	Het komt wel eens voor dat ik stoppen-met-roken begeleiding geef, maar dat ik dit niet (volledig) registreer .	43,1	34,5-51,7	40,4	31,9-48,9
7	Sommige zwangeren adviseer ik om te minderen met roken gedurende de zwangerschap.	37,2	28,8-45,6	47,1	38,4-55,8
8	Ik heb wel eens een cliënt een elektro-nische sigaret geadviseerd, bijvoorbeeld om zo te minderen met roken.	7,4	2,9-11,9	88,9	83,5-94,3
9	Ik denk dat het voor sommige vrouwen beter is om gedurende de zwangerschap te minderen met roken dan om helemaal te stoppen .	6,6	2,3-10,9	81,8	75,1-88,5

Gebaseerd op de onderzoeksgroep na weging (N=135).

stoppen met roken ter sprake brengt ($M=3,99$; $SD=0,67$; $n=99$), dan in de perceptie van klinisch verloskundigen ($M=3,55$; $SD=0,57$; $n=33$; $F[1, 131]=3,39$; $p<0,001$). Ook geven verloskundigen in de eerste lijn ($M=3,17$; $SD=1,05$) vaker dan hun collega's in het ziekenhuis ($M=2,75$; $SD=0,84$; $F[1; 69,18]=2,36$; $p<0,05$) aan wel eens stoppen-met-roken begeleiding te geven zonder dit (volledig) te registreren.

Verschillen tussen verloskundigen die de V-MIS training wel en niet hebben gevolgd

Verloskundigen die de V-MIS training niet hebben gevolgd ($M=4,06$; $SD=0,41$; $n=42$) vinden doorverwijzen naar intensievere vormen van stoppen-met-roken begeleiding doorgaans zinvoller dan verloskundigen die de training wel hebben gevolgd ($M=3,68$; $SD=0,72$; $n=90$; $F[1; 125,46]=-3,87$; $p<0,001$). Dit stemt overeen met de bevinding dat 'ongetrainde' verloskundigen ($M=3,80$; $SD=0,76$) rokende cliënten liever (dan 'getrainde' verloskundigen: $M=3,45$; $SD=0,90$) direct doorverwijzen naar gespecialiseerde stoppen-met-roken begeleiding ($F[1; 95,94]=-2,32$; $p<0,05$). Opvallend genoeg vinden 'ongetrainde' verloskundigen ($M=4,13$; $SD=0,75$), meer dan 'getrainde' verloskundigen ($M=3,63$; $SD=0,87$), dat stoppen-met-roken begeleiding van zwangeren tot het takenpakket van de verloskundige behoort ($F[1, 130]=-3,26$; $p<0,001$). 'Getrainde' verloskundigen ($M=1,66$; $SD=0,97$) hebben cliënten, vaker dan hun 'ongetrainde' collega's ($M=1,38$; $SD=0,62$), wel eens een elektronische sigaret geadviseerd – bijvoorbeeld om zo te minderen met roken ($F[1; 118,43]=2,01$; $p<0,05$). Hierbij dient wel benadrukt te worden dat beide groepen de elektronische sigaret in absolute zin niet vaak lijken aan te raden.

Verschillen tussen verloskundigen met verschillende cliëntpopulaties

Zoals in paragraaf 4.3 is beschreven, was er binnen de onderzoeksgroep slechts een geringe variatie in cliëntgerelateerde kenmerken. Hierdoor werden er weinig eenduidige verschillen in attitudes gevonden tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel laag opgeleiden cliënten, tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel cliënten met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal, en tussen verloskundigen met relatief weinig en relatief veel rokende cliënten. Dit betekent niet dat deze verschillen in de populatie niet bestaan, maar dat eventuele bestaande verschillen op basis van de onderzoeksdata lastig te achterhalen waren.

7 Discussie, conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk reflecteert op de resultaten van het onderzoek door deze in een bredere context te beschouwen (paragraaf 7.1). Vervolgens vatten we de voornaamste bevindingen samen tot conclusies (paragraaf 7.2) en vertalen we ze naar aanbevelingen voor de praktijk (paragraaf 7.3). Leidend voor dit rapport waren de onderzoeksvragen die in Hoofdstuk 1 als volgt werden geformuleerd

1. Wat zijn de wensen, behoeften en ervaren knelpunten van verloskundigen bij het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan rokende zwangeren?
2. In hoeverre passen verloskundigen de V-MIS toe bij stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren?
3. Hoe kijken verloskundigen aan tegen het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding, welke opvattingen hebben ze erover en hoe zien zij hun eigen rol hierin?

7.1 Discussie

7.1.1 V-MIS wordt veel gebruikt maar de uitvoering kan beter

Uit het onderzoek komt naar voren dat veel verloskundigen met de V-MIS werken. Wel doorlopen verloskundigen naar eigen zeggen gemiddeld alleen de eerste twee stappen (81% start de V-MIS door stap 1 uit te vragen), en past slechts 10% de volledige V-MIS toe. Verder informeren vrijwel alle verloskundigen naar het rookgedrag van de zwangere vrouw, terwijl één op de vijf verloskundigen niet vraagt naar het rookgedrag van de partner.

Deze bevindingen zijn grotendeels verenigbaar met recent wetenschappelijk onderzoek gebaseerd op registratiegegevens uit de dossiers van eerstelijns verloskundigen (Oude Wesselink et al., 2015), op basis waarvan werd gesteld dat de V-MIS bij 42% van de rokende zwangeren werd gestart en zelden (in 5% van de gevallen) geheel werd doorlopen. Dat in het dossieronderzoek van Oude-Wesselink en collega's slechts de helft zoveel verloskundigen de V-MIS startten als in de huidige survey (81%), doet vermoeden dat verloskundigen het doorlopen van de stappen van de V-MIS niet altijd in de registratie opnemen. Verloskundigen zelf geven dit bij de huidige survey ook inderdaad aan. Hoewel ook het huidige onderzoek niet gegarandeerd vrij is van een

zekere bias¹⁰, lijkt het niettemin veilig om te stellen dat de V-MIS anno 2016 nog niet 'volledig is ingeburgerd'¹¹.

7.1.2 Verloskundigen begeleiden zelf én verwijzen door

Hoewel een meerderheid van de verloskundigen het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding als hun taak ziet, vindt ook een meerderheid (77%) dat doorverwijzen naar intensiever vormen van begeleiding in sommige gevallen zinvol kan zijn. Dit strookt met wat er in de praktijk gebeurt: ongeveer 80% van de verloskundigen verwijst met enige regelmaat door, en zes op de tien (61%) geven aan dat ze cliënten zelfs het liefst *direct* doorverwijzen. Opvallend is dat dit laatste ook geldt voor een groot deel (62%) van de verloskundigen die stopbegeleiding wel degelijk als hun eigen taak zien. Kortom: verloskundigen zijn ambivalent als het gaat om zelf begeleiden (wat men als taak ziet) versus doorverwijzen naar een andere behandelaar (wat in de praktijk vaak gebeurt). Mogelijk laat deze discrepantie zich grotendeels verklaren door de belemmeringen die in de praktijk worden ervaren bij zelf begeleiden.

Dat slechts een kleine groep verloskundigen (10%) formeel alle stappen van de V-MIS doorloopt valt deels te verklaren door onvolledige registratie (zie de vorige subparagraaf), maar waarschijnlijk ook doordat er vaak wordt doorverwezen. Zo valt doorverwijzen binnen de V-MIS methodiek onder stap 5, en komt daarmee pas aan bod nadat motiverende informatie (stap 2), barrières en omgevingssteun (stap 3) zijn besproken en er een stopafpraak is gemaakt (stap 4). Het is echter zeer goed denkbaar dat verloskundigen in de praktijk op basis van rookprofiel en stopmotivatie besluiten om de cliënt door te verwijzen en daarmee niet de stappen doorlopen die de V-MIS strikt genomen verder nog voorschrijft. Een bevinding die hiermee in lijn is, is de discrepantie tussen het *daadwerkelijk* doorlopen van de V-MIS stappen en het in de eigen perceptie (al dan niet) toepassen van de V-MIS. Zo gaf twee derde van de verloskundigen aan met de V-MIS te werken, wat overigens strookt met eerdere bevindingen van Oude Wesselink en collega's (2014)¹². Deze twee derde laat zich echter lastig vereenzelvigen met de meerderheid van de verloskundigen (52%) die doorgaans niet verder komen dan de eerste stap van de V-MIS (het uitvragen van het rookprofiel). Ook zien we dat maar liefst 60% van de verloskundigen die slechts de eerste drie stappen van de V-MIS doorlopen (dus tot en met het bespreken van barrières en omgevingssteun) aangeeft wel met de V-MIS te werken. Hoewel deze verloskundigen formeel niet de volledige

10 Door de onderzoeksmethode, waarbij verloskundigen zelf beslissen of ze deelnemen aan het onderzoek, valt niet uit te sluiten dat er selectie heeft plaatsgevonden van gemotiveerde verloskundigen (deelname aan het onderzoek vergde immers een tijdsinvestering) en/of van verloskundigen die belemmeringen ervaren rondom stoppen-met-roken begeleiding (de focus van het onderzoek lag immers op een knelpuntenanalyse). Het eerste zou de bevindingen positief kunnen kleuren, terwijl het tweede mogelijk tot een onderschatting van het aantal doorlopen V-MIS stappen en een overschatting van ervaren knelpunten leidt.

11 Paragraaf 4.3 laat zien dat deze conclusie ook opgaat wanneer we (net als het IGZ-onderzoek uit 2012) alleen de eerste binnen beschouwing nemen.

12 Op basis van zelfrapportage door verloskundigen bleek dat 28% voor en 80% na een door de gezondheidsinspectie gestelde deadline (i.e. verplichting toepassing V-MIS door IGZ) de V-MIS toepasten.

V-MIS doorlopen, bieden zij met een passend doorverwijsbeleid wel degelijk geëigende stoppen-met-roken begeleiding. Hoe er door verloskundigen precies wordt omgegaan met doorverwijzen (m.a.w. de afwegingen en keuzes die ze hierbij maken) alsmede de manier waarop doorverwijzen binnen de V-MIS is ingebed verdient dan ook nadere aandacht.

De discrepantie tussen daadwerkelijk en gepercipieerd doorlopen van de V-MIS wordt overigens ook in omgekeerde richting waargenomen. Zo komt het in de praktijk ook voor dat verloskundigen naar eigen zeggen niet met de V-MIS werken, terwijl ze wel degelijk alle stappen doorlopen. Dit valt wellicht het beste te verklaren door de logische opzet van de V-MIS, conform de structuur van een counselingsgesprek (waar zorgverleners doorgaans getraind in zijn). Zoals één verloskundige stelt¹³:

"De vragen uit de V-MIS komen overeen met de logica die ik als zorgverlener heb in counselingsgesprekken. Doe je het, waarom, wat houd je tegen om te stoppen enzovoorts. De vragen in de VMIS zijn niet uniek. En het belang van het onderwerp is echt bij iedereen helder."

7.1.3 Doorverwijsaanbod is onvoldoende bekend, verwijzing meestal naar huisarts

Verloskundigen verwijzen hun cliënten voor stoppen-met-roken begeleiding relatief vaak door naar de huisartsenpraktijk. Zo verwijzen vier op de vijf verloskundigen überhaupt wel eens door voor stopbegeleiding, en verreweg de meerderheid (driekwart) hiervan verwijst door naar de huisarts of praktijkondersteuner. Het is echter niet bekend in hoeverre zwangeren, na een doorverwijzing naar de huisarts, zich hier ook daadwerkelijk melden voor stopbegeleiding en in hoeverre huisarts en verloskundige contact onderhouden over de voortgang van de behandeling. Of huisartsen en praktijkondersteuners¹⁴ (aanstaande) zwangeren begeleiden bij het stoppen met roken, in hoeverre zich zij daartoe voldoende toegerust voelen en in hoeverre er na doorverwijzing nog afstemming (terugkoppeling) plaatsvindt met de verloskundige zijn eveneens relevante vragen, doch niet bekend.

Qua doorverwijsbeleid valt tevens op dat verloskundigen onbekend zijn met de sociale kaart Stoppen met Roken, die per Nederlandse regio een overzicht geeft van gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleiders en professionals. Slechts vijf van de verloskundigen uit de onderzoeksgroep (3%) gaven aan de sociale kaart te kennen, en

¹³ Deze verloskundige is naar aanleiding van de bevindingen individueel geconsulteerd.

¹⁴ Stopbegeleiding binnen de huisartspraktijk wordt in de regel vaak aangeboden door de praktijkondersteuner, die dit doorgaans doet volgens de STIMEDIC-richtlijn. De STIMEDIC-richtlijn is in 2009 gepubliceerd door het voormalige STIVORO in het kader van de CBO Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving. STIMEDIC is een stapsgewijze aanpak, gebaseerd op de MIS (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken) die door zorgverleners kan worden toegepast om rokers te begeleiden in het stopproces.

niemand heeft hem recent gebruikt. Wanneer verloskundigen en andere verloskundig zorgverleners beter op de hoogte zouden zijn van gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleiders en professionals in de buurt, vergemakkelijkt dit mogelijk het doorverwijsproces. De sociale kaart is onder meer te vinden op de websites Rokeninfo.nl¹⁵ en Ikstopnu.nl¹⁶. Deze kanalen zijn echter, zo blijkt uit de survey, onvoldoende bekend (zie ook paragraaf 7.1.6).

7.1.4 Motiveren van cliënten is lastig en vergt training

Een groot knelpunt in het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding wordt gevormd door een (waargenomen) gebrek aan motivatie van de cliënt om te stoppen met roken; maar liefst zes op de tien (61%) verloskundigen ervaren dit als een belemmering. Verloskundigen geven aan dat de meest gemotiveerde rokende vrouwen al gestopt zijn voor aanvang of aan het begin van de zwangerschap. De groep rokende zwangeren die wel willen stoppen maar niet weten hoe, lijkt doorgaans ook adequaat te kunnen worden begeleid – hetzij door de verloskundige zelf, hetzij door een andere professional. Het lastigst te bereiken zijn de zwangere vrouwen die onvoldoende gemotiveerd zijn om te stoppen. Zo blijkt uit de open antwoorden van de survey dat (herhaaldelijk) het gesprek over stoppen met roken beginnen, volgens verloskundigen niet alleen vaak resulteert in weerstand of irritatie bij de zwangere vrouw, maar niet zelden ook in gevoelens van machteloosheid of frustratie bij de verloskundige zelf.

Wat opvalt is dat verloskundigen die de V-MIS training hebben gevolgd, zich in het bespreken van stoppen met roken doorgaans minder belemmerd voelen door een waargenomen gebrek aan motivatie van de cliënt. Mogelijk valt dit te verklaren doordat deze verloskundigen tijdens de training handvatten aangereikt hebben gekregen om de stopmotivatie van rokende cliënten te verhogen. Toch beschouwen V-MIS getrainde verloskundigen zichzelf niet als vaardiger in het bespreken van stoppen met roken. Over het algemeen zien we zelfs dat maar liefst 40% van de verloskundigen (wel en niet V-MIS getraind) zichzelf onvoldoende vaardig acht om stoppen met roken te bespreken. Dit lijkt vooral verband te houden met de groep (zeer) slecht gemotiveerde rokende zwangeren, getuige quotes als deze:

"Ik vind het de eerste keer zeker niet lastig, maar wanneer cliënten aangeven niet te willen stoppen en ik kom er de volgende consulten steeds op terug dan vind ik dat wel lastig worden! (...) Wanneer zwangeren goed te motiveren zijn vind ik het alleen maar leuk om hen verder te kunnen helpen."

"Ik zou graag een motiverende gespreksvoering cursus willen doen teneinde de effectiviteit van het stoppen met roken een betere slagingskans te geven. (...)"

¹⁵ <https://www.rokeninfo.nl/publiek/info-over-stoppen/hulp-bij-stoppen/adressen>

¹⁶ <https://www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt/>

"Om met rokende mensen een goed coaching gesprek aan te gaan ontbreekt vaak de tijd, want we moeten al zoveel bespreken. (...)"

"Omdat de meeste rokende zwangeren niet gemotiveerd zijn om te stoppen en ik ze toch wil proberen te motiveren. (...) Daarnaast vind ik mezelf een verloskundige en is stoppen met roken begeleiding een geheel andere tak van sport die ik niet goed beheers. De vraag is ook: moet ik die beheersen? Daar zijn mi andere begeleiders voor."

Het is de vraag in hoeverre een eenmalige training van een halve dag -zoals momenteel aangeboden- toereikend is om de vaardigheden aan te leren om deze moeilijk bereikbare groep te begeleiden bij het stoppen met roken. Verloskundigen (die dat willen) zouden daarom intensiever getraind kunnen worden in motiverende gespreksvoering¹⁷. Een inventarisatie van de open antwoorden leert dat een deel van de verloskundigen dergelijke intensievere vormen van stopcoaching zeker zelf zou willen aanbieden, maar dat hen hiertoe vooralsnog de vaardigheden en middelen¹⁸ ontbreken. Een ander deel van de verloskundigen ziet het aanbieden van dergelijke intensievere begeleiding niet als hun kerntaak, en zij zullen dan ook veelal de voorkeur (blijven) geven aan doorverwijzen.

7.1.5 Behoeftte aan gratis folders en handige tools

Wat opvalt als we kijken naar de top-5 van aspecten die door minstens de helft van de verloskundigen als knelpunt worden ervaren, is dat het hier veelal (in vier van de vijf gevallen) gaat om een gebrek aan informatie en/of relatief eenvoudige middelen. Zo zou de beschikbaarheid van gratis cliëntenfolders voor 54% van de verloskundigen een stimulans zijn om stoppen met roken vaker te bespreken. Bestaande publieksfolders als 'Rookvrij Zwanger? Dat bevalt beter!' (Trimbos-instituut, 2015a) en 'Wat je moet weten over alcohol en roken vóór, tijdens en na de zwangerschap' (Trimbos-instituut/ STAP, 2014) zijn inderdaad bekend - bij 91% respectievelijk 56% van de verloskundigen. Desalniettemin worden deze bronnen in de praktijk weinig geraadpleegd (i.e. door 55% respectievelijk 32% van de verloskundigen). De folders kosten iets minder dan een euro per stuk¹⁹, wat als een belemmering wordt ervaren. In de praktijk, zo blijkt uit gesprekken met verloskundigen naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen, komt het voor dat bestaand (betaald) foldermateriaal gekopieerd wordt, of dat er gebruik wordt gemaakt van verouderd voorlichtingsmateriaal, zoals folders van voormalig Stivoro.

17 Motiverende gespreksvoering ('motivational interviewing') is een gesprekstechniek die in begeleiding kan worden toegepast. De techniek is gericht op het bewust worden van de voor- en nadelen van het eigen gedrag (in dit geval roken) en de bestaande alternatieven. Het doel is om motivatie voor verandering op te wekken of te versterken, met respect voor de eigen zienswijze en bereidheid van de roker (CBO, 2010).

18 Bijvoorbeeld in de vorm van een declarabel consult.

19 Bij bestelling van grotere hoeveelheden folders in één keer worden kortingen van 5% tot 35% gegeven.

Ook mist 51% van de verloskundigen eenvoudige tools of gadgets om het gesprek over stoppen met roken op gang te brengen. Zo geeft één verloskundige²⁰ aan met een zogenaamde bespaartool te werken – dat is een draaischijf waarmee op basis van het aantal jaren dat de cliënt rookt en het aantal dagelijkse gerookte sigaretten kan worden berekend hoeveel geld de cliënt (en/of haar partner) had kunnen besparen wanneer zij niet had(den) gerookt.²¹ De verloskundige bespreekt dit met de cliënt en stelt hierbij vragen als *"Hebben jullie dit bedrag momenteel, of over x jaar, op je spaarrekening staan?"*, *"Als je dit bedrag nu van mij zou krijgen, welke problemen zou je daarmee kunnen oplossen?"*, *"Dit heeft roken je gekost, en wat heeft het je opgeleverd?"*. Deze tool blijkt niet alleen het gesprek over stoppen met roken makkelijker op gang te brengen, maar kan voor de cliënt ook een extra stimulans zijn om te stoppen. Navraag bij enkele andere verloskundigen leert echter dat deze tool allesbehalve algemeen bekend is, maar dat er zeker interesse voor is. Qua hulpmiddelen valt verder te denken aan voorlichtingsmateriaal voor tablet of telefoon, zoals de infographic *'Rookvrij blijven ook na de zwangerschap'* (Trimbos-instituut, 2015b) of de recent verschenen wachtkamervideo *'Rookvrij Zwanger'* (Trimbos-instituut, 2016). In dit geluidloze²² filmpje wordt het onderwerp stoppen met roken op een positieve manier aangekaart. De video is zo gemaakt dat hij geschikt is voor de wachtkamer: de boodschap is duidelijk (ook als je maar een gedeelte ziet), het tempo ligt laag (zodat het gemakkelijk te volgen is) en de boodschap is zoveel mogelijk visueel.

Mogelijk kan een geluidloze video tevens een hulpmiddel zijn bij de communicatie met rokende zwangere vrouwen die laaggeletterd zijn of moeite hebben met de Nederlandse taal. Maar liefst de helft (48%) van de verloskundigen geeft namelijk aan het wel eens lastig te vinden om met cliënten over stoppen met roken te spreken omdat deze het Nederlands beperkt beheersen. Het aanbieden van folders en infographics in een tweetalige variant biedt mogelijk ook uitkomst voor dit probleem. Wel dienen dergelijke middelen expliciet getest te worden binnen de lage SES populatie.

Gezien het grote verschil in benadering van cliënten die wel en niet voldoende zijn gemotiveerd om te stoppen met roken en gezien de optie om (met name de tweede groep) adequaat te kunnen doorverwijzen naar intensievere vormen van stopbegeleiding, zou in het kader van handige tools exploratief kunnen worden gedacht aan (het peilen van de behoefte aan) de ontwikkeling van een eenvoudig screeningsinstrument met een advies-op-maat als uitkomst. Als onderdeel van de intake kunnen enkele korte vragen omtrent rookgedrag en stopmotivatie worden gesteld. Op basis hiervan kan de verloskundige vervolgens, ondersteund door advies vanuit de applicatie, besluiten om de cliënt zelf verder te begeleiden of door te verwijzen voor intensievere begeleiding. Om het verwijzen makkelijker te maken zou een koppeling kunnen worden ingebouwd naar

20 Deze verloskundige is in de pilotronde van huidig onderzoek geconsulteerd.

21 In plaats van de draaischijf kan een dergelijke berekening ook vrij eenvoudig met behulp van de calculator worden gemaakt.

22 In de verloskundigenpraktijk is het afspelen van geluid op de computer vaak geen optie.

een sociale kaart met contactgegevens van professionals in de buurt die intensievere vormen van stopbegeleiding bieden. Ook kan, indien beschikbaar, gedacht worden aan het inbouwen van een koppeling naar een vergoedingsoverzicht van zorgverzekeraars zodat voor cliënt en verloskundige helder is in hoeverre bepaalde vormen van begeleiding worden vergoed. Een dergelijke advies-op-maat tool zou goed analoog aan de stappen van de V-MIS methodiek kunnen worden opgezet en vormgegeven.

7.1.6 Er bestaan diverse misverstanden of onduidelijkheden

Verloskundigen hebben in de spreekkamer vaak te maken met onjuiste overtuigingen omtrent roken en zwangerschap, bijvoorbeeld ten aanzien van stress, minderen en geboortegewicht. Deze onjuiste opvattingen kunnen hardnekkig zijn en bovendien ondermijnend werken op de motivatie om te stoppen met roken. Andersom kunnen cliënten dergelijke opvattingen – bewust of onbewust – ook als argument inzetten omdat men nu eenmaal niet gelooft te kunnen stoppen of omdat het stoppen niet lukt, waarmee de kans op succesvol stoppen nog verder afneemt. Het is belangrijk dat de verloskundige argumenten kent om deze veelvoorkomende overtuigingen te weerleggen en daarbij een toon kan hanteren die geen uitgebreide discussies met de cliënt uitlokt.

Zo is het een veel gehoorde en onjuiste overtuiging dat de stress die gepaard gaat met stoppen met roken schadelijker zou zijn voor het ongeboren kind dan doorroken²³. Mede vanuit deze gedachte wordt minderen met roken nogal eens als alternatief voor stoppen gezien²⁴. Er is echter onvoldoende onderzocht of minderen de gezondheid van het ongeboren kind positief beïnvloedt (Springvloed et al., 2016a, 2016b). Minderen wordt daarom expliciet ontmoedigd in de richtlijnen, en wordt ook niet aanbevolen als alternatief voor stoppen (Graham et al., 2014)²⁵. Wanneer we naar de onderzoeksgegevens kijken, zien we dat ruim een derde (37%) van de verloskundigen haar cliënten wel eens adviseert te minderen. Toch verkeert slechts een kleine minderheid (7%) van de verloskundigen in de veronderstelling dat minderen soms beter is. Dit suggereert dat het advies tot minderen niet zelden een concessie is - bijvoorbeeld wanneer de zwangere vrouw wel gemotiveerd is, maar geheel stoppen niet lukt. Het advies tot

23 Informatie die hier kan worden gegeven, is dat het stressgevoel dat gepaard gaat met stoppen met roken niet lang duurt en dat de schadelijke stoffen binnen enkele dagen uit het lichaam zijn verdwenen.

24 Informatie die hier kan worden gegeven, is dat mensen bij minderen hun manier van roken vaak aanpassen om zo toch genoeg nicotine binnen te krijgen. Ze ademen de rook bijvoorbeeld dieper in, roken de sigaret verder op of knippen de filter af (McNeill, 2006). Dit geldt ook voor mensen die 'light-' of filtersigaretten gaan roken. Het ongeboren kind krijgt zo evenveel schadelijke stoffen binnen. Minder roken is bovendien vaak nog moeilijker vol te houden dan helemaal stoppen; het lichaam blijft namelijk om nicotine vragen. Minderen kan overigens wel een goede start zijn om daarna, binnen twee weken, helemaal te stoppen.

25 Deze aanbeveling wordt ondersteund door het bewijs dat minderen weinig bescherming biedt aan het ongeboren kind (USDHHS, 2010). Er is namelijk geen duidelijke ondergrens waarbij roken niet schadelijk is voor het ongeboren kind en er worden wisselende aantallen sigaretten genoemd die 'veilig' zouden zijn tijdens de zwangerschap. Het is daarmee niet bekend tot welk niveau het roken teruggebracht moet worden om gunstige effecten te hebben (Benjamin-Garner & Stotts, 2013).

minderen lijkt daarbij niet altijd expliciet of proactief te zijn. Zo geeft één verloskundige²⁶ aan dat zij weliswaar nooit actief een advies tot minderen geeft en in beginsel altijd inzet op stoppen, maar dat zij cliënten bij wie het stoppen echt niet lukt soms vraagt om halve in plaats van hele, of de helft van het aantal dagelijkse sigaretten te roken. Dit vanuit de gedachte dat "elke sigaret minder er één scheelt". Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze aanpak mogelijk geen gezondheidswinst oplevert, maar het schetst wel het dilemma waar verloskundigen vaak mee te maken hebben. Aan de ene kant is het reëel te veronderstellen dat minderen voor sommige (hardcore) rokers het hoogst haalbare is en voor wie elke niet-gerookte sigaret winst is. Aan de andere kant dient -op basis van bestaande kennis omtrent minderen- geheel stoppen het advies te blijven, en moet voorkomen worden dat er onnodig snel voor de 'harm reduction' aanpak wordt gekozen.

Een andere onterechte veronderstelling is dat roken niet schadelijk is omdat een bekende (bijvoorbeeld de eigen moeder) ook rookte tijdens de zwangerschap en niettemin een gezonde baby heeft gekregen²⁷. Een overtuiging die in de zorgpraktijk wellicht minder vaak boven tafel zal komen is dat roken een makkelijker bevalling zou geven²⁸. Om zo goed mogelijk met cliënten het gesprek aan te gaan over dergelijke veronderstellingen, is het belangrijk dat verloskundigen goed geïnformeerd zijn en daarnaast ook weten hoe ze deze kennis zo goed mogelijk kunnen communiceren, daarbij zoveel mogelijk weerstand vermijdend. Hoewel onjuiste opvattingen zeker niet exclusief zijn voorbehouden aan laaggeletterde of lage SES cliënten, is het denkbaar dat deze overtuigingen met name binnen deze groep veel voorkomen. Zo stelt een verloskundige

"Het lastigste in het hele verhaal is volgens mij de communicatie. Laag geletterdheid speelt een rol en dit zijn zaken waar we in de verloskunde in ieder geval in mijn geval nog weinig mee doen. Ik voel me met name ten aanzien van dit soort items steeds vaker onbekwaam."

Een misvatting die vooral verloskundigen betreft heeft betrekking op het doorverwijsbeleid naar niet-effectieve hulpmiddelen. Opvallend is namelijk dat sommige verloskundigen alternatieve methoden aanraden. Er zijn inderdaad veel aanbieders van alternatieve therapieën bij stoppen met roken zoals hypnotherapie, lasertherapie en acupunctuur. De effectiviteit van deze methoden is echter niet voldoende onderzocht

26 Deze verloskundige is naar aanleiding van de bevindingen individueel geconsulteerd.

27 Informatie die hier kan worden gegeven, is dat elke zwangerschap anders is en dat roken tijdens de zwangerschap niet veilig is. Sommige gevolgen zijn namelijk niet direct waarneembaar. Zo heeft roken tijdens de zwangerschap gevolgen voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van de hersenen (USDHHS, 2014). Ook hebben kinderen van moeders die tijdens de zwangerschap rookten op latere leeftijd meer kans op bijvoorbeeld longproblemen (astma), overgewicht en een verminderde vruchtbaarheid (Oken et al., 2008; USDHHS, 2004, 2010).

28 Roken staat een ongestoorde groei van de foetus in de weg, waardoor baby's bij de geboorte gemiddeld een lager geboortegewicht hebben (Lanting et al., 2009; Jaddoe et al., 2008). Informatie die in dit kader actief kan worden verstrekt is dat deze baby's zwakker en minder goed volgroeid zijn, wat de bevalling niet gemakkelijker of minder zwaar maakt, maar juist voor extra complicaties kan zorgen. Er moet dan sneller worden ingegrepen (met bijvoorbeeld een keizersnede of inknippen).

of aangetoond (White et al., 2014; Barnes et al., 2010) en dergelijke alternatieve therapieën worden dan ook niet aanbevolen. Het verdient de voorkeur om een bewezen effectief hulpmiddel te gebruiken. Het Trimbos-instituut heeft recent een overzichtsstudie uitgevoerd naar de laatste stand van de wetenschap en de Nederlandse praktijk ten aanzien van de effectiviteit van stopmethoden voor zwangere vrouwen (Springvloed et al., 2016a, 2016b).

Andere onduidelijkheden die spelen, betreft de bekendheid met gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleiders en professionals in de buurt; de sociale kaart Stoppen met Roken is slechts bij 3% van de verloskundigen bekend. Ook zijn verloskundigen beter bekend met het voormalige Stivoro dan met het Trimbos-instituut en de websites Rokeninfo.nl en Ikstopnu.nl. Deze kanalen bevatten veel praktische materialen en informatie – onder meer over de gevolgen van roken tijdens de zwangerschap, het gebruik van nicotinevervangende middelen en toepassen van alternatieve methoden tijdens de zwangerschap. Eén op de vijf verloskundigen geeft aan over onvoldoende kennis te beschikken om stoppen met roken te bespreken. Meer bekendheid met bovengenoemde informatiebronnen voorziet hen mogelijk beter van betrouwbare en actuele informatie en stelt hen zo beter in staat om stoppen met roken aan te kaarten.

7.1.7 Na V-MIS training beter toegerust om stoppen met roken te bespreken

Verloskundigen die de V-MIS training hebben gevolgd, doorlopen gemiddeld meer stappen dan verloskundigen die de training niet hebben gevolgd. Bijna 80% van de verloskundigen voelt zich door de training voldoende toegerust om rokende zwangeren adequaat te begeleiden. Getrainde verloskundigen ervaren bovendien minder belemmeringen, hebben minder vaak het idee dat ze cliënten niet kunnen motiveren of dat cliënten informatie niet begrijpen. Ook kunnen ze beter informatie van eerder geconsulteerde collega's uit de registratie halen teneinde adequaat stopbegeleiding te geven, en ze vinden dat ze meer kennis hebben van stoppen met roken.

Veel verloskundigen die nu afstuderen hebben de V-MIS training tijdens hun opleiding gevolgd, maar dit geldt niet voor verloskundigen die langer geleden afstudeerden. Voor hen is het mogelijk om de training via het Trimbos-instituut te volgen (voorheen werd de training door het toenmalige Stivoro aangeboden).

7.1.8 Behoeftte aan financiële vergoedingen en onduidelijkheid over kosten voor de cliënt

Ruim een derde (37%) van de verloskundigen geeft aan dat zij stoppen met roken vaker zouden bespreken als hier een financiële compensatie tegenover stond, bijvoorbeeld in de vorm van een declarabel consult. Zo geeft één verloskundige²⁹ aan dat zij en haar

²⁹ Deze verloskundige is naar aanleiding van de bevindingen individueel geconsulteerd.

collega's momenteel veel eigen tijd in stopbegeleiding steken. Zeker in het geval van multiproblematiek speelt er bij de cliënt veel dat aandacht behoeft, zoals bijvoorbeeld financiële problemen, slechte huisvesting, relatieproblemen, stress, een ongezond voedingspatroon en gebruik van drugs. De beschikbare tijd tijdens het consult moet dan uit de lengte of uit de breedte komen, en stoppen-met-roken begeleiding schiet er dan niet zelden bij in, of kost de verloskundige haar eigen uren.

Daarnaast geeft ruim één op de vijf (22%) verloskundigen aan dat belasting van het eigen risico van de cliënt door andere en/of intensieve(re) vormen van stopbegeleiding een barrière vormt om stoppen met roken met hen te bespreken. Voor cliënten en verloskundigen is onvoldoende duidelijk of, en in hoeverre (intensieve) begeleiding door bijvoorbeeld de huisarts of de stoppen-met-roken coach wordt vergoed, of ten laste komt van het eigen risico.

Volledige vergoeding van stopondersteuning kan forse gezondheidswinst opleveren (Vemer et al., 2010), en de vergoeding van diverse stoppen-met-roken interventies (zoals de H-MIS, kort stopadvies en telefonische counseling; Feenstra et al., 2005) is dan ook kosteneffectief gebleken. De vergoeding van hulp bij stoppen met roken is verder van belang, omdat de kans dat een poging succesvol is op langere termijn groter is bij gebruik van bepaalde hulpmiddelen of ondersteuning (Hartmann-Boyce et al., 2013). Ook kan de vergoeding van hulp waarschijnlijk de drempel verlagen om te stoppen met roken. In 2012 bleek dat een mediacampagne om bekendheid te geven aan de bestaande vergoeding voor stoppen met roken, zorgde voor een significante toename in stoppogingen en ook meer succesvolle pogingen (Nagelhout et al., 2015).

7.1.9 De eerste lijn is verder dan de tweede lijn

Uit de survey blijkt dat er in de tweede lijn, vergeleken met de eerste lijn, de helft minder tijd wordt besteed aan het bespreken van stoppen met roken. Ook geven klinisch verloskundigen minder vaak dan eerstelijns verloskundigen aan de V-MIS training te hebben gevolgd. Mogelijk valt dit deels te verklaren doordat de V-MIS sinds 2010 verplicht is voor de eerstelijns praktijk (IGZ, 2012), maar niet voor de tweede lijn. Verder worden zwangeren in het ziekenhuis, naast de klinisch verloskundige, doorgaans ook gezien door de gynaecoloog, de arts-assistent en de co-assistent, en het is onbekend in hoeverre zij stopen met roken bespreken en/of registreren.

7.1.10 VSV-beleid bij verloskundigen vaak onbekend

Naar aanleiding van het toezichtonderzoek van de IGZ in 2014, waaruit bleek dat slechts één van de 19 bezochte VSV's volledig voldeed aan de norm 'stoppen-met-roken advisering aan zwangeren', spoorde de inspectie de VSV's aan om VSV-breed beleid op te stellen voor stoppen-met-roken begeleiding van zwangere vrouwen (IGZ, 2014a). Twee jaar later echter, geeft binnen het huidige onderzoek nauwelijks de helft

van de verloskundigen (46%) aan *op de hoogte te zijn* van afspraken binnen hun VSV over beleid voor stoppen-met-roken advisering en begeleiding. Een kwart (24%) van de verloskundigen geeft aan dat er bij hun weten geen afspraken zijn, en ongeveer een derde (29%) weet niet of er afspraken zijn³⁰.

Het feit dat verloskundigen de afspraken niet kennen, impliceert overigens niet perse dat de VSV's zich niet hebben ingespannen voor het (breder) opzetten van beleid rondom stoppen met roken. Zo werken eerstelijns verloskundigen regelmatig met de V-MIS; wanneer een overkoepelend VSV besluit deze werkwijze uit te breiden naar de tweede lijn, is het niet ondenkbaar dat dit buiten de aandacht van de eerstelijns zorgprofessionals blijft. Toch zouden individuele verloskundigen wellicht beter op de hoogte kunnen worden gebracht van, en meer betrokken kunnen worden bij VSV-breed beleid ten aanzien van stoppen-met-roken advisering en begeleiding.

Afspraken op een hoger organisatieniveau zijn tevens van belang, omdat er bij de zorg rond zwangerschap en geboorte diverse eerste- en tweedelijns professionals betrokken zijn en het aantal overdrachten groot is. Daar waar aan het begin van de zwangerschap ongeveer 80% van alle vrouwen nog onder controle is bij een eerstelijns verloskundige en iets meer dan 20% bij een gynaecoloog (IGZ, 2012) heeft uiteindelijk ruim 80% van de zwangeren op enig moment tijdens de zwangerschap te maken met meerdere medische zorgverleners (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Hierbij kunnen zowel eerstelijns als klinisch verloskundigen en andere verloskundig zorgverleners (zoals gynaecologen en arts-assistenten) betrokken zijn. Gegeven deze complexiteit van overdrachten is het van belang om stoppen-met-roken begeleiding in de zorgpraktijk goed af te stemmen – zowel binnen instellingen (mono- en multidisciplinair), maar vooral ook lijnoverstijgend. Dit belang wordt verder onderstreept door het feit dat 27% van de verloskundigen, wanneer zij een cliënt zien die eerder bij een collega kwam, doorgaans niet voldoende informatie uit de registratie kan halen om adequaat stoppen-met-roken begeleiding te geven. Met de komst en doorontwikkeling van VSV's kan dit mogelijk (verder) verbeteren.

De zorgketen rondom het gezond en rookvrij opgroeien van het (ongeboren) kind beperkt zich overigens niet tot de zwangerschap en bevalling. Idealiter vangt een rookvrije start al voor de conceptie aan en zijn hierdoor niet alleen verloskundigen en gynaecologen betrokken, maar bijvoorbeeld ook huisartsen, fertiliteitsartsen, verslavingsartsen en andere specialisten³¹. Ook na de bevalling is het voor de ontwikkeling van het kind belangrijk dat het niet meerookt, en dat ouders en omgeving dus rookvrij zijn (ter Weijde et al., 2015). De kraamverzorgende is één van de eerste professionals

30 Naast klinisch verloskundigen zijn het vooral waarnemers die niet op de hoogte zijn van het al dan niet bestaan van VSV-brede afspraken; dit kan verklaard worden doordat waarnemers doorgaans geen deel uitmaken van VSV-overleggen.

31 Bijvoorbeeld wanneer de vrouw in kwestie bekend is met, of een voorgeschiedenis heeft van een ernstige en/of erfelijke aandoening, of chronisch medicatie gebruikt.

die meeroken kan detecteren en het onderwerp kan bespreken. Ook betrokkenheid van JGZ-verpleegkundigen en -artsen (in opleiding) is hierin essentieel omdat zij langdurig met kinderen en hun gezinnen in contact staan.

7.1.11 Aandacht voor rokende partner

Uit de resultaten blijkt dat nagenoeg alle verloskundigen (96%) in de regel het rookprofiel van de zwangere vrouw bespreken. Mogelijk wordt dit hoge percentage (mede) verklaard door het feit dat de rookstatus van de zwangere vrouw standaard wordt geregistreerd in de perinatale registratie, wat niet geldt voor het rookprofiel van de partner. Toch blijkt uit het huidige onderzoek dat maar liefst vier op de vijf (81%) verloskundigen informeren naar de rookstatus van de partner. En dat is belangrijk, want een rokende partner vergroot de kans dat de vrouw tijdens de zwangerschap zelf blijft roken of terugvalt nadat ze is gestopt (WHO, 2010). Ook heeft het rookgedrag van de partner gevolgen voor de zwangerschap zelf; de zwangere vrouw krijgt immers de schadelijke tabaksrook van haar partner binnen en de gezondheidsrisico's van roken tijdens de zwangerschap gelden ook voor passief roken (Royal College of Physicians, 2010; Waelput & Achterberg, 2007). Verder kan de zwangere vrouw via haar partner 'derdehands rook' binnenkrijgen, die ook schadelijk is voor de gezondheid³². In verschillende onderzoeken wordt dan ook aanbevolen om de partner te betrekken in stoppen-met-roken programma's en hem of haar zo nodig door te verwijzen voor hulp bij het stoppen met roken (Schneider et al., 2010; Lumley et al., 2009; Lanting et al., 2007).

Al met al is het dus een positieve bevinding dat veel verloskundigen aandacht besteden aan het al dan niet roken van de partner. In het huidige onderzoek is echter niet nagegaan in hoeverre de partner tevens wordt betrokken in het proces van daadwerkelijk (samen) stoppen met roken, wat uiteraard minstens zo belangrijk is. Dat hier mogelijk nog winst valt te behalen zou afgeleid kunnen worden uit de bevinding dat ruim vier op de tien (43%) verloskundigen aangeven dat ze stoppen met roken graag vaker met de partner zouden bespreken. Ook valt er nog winst te behalen bij de 19% verloskundigen die überhaupt geen aandacht besteden aan de rookstatus van de partner. Mogelijk spelen hierbij vergelijkbare belemmeringen als bij het bespreken van stoppen met roken door de cliënt zelf.

7.1.12 Stoppen met roken binnen leefstijlprogramma's gericht op kwetsbare zwangeren

Roken komt voornamelijk voor bij zwangeren met een lagere sociaaleconomische status. Bij deze groep spelen echter vaak meer en samenhangende problemen zoals financiële problemen, slechte huisvesting, relatieproblemen, stress, een ongezond voedings-

32 Het gaat hierbij om schadelijke stoffen uit sigarettenrook die zich aan kleding, meubels en andere objecten hechten. Deze stoffen komen weer vrij in de uren tot maanden nadat ze werden opgenomen.

patroon en gebruik van drugs. Vaak roken ook de partner en de sociale omgeving (familie en vrienden) wat niet alleen directe gevolgen heeft voor de zwangerschap, maar ook een averechts effect heeft op de stopmotivatie van de vrouw en bovendien de kans vergroot dat zij na een geslaagde stoppoging opnieuw gaat roken. Zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau zijn in de afgelopen jaren meerdere initiatieven gestart om de perinatale sterfte terug te dringen, zoals Healthy Pregnancy 4 All (HP4all; Denktas et al., 2014) en VoorZorg (Mejdoubi et al., 2014). Bevordering van de leefstijl -waaronder stoppen met roken- is onderdeel hiervan en laag opgeleide vrouwen zijn de primaire doelgroep. Recent is ook PROMISE gestart, een project gericht op het ontwikkelen van een integrale, 'tailor made' stoppen-met-roken interventie voor lage SES zwangere vrouwen. Uitgangspunt hierbij is de V-MIS, welke is verrijkt met ondersteunende materialen en protocollen die speciaal zijn ontwikkeld om het gesprek over (stoppen met) roken met deze doelgroep te vergemakkelijken. In het bijzonder is daarbij aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden en stressvolle levensfactoren.

7.1.13 Verloskundigen geven zelf vaak het goede voorbeeld door niet te roken

Een mooie bevinding is dat er door verloskundigen zelf relatief weinig wordt gerookt. Zo geeft ruim twee derde (69,3%) aan nog nooit te hebben gerookt. Een kwart (26,4%) heeft weliswaar ooit gerookt, maar rookt nu niet meer en 4,3% van de verloskundigen rookt naar eigen zeggen wel eens - waarvan circa een derde dagelijks. Ter vergelijking: in de algemene bevolking rookte in 2014 22% van de vrouwen wel eens, en 17% dagelijks (Trimbos-instituut/WODC, 2015). Hoewel niet geheel valt uit te sluiten dat er onwillekeurig selectie van niet-rokende verloskundigen heeft plaatsgevonden en het percentage rokers in werkelijkheid iets hoger ligt, suggereren de data dat verloskundigen zelf doorgaans een goede voorbeeldfunctie vervullen als het gaat om niet-roken – zowel naar hun cliënten als naar rokende collega's.

7.2 Conclusies

Reflecterend op de bevindingen kan gesteld worden dat veel verloskundigen met de V-MIS interventie werken, maar dat de uitvoering ervan verbeterd kan worden; zo doorlopen verloskundigen (naar eigen zeggen) gemiddeld alleen de eerste twee stappen en past slechts 10% de volledige V-MIS toe. De meeste verloskundigen zien het wel als hun taak om stoppen met roken te bespreken. In het algemeen biedt ook bijna de helft van de verloskundigen zelf stoppen-met-roken begeleiding aan. Het merendeel heeft echter een voorkeur voor doorverwijzen; vier op de vijf verloskundigen verwijzen met enige regelmaat door en drie op de vijf geven aan dat ze cliënten zelfs het liefst *direct* (en niet pas in stap 5) doorverwijzen. Verloskundigen weten niet altijd dat, of naar wie ze kunnen doorverwijzen. Opvallend is verder dat zeer weinig verloskundigen bekend zijn met de sociale kaart, het overzicht met erkende stoppen-met-roken begeleiders.

Wanneer verloskundigen cliënten doorverwijzen, is dit meestal naar de huisarts of praktijkondersteuner.

De *motivatie* van de zwangere (of het gebrek daaraan) is het voornaamste knelpunt bij het bespreken van stoppen met roken: meer dan de helft van de verloskundigen geeft aan dat het lastig om zwangeren te motiveren om te stoppen, en 40% zegt te weinig vaardigheden te hebben. Dit knelpunt hangt overigens ook samen met het aantal doorlopen V-MIS stappen: hoe meer een waargenomen gebrek aan motivatie van de cliënt het gesprek over stoppen met roken bemoeilijkt, hoe minder V-MIS stappen er worden doorlopen. Een ander belangrijk knelpunt dat het bespreken van stoppen met roken belemmert heeft betrekking op *materialen*; meer dan de helft van de verloskundigen zou het makkelijker vinden om over stoppen te beginnen wanneer dit gesprek ondersteund werd door gratis cliëntenfolders en/of eenvoudige tools of gadgets. Het is voor veel verloskundigen een bezwaar dat er voor cliëntenfolders betaald moet worden. Uit de survey blijkt verder dat er diverse *misverstanden of onduidelijkheden* bestaan bij verloskundigen. Zo zijn verloskundigen beter bekend met het voormalige Stivoro dan met het Trimbos-instituut of Rokeninfo.nl. De sociale kaart is slechts bij 3% bekend. Het is verder opvallend dat bijna de helft van de verloskundigen bekend is met alternatieve therapieën en een kwart deze hulpmiddelen ook daadwerkelijk heeft geraadpleegd. Ruim een derde adviseert cliënten soms om te minderen met roken, alhoewel slechts 7% van de verloskundigen denkt dat minderen soms beter is. Meer dan de helft heeft behoefte aan meer informatie over nicotinevervangende middelen. Verder wordt het *gebrek aan tijd, de afwezigheid van vergoedingen* en de (mogelijke) *belasting op het eigen risico* van de cliënt wordt meerdermalen als knelpunt genoemd.

Verloskundigen die de V-MIS training hebben gevolgd, doorlopen gemiddeld meer stappen dan verloskundigen die de training niet hebben gevolgd. Van de verloskundigen die de V-MIS training hebben gevolgd, voelt bijna 80% zich door de training voldoende toegerust om rokende zwangeren adequaat te begeleiden bij het stoppen met roken. Getrainde verloskundigen ervaren minder belemmeringen, hebben minder vaak het idee dat ze cliënten niet kunnen motiveren of dat cliënten informatie niet begrijpen. Ook kunnen getrainde verloskundigen beter informatie van eerder geconsulteerde collega's uit de registratie halen teneinde adequaat stopbegeleiding te geven, en vinden zij dat ze meer kennis hebben van stoppen-met-roken.

Uit de survey blijkt dat er in de tweede lijn, vergeleken met de eerste lijn, de helft minder tijd wordt besteed aan het bespreken van stoppen met roken. Ook geven klinisch verloskundigen minder vaak dan eerstelijns verloskundigen aan de V-MIS training te hebben gevolgd. Nog niet de helft van de verloskundigen geeft aan op de hoogte te zijn van afspraken binnen hun VSV over beleid voor stoppen-met-roken advisering en begeleiding. Verloskundigen neigen over het algemeen naar een lichte ontevredenheid over afstemming van stoppen-met-roken begeleiding tussen de eerste en de tweede lijn.

7.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de bevindingen zoals besproken in de voorgaande hoofdstukken, kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.

1. *Verloskundigen intensiever trainen in motiverende gespreksvoeringstechnieken ten aanzien van stoppen met roken*

Het gebrek aan motivatie van de zwangere om te stoppen met roken vormt voor verloskundigen de voornaamste belemmering bij het bespreken van stoppen met roken. Veel verloskundigen voelen zich onvoldoende toegerust om de stopmotivatie van onvoldoende gemotiveerde rokende zwangeren te verhogen, en het is de vraag in hoeverre een eenmalige training van een halve dag (zoals momenteel aangeboden) toereikend is om de vaardigheden aan te leren om deze moeilijk bereikbare groep te begeleiden bij het stoppen met roken. Verloskundigen (die dat willen) zouden daarom intensiever getraind kunnen worden in motiverende gespreksvoering, bijvoorbeeld via een opfrustraining of nascholing. Een initiatief dat in dit kader het vermelden waard is, is een e-learning over het bespreken van stoppen met roken voor, tijdens en na de zwangerschap. Deze e-learning, die momenteel binnen het Trimbos-instituut in het kader van de Taskforce (zie aanbeveling 3) wordt ontwikkeld en naar verwachting voorjaar 2017 beschikbaar komt, besteedt onder meer aandacht aan het toepassen van motiverende gespreksvoering.

2. *Doorverwijzen goed inbedden in de V-MIS methodiek*

Hoewel verloskundigen het doorgaans als hun taak zien om stoppen met roken te bespreken, verwijst een zeer groot deel (ca. 80%) hun cliënten met enige regelmaat door naar een andere behandelaar. Dit verklaart waarschijnlijk voor een groot deel dat slechts weinig verloskundigen de V-MIS volledig doorlopen. Daarbij is het goed denkbaar dat verloskundigen reeds op basis van het rookprofiel (stap 1) en de stopmotivatie (stap 2) besluiten om de cliënt door te verwijzen, en daarmee niet de stappen doorlopen die de V-MIS strikt genomen verder nog voorschrijft. Hoewel deze verloskundigen formeel niet de volledige V-MIS doorlopen, bieden zij met een passend doorverwijsbeleid wel degelijk geëigende stoppen-met-roken begeleiding. Hoe er door verloskundigen precies wordt omgegaan met doorverwijzen (i.e. de afwegingen en keuzes die ze hierbij maken), hoe doorverwijzen binnen de V-MIS is ingebed, hoe groot de uitval is na doorverwijzen en in hoeverre men na doorverwijzing contact onderhoudt over de voortgang van de behandeling verdient dan ook nadere aandacht - bijvoorbeeld in de vorm van verder onderzoek en/of een andere aanpak ten aanzien van doorverwijzen binnen de V-MIS.

3. *Stimuleren van VSV-brede samenwerking en communiceren van afspraken*

Gegeven de grote gezondheidswinst die er te behalen valt dient het thema 'stoppen met roken' bij alle zorgprofessionals rondom zwangerschap en geboorte (en breder)

hoog op de agenda te staan, en dient men elkaar te vinden als de situatie daar om vraagt. Uit de survey blijkt dat nog niet de helft van de verloskundigen aangeeft op de hoogte te zijn van afspraken binnen hun VSV over beleid voor stoppen-met-roken advisering en begeleiding. Hoewel deze bevinding niet noodzakelijkerwijs impliceert dat VSV's zich onvoldoende inspannen voor het implementeren en uitrollen van stoppen-met-roken beleid, zouden individuele verloskundigen wel beter op de hoogte kunnen worden gebracht van dergelijk VSV-breed beleid. Daar waar VSV's nog geen beleid hebben geformuleerd, dient dit gestimuleerd te worden en zo nodig te worden onderzocht waarom dit (nog) niet het geval is en wat men nodig heeft om het te realiseren. In het bijzonder, zo blijkt uit de survey, liggen er binnen de tweede lijn nog veel kansen om zwangeren te ondersteunen bij het stoppen met roken. Een mooi initiatief in dit kader is de recente lancering van de Taskforce Rookvrije Start. Deze taskforce bestaat uit vertegenwoordigers van alle professionals die te maken hebben met rokende (aanstaande) ouders. Het gaat om kinderartsen, gynaecologen, verloskundigen, kraamverzorgenden, verslavingsartsen, huisartsen, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en stoppen-met-roken-coaches. Met elkaar willen zij bereiken dat kinderen een rookvrije start krijgen door gerichte voorlichting en persoonlijke begeleiding van aanstaande ouders en hun naasten.

4. *Instellen en helder maken van financiële vergoedingen voor verloskundige en cliënt*
Ruim een derde van de verloskundigen geeft aan dat zij stoppen met roken vaker zouden bespreken als hier een financiële compensatie tegenover stond, bijvoorbeeld in de vorm van een declarabel consult. Momenteel kost het geven van stopbegeleiding de verloskundige vaak haar eigen tijd, en het verdient dan ook de aanbeveling om te verkennen in hoeverre zij hiervoor gecompenseerd kan worden. Verder geeft ruim één op de vijf verloskundigen aan dat de mogelijke belasting van het eigen risico van de cliënt een barrière vormt om stoppen met roken met hen te bespreken. Aangezien we niet weten in hoeverre dergelijke financiële bezwaren ook werkelijk een belemmering vormen voor de cliënt zelf, verdient het de aanbeveling om dit nader te onderzoeken. Wat wel duidelijk is, is dat vooraf vaak niet helder is -noch voor de cliënt, noch voor de verloskundige- in hoeverre er bij doorverwijzing (indirecte) kosten zijn verbonden aan stopbegeleiding. Het verdient dan ook de aanbeveling dat er per zorgverzekeraars een indicatie wordt gegeven van de (minimale en maximale) kosten van stoppen-met-roken begeleiding door de huisarts, stoppen-met-roken poli en particuliere aanbieders.
5. *(Door)ontwikkelen en toegankelijk maken van hulpmiddelen en tools*
Veel voorname knelpunten rondom stoppen-met-roken begeleiding houden verband met (een gebrek aan) beschikbaarheid van voorlichtingsmateriaal. Meer concreet is er in het veld behoefte aan *gratis* beschikking over (bestaande) cliëntenfolders. Ook mist de helft van de verloskundigen eenvoudige tools of gadgets om het gesprek over stoppen met roken op gang te brengen. Te denken valt hierbij aan de ontwikkeling

van een bespaartool, voorlichtingsmateriaal voor tablet of telefoon (zoals infographics of een geluidloos filmpje) en eventueel aan een eenvoudig screeningsinstrument met een advies-op-maat. Omdat vooral de communicatie met laaggeletterden en zwangeren met een taalachterstand dikwijls als lastig wordt ervaren, verdient het de aanbeveling om dergelijke middelen ook specifiek voor hen toegankelijk te maken.

6. *Informatiebronnen ten aanzien van (stoppen met) roken beter voor het voetlicht brengen*

Een deel van de verloskundigen geeft aan niet altijd over voldoende kennis te beschikken om stoppen met roken te bespreken. Ook lijken verloskundigen niet altijd goed te weten waar ze betrouwbare en up-to-date informatie kunnen vinden over (stoppen met) roken tijdens de zwangerschap. Zo blijkt uit de survey dat zij beter bekend zijn met voormalig Stivoro dan met het Trimbos-instituut of met de (professionals)website Rokeninfo.nl, en de sociale kaart Stoppen met Roken is slechts bij 3% bekend. Mogelijk verklaart dit (ten dele) de heersende onbekendheid of onduidelijkheid over zaken als nicotinevervangende middelen en alternatieve methoden. Om verloskundigen en andere verloskundig zorgverleners beter van betrouwbare en actuele informatie te voorzien, dienen bestaande informatiebronnen en -kanalen zoals Rokeninfo.nl, de sociale kaart Stoppen met Roken, Ikstopnu.nl en het Trimbos-instituut herhaaldelijk bij deze zorgprofessionals voor het voetlicht te worden gebracht.

7. *Nadere verkenning: de rol van partners en bredere sociale omgeving bij stoppen met roken en terugval onder (zwangere) vrouwen*

De partner en bredere sociale omgeving van een rokende vrouw is om verschillende redenen belangrijk. Hoewel de meeste verloskundigen uit de survey inderdaad aandacht besteden aan het rookprofiel van de partner, doet een deel (19%) dit niet – hier valt dus nog winst te behalen. Ook is onduidelijk in hoeverre de partner en sociale omgeving in de praktijk wordt betrokken in het stopproces en het rookvrij blijven van de zwangere, of zelf wordt gestimuleerd (en ondersteund) om te stoppen met roken. Het verdient dan ook de aanbeveling om te onderzoeken waarom het rookprofiel van partners nog niet altijd wordt uitgevraagd en hoe partners, familie en vrienden (meer) kunnen worden betrokken in het proces van (samen) stoppen met roken.

8. *Nadere verkenning: ontwikkelen en verspreiden van scripts en gespreksprotocollen*

Verloskundigen hebben in de spreekkamer vaak te maken met misverstanden of onduidelijkheden omtrent roken en zwangerschap, bijvoorbeeld ten aanzien van stress, minderen en geboortegewicht. Deze onjuiste overtuigingen kunnen hardnekkig zijn en bovendien ondermijnend werken op de motivatie om te stoppen met roken. Het is belangrijk dat de verloskundige argumenten kent om deze veelvoorkomende overtuigingen te weerleggen en daarbij een toon kan hanteren die geen uitgebreide

discussies met de cliënt uitlokt. Het ontwikkelen en goed toegankelijk maken van 'scripts' (gespreksprotocollen), bijvoorbeeld via een e-learning, kan verloskundigen helpen om op een constructieve manier het gesprek over een gevoelig onderwerp als roken aan te gaan.

9. *Nadere verkenning: stoppen-met-roken begeleiding aan zwangeren binnen de huisartsenpraktijk*

Verloskundigen verwijzen cliënten frequent door naar de huisartspraktijk. In hoeverre huisartsen en praktijkondersteuners daadwerkelijk een rol spelen in de stoppen-met-roken begeleiding van (aanstaande) zwangeren en in hoeverre zij zich hiertoe voldoende voelen toegerust is echter niet bekend. Evenmin is bekend in hoeverre zwangeren, na een doorverwijzing naar de huisarts, zich hier ook daadwerkelijk melden voor stopbegeleiding en in hoeverre huisarts en verloskundige contact onderhouden over de voortgang van de behandeling. Omdat medewerkers van de huisartsenpraktijk, naast verloskundigen, een belangrijke rol (kunnen) spelen in de stopbegeleiding aan zwangere vrouwen, verdient het de aanbeveling om bovengenoemde punten nader te onderzoeken. Hierbij zou tevens (exploratief) kunnen worden onderzocht of de huisarts een rol zou kunnen spelen bij preconceptioneel stoppen met roken: hij of zij zou dit bijvoorbeeld (standaard) ter sprake kunnen brengen bij het verwijderen van een spiraaltje of wanneer een kinderwens anderszins ter sprake komt.

Referenties

- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, p. 179-211.
- Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. (2010). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 6 (10): CD001008. doi: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
- Benjamin-Garner R, Stotts A. (2013). Impact of Smoking Exposure Change on Infant Birth Weight Among a Cohort of Women in a Prenatal Smoking Cessation Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(3): 685-692.
- CBO (2009). Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, herziening 2009. Utrecht: Centraal BegeleidingsOrgaan.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Beroepsbevolking; kerncijfers provincie 1987-2014 (13 februari 2015). *Geraadpleegd via www.statline.cbs.nl op 15 juni 2016*.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Geboorte; Kerncijfers (7 januari 2016). *Geraadpleegd via www.statline.cbs.nl op 15 juni 2016*.
- Croes E & de Josselin de Jong S. (2014). Roken en zwangerschap: Overzicht van de stand van zaken uit de literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Denktas S, Poeran J, van Voorst SF, Vos AA, de Jong-Potter LC, Waelput AJM, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EAP. (2014). Design and outline of the Healthy Pregnancy 4 All study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 253.
- Deuning CM (2014). Kinderen in achterstandswijken per gemeente 2012. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Thema's\Jeugd\Jeugd: beïnvloedende factoren, 2 juni 2014. *Geraadpleegd via www.zorgatlas.nl/thema-s/jeugd/jeugd-beinvloedende-factoren/kinderen-in-achterstandswijken-per-gemeente/ op 15 augustus 2016*.
- Dutch Hospital Data (DHD; 2016). Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2014. Utrecht: DHD.
- Feenstra T, van Baal P, Hoogenveen R, Vijgen S, Stolk E, Bemelmans W. (2005). Cost effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in The Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM-report no. 260601003. Bilthoven: RIVM.
- Graham, H., Flemming, K., Fox, D., Heirs, M. & Sowden, A. (2014). Cutting down: insights from qualitative studies of smoking in pregnancy. *Health and Social Care in the Community*, 22(3): 259-267.
- Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. Wiley Online Library: The Cochrane Collaboration.

- van Hassel DTP, Kasteleijn A, Kenens RJ. (2016). Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2015. Utrecht: NIVEL.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2012). Staat van de Gezondheidszorg 2012: Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. Utrecht: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014a). Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen. Utrecht: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014b). Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut: Samenvattend eindrapport van het inspectieonderzoek naar de invoering van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Utrecht: IGZ.
- Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EA, Witteman JC. (2008). Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22(2): 162–171.
- Lanting CI, Segaar D, Crone MR, van Wouwe JP. (2007). Licht dalende prevalentie van roken rondom de zwangerschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151: 2566-9.
- Lanting CI, Buitendijk SE, Crone MR, Segaar D, Bennebroek Gravenhorst J, van Wouwe JP. (2009). Clustering of socioeconomic, behavioural, and neonatal risk factors for infant health in pregnant smokers. *PLoS One*, 18; 4(12): e8363. doi: 10.1371/journal.pone.0008363.
- Lanting CI, van Wouwe JP, van Dommelen P, van der Pal-de Bruin KM, de Josselin de Jong S, Kleinjan M, van Laar M. (2015). Roken tijdens de zwangerschap. Percentages over de periode 2001-2015. Leiden: TNO & Trimbos-instituut.
- Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Nagelhout GE, WillemsenMC, van den Putte B, de Vries H, Willems RA, Segaar D. (2015). Effectiveness of a national reimbursement policy and accompanying media attention on use of cessation treatment and on smoking cessation: A real-world study in the Netherlands. *Tobacco Control*, 24: 455-461. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051430.
- McNeill A. (2006). ABC of smoking cessation: Harm reduction. *BMJ*, 328: 885-887. doi:10.1136/bmj.328.7444.885.
- Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Crone M, Crijnen A, HiraSing RA. (2014). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery*, 30: 688–695.
- Oken E, Levitan EB, Gillman MW. (2008). Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32(2): 201–210. doi: 10.1038/sj.ijo.0803760.

- Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Reulings PGJ, Wentzel HR, Erasmus V, Robben PBM, Mackenbach JP. (2014). Does Government Supervision Improve Stop-Smoking Counseling in Midwifery Practices? *Nicotine & Tobacco Research*, 17: 572–579. doi: 10.1093/ntr/ntu190.
- Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Robben PBM & Mackenbach JP. (2015). Provision and effect of quit-smoking counselling by primary care midwives. *Midwifery*, 31(10): 986-92. doi: 10.1016/j.midw.2015.05.010.
- Rijnders MEB, Detmar SB, Herschderfer KC. (2016). Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015. Leiden: TNO.
- Royal College of Physicians. Passive smoking and children. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, RCP, 2010.
- Schneider S, Huy C, Schütz J, Diehl K. (2010). Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review. *Drug Alcohol Rev*, 29 (1): 81-90. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00098.x.
- Springvloet L, Hopman P, Kleinjan M, de Josselin de Jong S, van Laar M (2016a). Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen: een literatuuroverzicht. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Springvloet L, Hopman P, Kleinjan M, de Josselin de Jong S, & van Laar M (2016b). Factsheet: Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009). Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte.
- Trimbos-instituut (2014). De V-MIS: Zwangere vrouwen begeleiden bij het stoppen met roken: Handleiding voor verloskundigen en gynaecologen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut i.s.m. Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (2014). Brochure 'Wat je moet weten over alcohol en roken vóór, tijdens en na de zwangerschap'. Utrecht: Trimbos-instituut. *Te downloaden via de webwinkel* (<https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=PFG79053>)
- Trimbos-instituut (2015a). Brochure 'Rookvrij zwanger? Dat bevalt beter!' Utrecht: Trimbos-instituut. *Te downloaden via de webwinkel* (<https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=SR0056>).
- Trimbos-instituut (2015b). Infographic 'Rookvrij blijven ook na de zwangerschap' Utrecht: Trimbos-instituut. *Te downloaden via Rokeninfo.nl* (<https://assets.rokeninfo.nl/docs/5a2aa002-f522-42f9-b8ba-a34cd02abdd1.pdf>).
- Trimbos-instituut i.s.m. WODC (2015). Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2015. Trimbos-instituut/WODC, Utrecht, Den Haag.
- Trimbos-instituut (2016). Wachtkamervideo 'Rookvrij Zwanger'. *Via Rokeninfo.nl* (<https://www.rokeninfo.nl/professionals/rookvrij-opgroeien/wachtkamervideo-roken-zwangerschap>) of *vimeo.com* (<https://vimeo.com/user23569237/review/172692758/4ad13cf79d>)

- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, VS: U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014). The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Vemer P, Rutten-van Molken MP, Kaper J, Hoogenveen RT, van Schayck CP, Feenstra TL. (2010). If you try to stop smoking, should we pay for it? The cost-utility of reimbursing smoking cessation support in the Netherlands. *Addiction*, 105(6): 1088-97. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02901.x.
- de Vries H, Bakker M, Mullen PD, van Breukelen G. (2006). The effects of smoking cessation counselling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2): 177-187.
- Waelput AJM & Achterberg PW. (2007). Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek. RIVM-rapport, Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
- ter Weijde W, Croes E, Verdurmen S, Monshouwer K. (2015) Factsheet Meeroken. Utrecht: Trimbos-instituut.
- White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF & Campbell J. (2014). Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 19 (1): CD000009. doi: 10.1002/14651858.CD000009.pub3.
- World Health Organization (2010). Gender, women, and the tobacco epidemic. (http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html). www.cordaidmemisa.nl. Geraadpleegd: januari 2016.
- www.limesurvey.org. Geraadpleegd op: 6 oktober 2015.
- www.rokeninfo.nl/professionals/rookvrij-opgroeien/prenatale-zorg-v-mis. Geraadpleegd: december 2015.
- www.youtube.com/playlist?list=PL3QuHQOOfCfKaHAaFAekcfnWE4mditgaA Geraadpleegd: juni 2016.
- ZonMw (2014). Zwangerschap en geboorte: Een impressie van het kennisnetwerk geboortezorg en onderzoeksprojecten.

Bijlage 1 Vragenlijst websurvey

De integrale vragenlijst kan worden opgehaald via deze link:

<http://trimbos-assets.e-vision.nl/docs/ff83fddc-1899-4bad-a2ce-96dc8f00ccd9.pdf>

Bijlage 2 Open antwoorden* bij 'Doorverwijzen'

Accupuncturist
Acupuncturist
acupuncturist of zelfhulptraject via internet
acupuncturist; boek Alan Carr
acupunctuur, Stivoro
begeleiding via internet
cursus
cursus stoppen met roken
ex-stivoro, acupunctuur
folder Stivoro
geen persoon.
groepsconsulten of individuele begeleiding via GGD Fryslan
internet: nustoppenmetroken.nl
leefstijlconsulente
online
online hulp
Online ondersteuning
rookpoli
rookvrijzoekij
sinefuma
smokefree,
soft laser
Stivoro e.d.
Stoppen met roken coach / groepstrainingen
stoppen met roken consulent
stoppen met roken poli
Stoppen met roken programma
tactus
telefonische begeleiding
telefonische coach
via internet
VNN consult op praktijk
voornamelijk zelfhulp en dat wij er frequent op terug komen
Website en folder over roken in zwangerschap incl adressen waar hulp te krijgen is bij het stoppen met roken
websites op internet en doe zelf V-mis
websites zoals medipro en nustoppenmetroken

* Open antwoorden (N=36) op de vraag 'Naar wie verwijst u uw rokende cliënten voor stoppen met-roken begeleiding?'. Deze vraag werd alleen voorgelegd aan respondenten die aangaven hun cliënten wel eens door te verwijzen voor stoppen-met-roken begeleiding. Voorgedefinieerde antwoorden bij deze vraag waren: 'Naar een collega binnen mijn praktijk', 'Naar iemand binnen het verloskundig samenwerkingsverband', 'Naar de huisarts of praktijkondersteuner', 'Naar de tweede lijn (ziekenhuis)' en 'Naar een speciaal groepsconsult voor zwangeren (bijvoorbeeld binnen de praktijk of het VSV)'.

Bijlage 3 Open antwoorden* bij 'Geraadpleegde bronnen en materialen ter ondersteuning'

Boek Alan Carr
Boek over stoppen met roken
Bronnen die ik heb geraadpleegd was voor onze praktijk website
Eigen brochure over roken en zwangerschap
eigen folder gemaakt
er bestaat ook via-syl-via Geven goede folders uit : samen stoppen
geen
geen
geen van allen, geen rokende dames ingeschreven
GGD Fryslan Pak Je kans
Google--> praktijken/coaches die stoppen-met-roken ondersteuning aanbieden, hier in de regio
Ik heb de overige bronnen niet zelf geraadpleegd
Ik heb toevallig afgelopen maand geen intake gedaan bij een rokende zwangere. Wij geven wel standaard de brochure mee
Nieuw vsv protocol in onze regio
nustoppenmetroken
nustoppenmetroken.nl
Samen rookvrij
tactus
trimbos instituut
www.rokendebaas.nl www.destopsite.nl VNN coach
www.rookvrijjookjij.nl

* Open antwoorden (N=21) bij de stelling 'Ik heb andere bronnen geraadpleegd dan hierboven werden genoemd, namelijk ...'. Voorgedefinieerde bronnen en bijbehorende frequenties (afgelopen maand geraadpleegd) staan vermeld in Tabel 4.2.

Bijlage 4 Open antwoorden* bij 'Ervaren knelpunten bij het gebruik van de V-MIS'

Omdat het risico op zeuren toe neemt als je herhaaldelijk spreekt over roken, maar dat de kracht van herhaling cruciaal is.

Alles is al wel in bovenstaande gezegd maar er zijn een 2 tal mensen die roken. Diegene die absoluut niet willen stoppen en diegene die wel willen maar niet weten hoe. de eerste groep is zeer moeilijk te bereiken, sterker nog die vinden het krijgen van een klein (te klein kind) een voordeel wat je ze ook vertelt. bovendien wijzen zij met een vinger naar ouders en grootouders die ook gezonde kinderen hebben gekregen. de tweede groep staan ook open voor hulp maar ik weet niet wat ik mis of niet mis dus vind dat moeilijk te beoordelen.

Als iemand aangeeft de zwangerschap geen reden te vinden om te stoppen met roken ondanks de voorlichting voel ik mij gefrustreerd en weet ik niet goed hoe we er samen verder mee komen of een volgende stap kunnen maken.

Bespreek het meestal uitvoerig met doordringende voorbeelden bij de intake, geef een folder mee. Vraag cliënten of ze het goed vinden dat we erop terug komen. Als dat niet zo is, heb ik dat ook te respecteren en dat is lastig.

Bij de intake moet er al zoveel (steeds meer) info gegeven worden. Ik zou er voor zijn om aparte consulten of in ieder geval meer tijd te krijgen om erover te praten. Sommige mensen/ cliënten staan gelijk op hun achterste benen als het roken besproken wordt en ik vind dat je daar meer tijd voor nodig hebt en ook dat daar een fatsoenlijke vergoeding tegenover moet staan. Vaak zie je dat mensen die roken niet echt gemotiveerd zijn om te stoppen en als er een kostenplaatje aan zit al helemaal niet. Omdat roken in de zwangerschap zo slecht is vind ik dat er meer in geïnvesteerd moet worden.

Cliënten komen met het excuus dat het ze meer stress oplevert als ze stoppen en dat is ook niet goed voor het kindje. Of ze maken een zwarte tijd door op dit moment, waardoor ze moeten blijven roken van zichzelf om de situatie aan te kunnen.

Cliënten zijn soms ontevreden als zij worden aangesproken over het roken

Er is zo vreselijk weinig kans van slagen.....je stopt er veel tijd in maar de mensen die nog roken op dat moment, stoppen doorgaans ook echt niet.

Graag zou ik met ons hele team, inclusief de gynaecologen de V-mis cursus begeleiden bij het stoppen met roken willen volgen op locatie.

Het blijft een eigen keuze. Om iedere keer hierop terug te komen maakt het over het algemeen niet gezelliger in de spreekkamer en ik ervaar dat wel als barrière.

Het is met name een tijdgebrek.

Hier op terug komen in volgend consult is soms lastig, sommige cliënten hebben totaal geen motivatie om te stoppen en raken geïrriteerd als er herhaaldelijk op terug gekomen wordt.

Ik heb vaak het idee dat de keus voor wel/niet stoppen al genomen is voordat men de info ontvangt. Het is vaak ook het milieu waar iemand uit komt of in zit.

Ik vind dat ik onvoldoende ben uitgerust een adequate begeleiding te geven om mensen te laten stoppen met roken. Gespreksvoering is geen probleem maar het mensen af te laten komen van een verslaving is veel moeilijker dan nu geschetst wordt in de VMIS. Er iedere controle even op terugkomen is niet effectief genoeg bij de zwangeren die echt verslaafd zijn. Ik vind dat erg jammer.

Ik vind het bespreken niet moeilijk, maar het resultaat erg onbevredigend. Ik volg de V-MIS. Maar de ongemotiveerde dames blijven over, degenen die wel gemotiveerd zijn, stoppen voor de zwangerschap of in eerste trimester en kunnen dat zonder mijn hulp.
Ik vind het de eerste keer zeker niet lastig, maar wanneer cliënten aangeven niet te willen stoppen en ik kom er de volgende consulten steeds op terug dan vind ik dat wel lastig worden! Cliënten vinden het vervelend en vinden jou als verloskundige vervelend dat je er steeds weer over begint. Dan vind ik het wel lastig! Wanneer zwangeren goed te motiveren zijn vind ik het alleen maar leuk om hen verder te kunnen helpen.
Ik vind het niet lastig om te bespreken, maar vind het lastig dat sommige vrouwen niet te motiveren zijn, of het mij in ieder geval niet lukt.
Ik zie voornamelijk barenden. Zwangeren en eventueel partners zie ik maar kort voor een spoedconsult. Dit maakt dat ik stoppen met roken eigenlijk nooit bespreek.
Mensen zich snel veroordeeld voelen. Het is natuurlijk onbewust aanwezig. Het is moeilijk te begrijpen voor iemand die niet rookt dat mensen moeite hebben met stoppen. En alleen al door wie je bent en hoe je overkomt ben je soms een wandelend oordeel.
Om met rokende mensen een goed coaching gesprek aan te gaan ontbreekt vaak de tijd, want we moeten al zoveel bespreken, etc. als er een financiële module zou komen, kunnen we mensen een extra afspraak geven, tijd in ruimen.
Omdat de meeste rokende zwangeren niet gemotiveerd zijn om te stoppen en ik ze toch wil proberen te motiveren. De kans is dan groot dat ze geïrriteerd raken en evt zelfs overstappen naar buurtpraktijk. Daarnaast vind ik mezelf een verloskundige en is stoppen met roken begeleiding een geheel andere tak van sport die ik niet goed beheers. De vraag is ook: moet ik die beheersen? Daar zijn mi andere begeleiders voor.
Omdat deze mensen verslaafd zijn en denken dat zij niets fout doen, je ze moeilijk kunt overtuigen waarom roken slecht is. Het lijkt vaak of ze niet luisteren. En wat ik lastig vind is of mensen wel eerlijk zijn over het aantal sigaretten wat ze roken.
Omdat er al overal zoveel aandacht aan wordt besteed en mensen zich toch snel aangevallen voelen.
Omdat er weinig tijd is.
Sommige vrouwen willen echt niet stoppen, omgeving rookt, vorige zwangerschap gerookt en een gezond kind, moeder heeft in al haar zwangerschappen gerookt. Deze vrouwen vinden het maar gezeur, dan vind ik het lastig om zo'n gesprek op een positieve manier door te zetten.
Veel cliënten binnen onze praktijk zijn niet gemotiveerd om te stoppen en worden ook vanuit de familie en vriendenkring niet gestimuleerd om te stoppen met roken. Puur alleen informatie of toestemming vragen/geven leidt vaak niet tot de motivatie bij de cliënt om er ook wat mee te doen. Hebben ook vaak geen zin om een stoppen met roken programma te gaan volgen die wij aanbieden helaas.
Voornaamste wat lastig is om er ieder consult (of tenminste regelmatig op terug te komen) omdat ik wil voorkomen dat cliënt idee heeft dat dit het voornaamste is waar ze voor komt en tegen de consulten op gaat zien.

* Open antwoorden (N=27) bij de stelling 'Ik vind het om een andere reden lastig om over stoppen-met-roken te spreken, namelijk ...'. Voorgedefinieerde knelpunten en bijbehorende frequenties staan vermeld in Tabel 5.1.

Bijlage 5 Open antwoorden* bij 'Overige opmerkingen'

Ik denk dat er idd meer geïnvesteerd mag worden in stoppen met roken voor de zwangeren en haar partners.

Rookstoppoli is per 01-01-16 in ons ziekenhuis gestopt.

V-mis is een mooi hulpmiddel. Al met al kost de begeleiding veel tijd. Het ontbreken en vervelende is, dat dit op geen enkele manier vergoed wordt, ook aan de folders zijn kosten verbonden die allemaal voor rekening komen van de praktijk. Dit is een negatieve stimulans om hier mee aan de slag te zijn.

Het is moeilijk om mensen die echt willen blijven roken te motiveren om te stoppen. Vaak is het ja zeggen en als je bij de volgende controle erop terug komt is er weer niets van terecht gekomen. Voor ons demotiverend.

Het lastigste in het hele verhaal is vlg mij de communicatie. laag geletterdheid speelt een rol en dit zijn zaken waar we in de verloskunde iig in mijn geval nog weinig mee doen. Ik voel me met name ten aanzien van dit soort items steeds vaker onbekwaam.1 dagdeel Vmis training volstaat dan niet er zou mi een herhaling moeten komen en misschien wel meerdere keren.

Ik probeer al bijna een jaar de training te gaan volgen bij het trimbosinstituut, maar dat is nog niet zo gemakkelijk. Er zijn weinig trainingsmomenten.

Eerste deel niet volledig ingevuld omdat ik per ongeluk doorklikte naar de vlg pagina en niet meer terug kon.

Een aantal vragen heb ik niet beantwoord en NVT kon ik niet invullen. Ging over de stopdatum. Dat heb ik in de praktijk nl nog niet meegemaakt . Een stopdatum tijdens de V-mis bespreking.

In de kliniek is er weinig tijd om het roken naast alle andere info uitgebreid te bespreken (10 minuten per cliënt 20 minuten voor de intake) vanuit ons ziekenhuis speelt tijd is geld een belangrijke rol.

Ik zou graag een motiverende gespreksvoering cursus willen doen teneinde de effectiviteit van het stoppen met roken een betere slagingskans te geven. ook zou het helpen als wij er een tarief voor zouden krijgen opdat wij daar een apart consult voor zouden kunnen organiseren.

Ik heb een training gevolgd: Omgaan met risicovol gedrag van zwangeren (Diana Koster) deze vond ik heel waardevol. Je komt meer bij de kern zonder dat je jouw betoog gaat houden tegen een muur van weerstand. Ik vind al die folders/briefjes/V-Mis vooral een soort houvast van de hulpverlener maar de cliënt is daar niet mee geholpen. Met de cliënt moet je in gesprek; wil je info over stoppen met roken? Wat vind je van roken tijdens de zwangerschap? Wat vind je baby van roken tijdens de zwangerschap? Etc etc Ben een beetje moet van heel veel info afvuren op mensen, zonder dat het ontvangen wordt. Eerst peilen; wil diegene wel info... Anders laat ik namelijk ook die verantwoordelijk graag bij haar zelf liggen.

Het bespreken van rookgedrag is niet lastig, maar als mensen niet gemotiveerd zijn om te stoppen komen we er niet iedere controle op terug. Vragen wel of ze ons willen vertellen als het toch lukt om te minderen of toch ondersteuning alsnog wensen. We willen niet dan ze met tegenzin voor controle komen omdat we weer zeuren over het roken. We proberen wel die goede vertrouwensband op te bouwen.

Ik vind het vreemd dat persoonlijke begeleiding via de huisarts gratis is bij stoppen met roken maar dat via Medipro er wel kosten aan verbonden zijn.

Eerder verwees ik de zwangere dames die rookten naar de stoppen met roken poli van het ziekenhuis, totdat deze niet meer voor de zwangere dames werd vergoed. Ik heb hier het nut nooit van begrepen, dat als er iets is met de expertise om deze mensen goed te helpen om het dan niet te gebruiken, in plaats daarvan moeten wij het met een V-mis cursus doen en de begeleiding in de 10 minuten proppen die er staat voor een zwangere mw. waarin alle andere dingen waarvoor de zwangere komt ook besproken moet worden. Lang leve de bezuinigingen!!!

De cursus heb ik een poos geleden gevolgd en ik vind dat er vervolg en of evaluatie moet plaats vinden.

Zorgeenheden en inschrijvingen is duidelijk niet hetzelfde, deze vraag stond er dubbel in als het gaat over zorgeenheden.

Heel veel verschillende aanpakken kunnen werken, wij zien bijvoorbeeld door centering pregnancy dat vrouwen elkaar motiveren. verder is het vooral belangrijk aan te sluiten bij wat de zwangere wil/overziet/aanspreekt.

Zou niet weten of ik de V-mis gehad heb maar werk er wel mee.mn als iemand echt wil stoppen dan hap ik gelijk toe door haar te motiveren gelijk na het gesprek te stoppen en als ik er dan de volgende keer op terug kom dan complimenteer ik haar als het gelukt is en motiveer ik opnieuw als het nog niet gelukt is maar wil wel weten waarom het niet gelukt is.

Tijdelijk gewerkt met invoeren Vmis orfeus, omdat resultaat niet zichtbaar is op de kaart die bij verwijzing meegaat naar de 2e lijn, hebben we gekozen notities te maken in het dossier. Helaas worden cijfers voor landelijke registratie wel hieruit gehaald. Na contact met tieto (toen) bleek dat zeer weinig verloskundigen registeren, daarom hebben we besloten niet roomser te zijn dan de paus. Er zijn diverse mogelijkheden w.b. begeleiding via ZH in de buurt, helaas gaat dit van eigen risico af, er wordt dan ook helemaal geen gebruik van gemaakt. We hebben 1 x per week VNN spreekuur, bij deze coach wordt minderen besproken. Ik ben zelf meer voor de radicale stop. Ik geef hier uitgebreid uitleg over volgens VMIS. Dames die zelf vragen of hulpmiddelen mogen worden gebruikt help zoveel mogelijk, maar begin er niet zelf over (onvoldoende kennis). Sinds Vmis geen probleem meer om roken te bespreken. Ik leg uit dat de overheid van mij vraagt om dit onderwerp te bespreken, dat ik weet hoe moeilijk het is om te stoppen en dat er nieuwe inzichten zijn.....

Wij bieden alle zwangeren die roken een extra v-mis consult van 45-60 min aan buiten de gewone spreekuren. Als wij dat meteen inplannen komt 90% niet opdagen. Omdat we dat zonde vinden van onze tijd, laten wij de mensen zelf bellen voor een afspraak, want dan komen ze over het algemeen wel.

De V-Mis hebben wij in onze praktijk een tijd lang gebruikt. Het kost erg veel tijd tijdens de consulten en het resultaat was nihil. Daarom hebben wij na ongeveer 1,5 jaar gesloten de lijst niet meer in te vullen. We bespreken wel stoppen met roken maar niet meer via die vaste methode.

Toepassen vmis kost veel tijd, bij intake zou er eigenlijk tijd extra voor ingepland moeten worden.

Merendeel van de zwangere al gestopt voor intake blijf het dan vervolgen. Sommige zijn geminderd daar kom ik elke controle op terug Enkele lachen en zeggen ik snap dat jij het moet vragen maar doen niets om roken te verminderen die zijn het moeilijks hierin zou ik meer training willen.

Praktijk pas 6 maanden geleden gestart, daardoor nog weinig zorgeenheden en nog niet veel zicht op diversiteit van cliënten. hierdoor ook sociale kaart nog niet volledig in beeld.

Ik vind dat er onvoldoende tijd vrijgemaakt kan worden om uitgebreid genoeg het stoppen met roken te bespreken. Extra tips bij niet motiverende rokers zijn welkom Folders zijn goed om te geven, maar worden toch vaak niet gelezen.

** Open antwoorden (N=25) op de slotvraag 'Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van de vragen? Zaten er bijvoorbeeld onduidelijke vragen bij? Of heeft u een onderwerp gemist?'*

