



Terugval in rookgedrag na de zwangerschap

Inleiding

Veel vrouwen stoppen voor of tijdens de zwangerschap met roken om de gezondheid van hun kind te beschermen. Bijna de helft van de vrouwen die stoppen tijdens de zwangerschap, valt echter na de zwangerschap terug. Dit roept veel vragen op. Welke vrouwen hebben een groter risico om weer te gaan roken na de zwangerschap? En welke risico's heeft blootstelling aan tabaksrook voor jonge kinderen? Deze factsheet beantwoordt deze en andere vragen.

Kernpunten

- Driekwart van de vrouwen die roken in de vier weken voor de zwangerschap, stopt tijdens de zwangerschap. Bijna de helft van hen valt terug na de zwangerschap. Bijna vier van de tien vrouwen die terugvallen na de zwangerschap, valt zelfs binnen 4 weken na de bevalling terug. Groepen die relatief vaak terugvallen zijn vrouwen die weinig vertrouwen hebben in het slagen van hun stoppoging en vrouwen die geen borstvoeding geven.
- Partners kunnen zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op terugval van de vrouw, afhankelijk van o.a. hun steun voor de stoppoging en hun eigen rookgedrag. Gemiddeld gezien vallen vrouwen met partners die roken vaker terug.
- Als ouders roken in de eerste jaren na de zwangerschap worden jonge kinderen blootgesteld aan stoffen uit tabaksrook. Dit kan wiegendood, aandoeningen aan oren en lagere luchtwegen, en een verminderde longfunctie veroorzaken.
- Roken heeft invloed op borstvoeding: vrouwen die roken beginnen minder vaak en stoppen eerder met het geven van borstvoeding. Ook verandert roken de samenstelling van moedermelk.
- Er is nog weinig onderzoek gedaan naar interventies om terugval te voorkomen. Interventies die effectief gebleken zijn, richten zich op het vergroten van kennis, motivatie en zelfvertrouwen van gestopte vrouwen na de zwangerschap.

Methodologische verantwoording

Deze factsheet vat feiten samen over de mogelijke aanleidingen en gevolgen van terugval in rookgedrag na de zwangerschap, en hoe dit mogelijk voorkomen kan worden. Bij het maken van deze factsheet is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van overzichtsstudies waarin resultaten uit wetenschappelijke literatuur op systematische wijze zijn samengevat of samengevoegd en waarin de bewijskracht van de resultaten is afgewogen. Voor voorbeelden, bijvoorbeeld over de Nederlandse situatie, is er gebruik gemaakt van losse onderzoeken.

Wanneer spreken we van terugval in rookgedrag na de zwangerschap?

We spreken van terugval in rookgedrag na de zwangerschap als een vrouw na haar zwangerschap rookt, terwijl zij vóór of tijdens de zwangerschap was gestopt met roken en dit had volgehouden tot het einde van haar zwangerschap. We richten ons hier globaal op de periode van 2 jaar na de geboorte. Dit is ook de periode waar de cijfers van Monitor Middelengebruik & Zwangerschap op zijn gebaseerd, zie hieronder. Onderzoeken die zich buigen over terugval na de zwangerschap, zoals onderzoeken naar de effectiviteit van interventies¹, houden vaak een periode van maximaal anderhalf jaar na de zwangerschap aan.

Monitor Middelengebruik & Zwangerschap

Voor de cijfers van de eerste twee hoofdstukken van deze factsheet maken we gebruik van de gegevens van de Monitor Middelengebruik & Zwangerschap (MMZ) van het Trimbos-instituut². Voor dit onderzoek zijn vrouwen met kinderen tot 2 jaar bij het consultatiebureau gevraagd om een vragenlijst in te vullen over onder andere hun eigen rookgedrag voor, tijdens en na hun zwangerschap en dat van hun partner. Terugval is in dit onderzoek gemeten met de vraag "hebt u in de afgelopen 4 weken gerookt?", gegeven dat zij voor of tijdens de zwangerschap zijn gestopt met roken. De resultaten zijn zo gewogen dat deze representatief zijn voor Nederlandse vrouwen met kinderen tot 2 jaar. Er kan sprake zijn van onderrapportage omdat dit onderzoek gebruik maakt van zelfrapportage en vrouwen het mogelijk niet sociaal wenselijk vinden om aan te geven dat zij roken rondom de zwangerschap. Wel is vermeld dat het onderzoek anoniem was en los stond van de zorg die zij ontvingen bij het consultatiebureau.

De cijfers uit de factsheet van MMZ uit 2018² zijn hier aangevuld met specifieke cijfers over terugval.³ Cijfers over de kans op o.a. stoppen en terugval zijn gebaseerd op ongecorrigeerde resultaten uit een wetenschappelijke publicatie⁴ die gebruik maakt van de gegevens van de MMZ uit 2016.



1 Hoe vaak en bij wie komt terugval in rookgedrag na de zwangerschap voor?

- Uit de Monitor Middelengebruik & Zwangerschap² blijkt dat 15% van alle Nederlandse vrouwen rookt in de vier weken voor de zwangerschap. 73% van hen stopt tijdens de zwangerschap en blijft ook gestopt tot en met het einde van de zwangerschap.² Vervolgens valt 43% van deze succesvolle stoppers na de zwangerschap terug in roken.²
- Naast de vrouwen die succesvol stoppen tijdens de zwangerschap, geeft 7% van alle vrouwen aan dat zij al meer dan 4 weken vóór de zwangerschap stopten met roken vanwege een zwangerschapswens.² Van hen valt 20% terug na de zwangerschap.³
- Van alle vrouwen (dus vrouwen die tijdens óf vóór de zwangerschap gestopt zijn) die terugvallen na de zwangerschap, valt 36% binnen 4 weken na de bevalling terug.³ 86% van hen valt binnen 6 maanden na de bevalling terug in rookgedrag.³
- In totaal rookt 11% van alle vrouwen na de zwangerschap.² Slechts 36% van hen was tijdens de zwangerschap niet (succesvol) gestopt, zie **Figuur 1**.



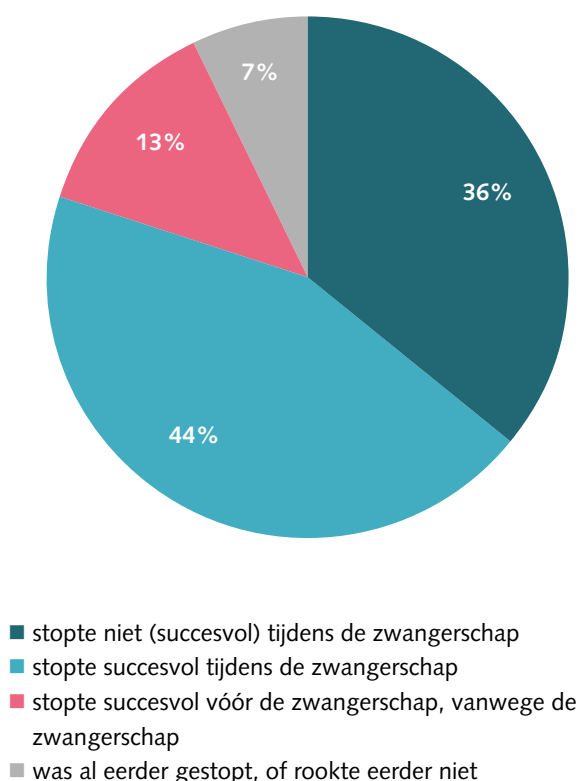
Wie loopt er meer risico op terugval?

Niet alle vrouwen lopen evenveel risico om terug te vallen in roken na de zwangerschap. Uit internationaal onderzoek komen de volgende risicofactoren¹ naar voren⁵:

- Vrouwen die zich voornemen alleen tijdens de zwangerschap te stoppen, of vrouwen die weinig vertrouwen hebben in het slagen van hun stoppoging, vallen vaker terug in roken na de zwangerschap.
- Vrouwen met partners of andere huisgenoten die roken lopen ten minste 3 keer meer risico op terugval na de zwangerschap (zie ook **hoofdstuk 2**).
- Terugval in rookgedrag hangt samen met het geven van borstvoeding. Vrouwen die korter of geen borstvoeding geven, vallen vaker terug in roken (zie ook **hoofdstuk 3**).
- Jongere vrouwen, vrouwen met meerdere kinderen en vrouwen met een lager opleidingsniveau vallen vaker terug.
- Vrouwen met angst-, depressie- en stressklachten vallen vaker terug.

Risicofactoren voor terugval zijn ook onderzocht met de cijfers uit de Monitor Middelengebruik & Zwangerschap uit 2016.⁴ De leeftijd van Nederlandse vrouwen hangt ook samen met de kans op terugval: vergeleken met vrouwen ouder dan 35 vallen vrouwen tussen 18 en 24 minder vaak, en vrouwen tussen de 25 en 29 juist vaker terug na de zwangerschap. Verder lijkt het opleidingsniveau van de moeder ook samen te hangen met de kans op terugval, maar dit is niet statistisch significant. Mogelijk is het aantal moeders dat terugvalt te klein om dit effect met zekerheid vast te kunnen stellen. Wel speelt de partner ook voor Nederlandse vrouwen een grote rol in terugval. In het volgende hoofdstuk volgt hier meer informatie over.

Figuur 1: Rook- en stoppatronen tijdens de zwangerschap van vrouwen die roken na de zwangerschap



Bron: Aanvullende cijfers uit de Monitor Middelengebruik & Zwangerschap 2018

¹ Deze risicofactoren worden bepaald door op grote schaal te kijken naar verschillen in eigenschappen tussen vrouwen die wel of niet teruggevallen zijn. Wat vrouwen zelf als belemmeringen ervaren, wordt besproken in hoofdstuk 4.

2 Wat is de rol van partners in terugval in rookgedrag na de zwangerschap?

Uit onderzoek blijkt dat partners^{II} een grote rol spelen in (terugval in) rookgedrag, ook rondom de zwangerschap. In dit hoofdstuk verkennen we in hoeverre partners terugval na de zwangerschap beïnvloeden en hoe zij daar invloed op hebben. Eerst gaan we in op het rookgedrag van partners *zelf* rondom de zwangerschap. Hoewel de focus in deze factsheet ligt op vrouwen die terugvallen na de zwangerschap, kunnen partners en andere verzorgers namelijk ook hun kinderen blootstellen aan tabaksrook.

Partners roken vaker en stoppen minder vaak

Uit de Monitor Middelengebruik & Zwangerschap blijkt het volgende over het rookgedrag van partners rondom de zwangerschap:

- Partners roken vaker in de vier weken voor de zwangerschap dan de vrouwen: 27% van alle vrouwen heeft een partner die rookt in de vier weken voor de zwangerschap, terwijl 15% van alle vrouwen rookt voor de zwangerschap.²
- Van de partners die roken voor de zwangerschap, stopt 11% rondom het begin van de zwangerschap en stopt 6,2% tijdens de zwangerschap.³ Dit stoppercentage is opvallend lager dan bij de vrouwen die rookten voor de zwangerschap: bijna driekwart van hen stopt succesvol tijdens de zwangerschap.
- Van de partners die roken voor de zwangerschap, rookt 17% helemaal niet na de zwangerschap; zij zijn al blijvend gestopt tijdens de zwangerschap. Ten slotte stopt 3,5% na de zwangerschap.³
- Daarnaast is gevraagd of partners minderen tijdens of na de zwangerschap. Van de partners die voor de zwangerschap roken, mindert 33% tijdens en 24% na de zwangerschap.³
- In totaal heeft 24% van alle vrouwen een partner die na de zwangerschap rookt.³

Rookgedrag partner beïnvloedt kans op terugval

Uit de cijfers van de Monitor Middelengebruik & Zwangerschap blijkt een samenhang tussen het rookgedrag van de partner en het rookgedrag van de vrouw⁴:

- Vrouwen met partners die roken, roken vaker zelf: vrouwen met een partner die rookt vóór de zwangerschap, roken zelf bijna 9 keer vaker vóór de zwangerschap.
- Het rookgedrag van partners beïnvloedt de kans om succesvol te stoppen tijdens de zwangerschap: vrouwen met een partner die stopt of mindert tijdens de zwangerschap, stoppen zelf ook 2,3 keer vaker succesvol met roken tijdens de zwangerschap. Vrouwen met partners die helemaal niet roken voor of tijdens de zwangerschap stoppen 2 keer vaker met roken tijdens de zwangerschap.

II In onderzoeken over de invloed van partners op rookgedrag rondom de zwangerschap wordt het geslacht van de partner niet vaak bekend. In onderzoek waar het wel gerapporteerd wordt⁸, betreft het een kleine groep vrouwelijke partners. Hierdoor kunnen verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke partners niet goed in kaart gebracht worden.

- Het rookgedrag van partners verhoogt de kans om terug te vallen na de zwangerschap: vrouwen met een partner die rookt na de zwangerschap, vallen 2 keer zo vaak terug. Vrouwen met partners die stoppen na de zwangerschap, vallen 85% minder vaak terug. Beide groepen zijn vergeleken met vrouwen met partners die niet roken rondom de zwangerschap.

In totaal geeft 27% van alle vrouwen aan dat zij zelf rookt, hun partner rookt, of zij allebei roken na de zwangerschap.

Hoe spelen partners een rol in terugval?

Om erachter te komen hoe een partner invloed heeft op terugval, zijn er interviewonderzoeken uitgevoerd met zwangere en bevallen vrouwen en hun partners. In deze interviews deelden vrouwen hun ervaringen met stoppen met roken en terugvallen in rookgedrag rondom de zwangerschap. Hieronder volgen voorbeelden van hoe partners een rol kunnen spelen in rookgedrag tijdens en na de zwangerschap, ondersteund door vertaalde citaten van vrouwen uit overzichtsstudies⁶⁻⁹ en één Nederlandse studie.¹⁰

Positieve invloed van partners

Volgens vrouwen die geïnterviewd waren over hun rookgedrag rondom de zwangerschap, is het makkelijker om gestopt te blijven als hun partner ook niet (meer) rookt.^{6,8} Zo putte deze vrouw motivatie uit de succesvolle stoppoging van haar partner om zelf ook gestopt te blijven:

"[Partner] heeft me geholpen [...] toen hij ook stopte dacht ik 'oh nu kan ik zeker niet weer beginnen [met roken,] want als ik weer zou beginnen zou ik wel een mislukking zijn aangezien hij veel meer rookte dan ik en hij er echt moeite mee heeft gehad'"^{8(p39)}

Naast het aanpassen van hun eigen rookgedrag, kunnen partners emotionele steun bieden bij het stoppen en gestopt blijven, zoals aanmoediging, of praktische hulp, zoals afleiding of het niet langer meebrengen van sigaretten^{6,8,9}:

"Het zou me al helpen als m'n vriend niet meer rookt. Hij rookt ook. Dus dan is het wel moeilijk. Want dan denk ik [als ik gestopt ben]: o, als hij thuis komt heeft hij sigaretten. Dus ik zei altijd tegen hem: 'Laat ze in de auto'."^{10(p18)}

Negatieve invloed van partners

Veel vrouwen ervaren veel druk om te stoppen en gestopt te blijven van hun partner.^{7,8} Sommige partners pakken sigaretten af of weigeren geld te geven om sigaretten mee te kunnen kopen.⁷ De stress van deze conflicten kan het juist ook moeilijker maken om te stoppen en gestopt te blijven.⁶ Om verdere conflicten te vermijden, legde een andere partner zich er bij neer dat zijn vrouw terug zou vallen na de zwangerschap:

"Ik zou het waarschijnlijk accepteren [...] Ik weet hoe sterk een verslaving is, en dus om de vrede te bewaren [...] ik wil niet echt dat ze het voor me achterhoudt [...] en dan dat hele [...] wantrouwen hebben. Dus ik zal waarschijnlijk gewoon haar beslissing [om te roken] accepteren."^{11(p506)}

Als de partner niet (succesvol) stopt, is het vaak ook lastiger om zelf gestopt te blijven.^{6,7} Vrouwen hebben dan immers makkelijk toegang tot sigaretten en worden dan geconfronteerd met de geur van rook⁶. Sommige vrouwen vinden het oneerlijk als hun partner wel blijft roken, en hypocriet als hun partner oordeelt of hulp aanbiedt zonder zelf te stoppen:

"Ik moet stoppen omdat er iemand in me groeit. Jij [partner] denkt dat het geen probleem is voor jou omdat er niemand in je groeit. Dus ik was een beetje jaloers, maar ook boos op hem omdat hij dat niet leek te begrijpen."^{8(p32)}

Terugval vermijden is vooral complex wanneer roken een rol speelt in de relatie, bijvoorbeeld als gedeelde gewoonte, of als moment om tijd met elkaar door te brengen⁶⁻⁸:

"Sinds ik niet meer rook is dat totaal veranderd [...] Als we samen zijn, zet hij de film op pauze zodat hij naar buiten kan gaan en een sigaret kan opsteken. [...] Ik moet alles laten vallen zodat hij een sigaret kan roken."^{11(p504)}



3 Wat zijn gevolgen van roken na de zwangerschap?

Als vrouwen weer beginnen met roken in de eerste jaren na de zwangerschap, stellen zij niet alleen zichzelf, maar ook hun kinderen bloot aan schadelijke stoffen uit tabaksrook. Uit de aanvullende module Middelen van de Leefstijlmonitor blijkt dat minimaal 1 miljoen Nederlandse ouders met thuiswonende kinderen roken.¹² In dit hoofdstuk bespreken we de gevolgen van meerroken voor jonge kinderen (3a). Ook gaan we in op de gevolgen van roken tijdens borstvoeding (3b). Hoewel de nadruk in deze factsheet ligt op terugval van vrouwen na de zwangerschap, heeft roken door de partners en andere verzorgers dezelfde schadelijke gevolgen voor het kind.

3a. Wat zijn de gevolgen van meerroken voor jonge kinderen?

Door de rook die uit een sigaret komt in te ademen, kunnen kinderen in aanraking komen met schadelijke stoffen uit tabaksrook. Dit wordt ook wel tweedehands rook of meerroken genoemd. Er is geen veilig niveau van blootstelling aan stoffen uit tabaksrook.¹³ Met name jonge kinderen lopen meer risico, omdat hun lichaam nog volop in ontwikkeling is.¹³ Ook kunnen zij tweedehands rook niet vermijden als hun ouders in hun bijzijn roken. We bespreken in dit hoofdstuk specifiek de gezondheidsgevolgen van meerroken die al in de eerste jaren na de zwangerschap kunnen plaatsvinden.

Meerroken beïnvloedt de gezondheid van jonge kinderen

Er is voldoende bewijs dat blootstelling aan tweedehands rook een oorzakelijk verband heeft met de volgende gezondheidseffecten¹³:

- **wiegendood**, ook wel *sudden infant death syndrome* (SIDS) genoemd. Als een moeder na de zwangerschap rookt, verdubbelt dit de kans op SIDS, en als zij 10 of meer sigaretten per dag rookt, is de kans op SIDS nog groter.¹⁴
- **lagere luchtwegaandoeningen**, zoals bronchitis en longontsteking. De effecten van tweedehands rook zijn het grootst voor kinderen onder de 2 jaar en wanneer de moeder rookt.¹³ Kinderen onder de twee jaar hebben een bijna 60% hogere kans op lagere luchtweginfecties als hun moeder rookt na de zwangerschap.¹⁵ Uit een studie in Tasmanië blijkt dat hoe meer sigaretten er gerookt worden en hoe dichter er in de buurt van het kind wordt gerookt, hoe groter het risico is om vanwege luchtwegaandoeningen in het ziekenhuis terecht te komen.¹⁶
- **middenooraandoeningen**, zoals (terugkerende) oorontsteking of een lijmoor. Oorontsteking is een van de meest voorkomende besmettelijke ziektes bij kinderen en komt het vaakst voor bij kinderen tot 3 jaar.¹⁷ Ook hier geldt dat het risico het grootst is als de moeder rookt na de zwangerschap: kinderen lopen dan ongeveer 40% tot 60% meer kans op middenooraandoeningen.¹⁸

- een **verminderde longfunctie**. Longen zijn met name kwetsbaar in de periode tussen 0 en 4 jaar, omdat deze dan nog in de groei en ontwikkeling zijn.¹⁹ Een verminderde longfunctie maakt kinderen mogelijk gevoeliger voor latere blootstelling aan bijvoorbeeld tabaksrook.¹³

Bij deze gezondheidsgevolgen lag de nadruk op effecten waarvan duidelijk is dat ze al in de eerste jaren na de zwangerschap kunnen plaatsvinden en waar voldoende bewijs is voor een oorzakelijk verband met meerroken. Ook bij kinderen van basisschoolleeftijd kan blootstelling aan tweedehandsrook allerlei klachten aan de luchtwegen veroorzaken, waaronder hoesten en een piepende ademhaling.¹³ Verder zijn er aanwijzingen dat meerroken bij kinderen kanker, hersenvliesontsteking, longemfyseem, een verminderd reukvermogen, of leer- en gedragsproblemen kan veroorzaken, en beginnen kinderen van ouders die roken vaker zelf met roken, zoals genoemd in de [factsheet Meerroken](#).²⁰

Derdehands rook

Naast tweedehands rook blijven er na het roken ook stoffen achter op haar, huid en kleding van iemand die rookt, en op oppervlakken zoals vloeren en meubels. Dit wordt derdehands rook genoemd. Dit gebeurt zelfs als iemand buiten rookt en daarna weer naar binnen gaat. Door derdehands rook aan te raken, in te slikken of in te ademen kunnen kinderen blootgesteld worden aan stoffen uit tabaksrook. Jonge kinderen komen gemakkelijker in aanraking met oppervlakken of stoffen die bevuild kunnen zijn met derdehands rook, doordat zij kruipen, dingen in hun mond stoppen, of opgetild worden door mensen die roken.²¹ Dit benadrukt dat alleen buiten roken niet genoeg is om te voorkomen dat kinderen bloot worden gesteld aan de stoffen uit tabaksrook.

De effecten van tweedehands rook op de gezondheid van jonge kinderen die in dit hoofdstuk besproken worden, kunnen ook door derdehands rook veroorzaakt worden. Blootstelling aan tweedehands rook wordt namelijk vaak enkel vastgesteld door ouders te vragen of zij roken. De effecten van derdehands rook zijn nog relatief weinig expliciet onderzocht.

3b. Wat is de invloed van roken op het geven van borstvoeding en de samenstelling van moedermelk?

Het geven van borstvoeding heeft allerlei gezondheidsvoordelen voor zowel zuigelingen als voor moeders.²² Daarom raadt de Wereldgezondheidsorganisatie borstvoeding aan als enige voeding voor kinderen jonger dan 6 maanden, en als onderdeel van de voeding van kinderen jonger dan 2 jaar.²³ Juist in deze periode vallen veel succesvol gestopte vrouwen terug in hun eerdere rookgedrag. Dit kan gevolgen hebben voor óf zij borstvoeding (blijven) geven, en voor de samenstelling van hun moedermelk.

Vrouwen die roken geven gemiddeld korter en vaker geen borstvoeding

Uit internationaal onderzoek blijkt dat vrouwen die roken minder vaak beginnen met het geven van borstvoeding.²⁴ Ook stoppen vrouwen die roken vaker binnen 6 of 12 maanden met het geven van borstvoeding.^{24,25} Aanvullende cijfers van de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap³ wijzen op eenzelfde effect in Nederland: Nederlandse vrouwen die roken na de zwangerschap geven minder vaak borstvoeding dan vrouwen die niet roken (respectievelijk 22% en 36%). Het is daarbij wel onbekend of deze vrouwen ook rookten in de periode dat zij borstvoeding gaven.

Verschillende onderzoeken wijzen op biologische effecten van roken op het geven van borstvoeding. Het hebben van te weinig moedermelk is bijvoorbeeld een veelgenoemde reden om eerder te stoppen met het geven van borstvoeding,²⁵ ook in Nederland,^{10,26} en er zijn aanwijzingen dat dit vaker voorkomt bij rokers.²⁷ Roken zou zorgen voor een verminderde aanmaak of verspreiding van moedermelkhormonen bij moeders of een verminderde zuigreflex bij zuigelingen van rokers, wat zou leiden tot een verminderde aanmaak of afgifte van moedermelk.²⁸ De studies hiernaar zijn tot nu toe echter klein en van matige kwaliteit.²⁹ Naast de biologische factoren wijzen andere studies op een lagere intentie om borstvoeding te geven bij vrouwen die roken.³⁰⁻³²

Roken beïnvloedt de samenstelling van moedermelk

Onderzoekers vinden verschillen in de samenstelling van de moedermelk van vrouwen die wel en niet roken. Roken beïnvloedt de samenstelling van moedermelk op twee manieren:

1. **Schadelijke stoffen uit de tabaksrook komen in moedermelk terecht.**²⁸ Nicotine is één van deze stoffen die wordt overgedragen via moedermelk. Hoeveel nicotine zuigelingen binnenkrijgen, is afhankelijk van de tijd tussen de borstvoeding en het roken van een sigaret: binnen 60 à 90 minuten halveert de hoeveelheid nicotine in moedermelk.³³ Mogelijk bevat moedermelk nog meer bestanddelen van

tabaksrook, zoals zware metalen en poly-aromatische koolwaterstoffen,^{34,35} maar die stoffen kunnen ook van een andere bron komen.²⁸

2. **Daarnaast zijn er aanwijzingen dat roken de hoeveelheden verandert van stoffen die al in moedermelk zaten.**^{28,36} Zo is er tot nu toe matig bewijs dat moedermelk van vrouwen die roken gemiddeld minder koolhydraten, vetten en eiwitten bevat, al is hierbij niet gecorrigeerd voor het eetpatroon van de moeders.³⁶ Overigens vonden deze studies geen verschillen in de samenstelling van moedermelk tussen vrouwen die gestopt bleven en vrouwen die actief rookten tijdens het geven van borstvoeding;³⁶ mogelijk beïnvloedt eerder roken alsnog de samenstelling van moedermelk. Andere onderzoeken uit de overzichtsstudies wijzen op o.a. minder antioxidanten en jodium in de moedermelk van vrouwen die roken.^{28,36}

De gevolgen van blootstelling aan de stoffen uit tabaksrook via borstvoeding zijn minder uitvoerig onderzocht dan die via tweedehands rook. Wel blijkt uit onderzoek dat roken de gezondheidsvoordelen van borstvoeding vermindert²⁸ en alleen blootstelling via borstvoeding ook al leidt tot hogere kansen op bijvoorbeeld oor- en luchtwegontstekingen.³⁷ Toch wegen de voordelen van borstvoeding op tegen de nadelen en wordt borstvoeding geven niet afgeraden voor vrouwen die roken.²² Het wordt wel sterk aangeraden om te stoppen met roken in de periode dat iemand borstvoeding geeft.²²



Meer voordelen van gestopt blijven

Al met al is enkel stoppen tijdens de zwangerschap niet genoeg om te voorkomen dat een kind blootgesteld wordt aan de stoffen uit tabaksrook en heeft blootstelling aan de stoffen uit tabaksrook al effecten op jonge leeftijd. Daarnaast vermindert gestopt blijven ook de gezondheidsrisico's voor de moeder op kanker, hart- en vaatziekten en COPD.^{38,39} Hierbij geldt: hoe jonger iemand stopt met roken, hoe groter de vermindering in gezondheidsrisico's.³⁹ Ook heeft gestopt blijven voordelen voor vruchtbaarheid van mensen die roken en de gezondheid van een eventueel volgend kind; dit wordt uitgebreid besproken in de factsheet Rookvrij zwanger worden.⁴⁰

4 Hoe kan terugval voorkomen worden?

Zoals beschreven in **hoofdstuk 1**, vallen twee tot vier van de tien gestopte Nederlandse vrouwen na de zwangerschap terug in rookgedrag. Dit is opvallend, juist omdat velen van hen maandenlang gestopt zijn voordat zij terugvallen. In dit hoofdstuk bespreken we daarom waarom het moeilijker wordt om gestopt te blijven in de eerste jaren na de zwangerschap. Ook belichten we wat tot nu toe werkzame elementen zijn uit hulp bij het voorkomen van terugval in rookgedrag na de zwangerschap.

Wat maakt het moeilijk om gestopt te blijven na de bevalling?

Om terugval te kunnen voorkomen, is het belangrijk om te weten welke factoren het moeilijker maken om gestopt te blijven in de eerste jaren na de zwangerschap. De volgende belemmerende factoren kwamen naar voren uit interviews met vrouwen over hun terugval in roken na de zwangerschap ⁶:

- **Persoonlijke overtuigingen:** sommige vrouwen zijn ervan overtuigd dat zij roken nodig hebben om met stress om te gaan, bijvoorbeeld de stress van het zorgen voor een baby. Andere vrouwen vinden het acceptabel dat zij terugvallen, zolang zij maar af en toe roken of niet in de buurt van hun kind roken.
- **Motivatie:** het beschermen van de gezondheid van hun ongeboren kind is voor veel vrouwen de belangrijkste reden om te stoppen met roken. Na de bevalling (of het stoppen met borstvoeding) valt deze motivatie weg, en zijn er andere motivaties nodig om gestopt te blijven.
- **Lichamelijk verlangen naar sigaretten:** sommige vrouwen ervaren het lichamelijke verlangen naar een sigaret opeens sterker na de bevalling of kunnen lastiger weerstand bieden tegen dit verlangen na de bevalling.
- **Sociale invloeden:** na de bevalling verandert bij sommige vrouwen de manier waarop hun sociale omgeving met hen omgaat. Zo gaan vrienden er soms van uit dat de vrouw na de bevalling wel weer zal gaan roken en bieden haar sigaretten aan. Bij andere vrouwen valt de steun uit hun omgeving voor hun stoppoging weg. De steun en het rookgedrag van hun partner speelt ook een grote rol; dit is in meer detail besproken in **hoofdstuk 2**.
- **Identiteit:** Sommige vrouwen beginnen weer met roken na de zwangerschap omdat zij verlangen naar hun eerdere identiteit, waar roken een onderdeel van was.

Wat opvalt uit interviewstudies, is dat het voor elke vrouw anders werkt: wat het voor de één moeilijker maakt, maakt het voor de ander makkelijker om gestopt te blijven.⁷ Sommige vrouwen hadden bijvoorbeeld juist een lichamelijke afkeer gekregen van sigaretten, of vonden roken juist niet meer passen bij hun nieuwe identiteit als moeder.⁶ Interventies doen er daarom goed aan om met vrouwen het gesprek aan te gaan over wat voor hen specifieke belemmeringen kunnen zijn om gestopt te blijven.

Los van de factoren die het na de zwangerschap moeilijker maken om gestopt te blijven, neemt een deel van de vrouwen zich voor om enkel tijdens de zwangerschap en eventueel nog de periode van het geven van borstvoeding niet te roken.^{6,41} Hier is dan eerder sprake van pauzeren met roken, in plaats van stoppen en terugvallen. Door dit verschil in voornemens wat betreft roken hebben zij mogelijk baat bij andere hulp dan vrouwen die wel een poging doen om definitief te stoppen met roken.

Werkzame elementen uit hulp bij het voorkomen van terugval

Terugval in roken na de zwangerschap komt voor bij zowel vrouwen die spontaan gestopt zijn met roken, als bij vrouwen die daarbij hulp van een professional ontvingen. Stoppen-met-roken interventies tijdens de zwangerschap die gezondheidsvoorlichting, coaching en/of financiële beloningen omvatten, kunnen de terugval in de eerste maanden na de zwangerschap verminderen.¹ Toch nemen de positieve effecten af naarmate de tijd na de bevalling toeneemt en zijn de meeste effecten van interventies tijdens de zwangerschap binnen 18 maanden na de bevalling verdwenen.^{1,42,43}

Vergeleken met stoppen-met-roken interventies *tijdens* de zwangerschap is er nog relatief weinig onderzoek geweest naar interventies die zich specifiek richten op het voorkomen van terugval na de zwangerschap. De interventies die tot nu toe zijn onderzocht, zijn weinig effectief gebleken, net als interventies voor het voorkomen van terugval bij rokers in het algemeen.^{1,44} Eerdere interventies voor het voorkomen van terugval die wél effectief waren op de lange termijn, hadden volgens Brown en collega's⁴⁵ vaak de volgende onderdelen:

- **Voorlichting over consequenties van roken voor hun (sociale) omgeving.** Het vermijden van tweedehands rook is voor veel ouders een belangrijke reden om niet (in de buurt van het kind) te roken.^{6,8} Het bieden van informatie over tweedehands rook, maar ook derdehands rook en blootstelling via borstvoeding, zou daarom motivatie kunnen bieden om gestopt te blijven.
- **Voorlichting over de gezondheidsconsequenties voor moeders zelf.** Dit zou de basis kunnen bieden voor een langdurige en meer persoonlijke motivatie om gestopt te blijven.
- **Aandacht voor het verminderen van negatieve emoties.** Veel vrouwen geven aan dat stress een grote rol speelt in hun terugval in roken, onder andere omdat roken gebruikt wordt als manier om met negatieve emoties om te gaan.^{6,7} Door andere handvaten hiervoor te bieden, zou terugval voorkomen kunnen worden.
- **Aandacht voor vaardigheden om stoppen met roken vol te houden.** Onder deze vaardigheden vallen bijvoorbeeld het veranderen van routines, het gebruik van stoppen-met-roken medicatie en het oplossen van problemen, zoals hoe men

omgaat met situaties waarin het verlangen naar een sigaret sterk is. Ondersteuning bij deze vaardigheden zou vrouwen meer vertrouwen kunnen geven in hun vermogen om gestopt te blijven.⁴⁵

- **Aandacht voor sociale steun van o.a. partners.** Waar sommige vrouwen te weinig steun krijgen, ervaren andere vrouwen de steun uit hun omgeving als te opdringerig.⁷ Informatie over hoe de vrouw het best ondersteund kan worden door haar omgeving zou hierbij kunnen helpen.

Verder hebben vrouwen een voorkeur voor interventies met individueel persoonlijk contact, bijvoorbeeld via de telefoon.¹ Een voordeel van persoonlijk contact is dat er ruimte is voor een empathische en positieve aanpak en dat er oog kan zijn voor de persoonlijke situatie van de vrouw, bijvoorbeeld in hoeverre zij concrete plannen heeft voor het voorkomen van terugval, of wat zij als belemmeringen ervaart in het voorkomen van terugval. Deze factoren zijn ook vaak onderdeel van effectieve interventies voor het voorkomen van terugval.⁴⁶

Interventies die op de lange termijn effectief waren werden meestal uitgevoerd op afstand, door middel van (geprinte) materialen en telefoongesprekken, waardoor deze relatief goedkoop kunnen worden uitgevoerd.⁴⁵ Wel kan steun op afstand minder geschikt zijn voor vrouwen die veel belemmeringen ervaren bij gestopt blijven. Zij hebben mogelijk belang bij intensievere steun.

Naast de hulp bij stoppen en gestopt blijven voor de vrouw, zouden ook haar partner en andere mensen uit haar sociale omgeving aangemoedigd moeten worden om te stoppen met roken en gestopt te blijven.⁴⁷ Niet alleen stellen zij ook zichzelf en het kind bloot aan tweede- en derdehands rook, het kan ook bijdragen aan het succes van een stoppoging: eerste studies laten zien dat vrouwen die in een huis wonen waar een rookvrij beleid is ingevoerd langer gestopt blijven na de zwangerschap.⁴⁸



5 Wat betekent dit voor de praktijk?

Deze factsheet laat zien dat er veel verschillende factoren een rol spelen bij terugval na de zwangerschap. Hoewel interventies voor terugvalpreventie na de zwangerschap tot nu toe nog niet veelbelovend zijn, biedt de informatie in deze factsheet wel aanknopingspunten voor de praktijk. De factsheet beschrijft hoe o.a. kennis, motivatie en zelfvertrouwen invloed hebben op terugval. Zorgverleners kunnen met vrouwen en partners in gesprek gaan om ervoor te zorgen dat ze meer weten over het belang van rookvrij blijven voor hun kind en henzelf, meer gemotiveerd zijn om de stoppoging vol te houden en ook meer vertrouwen hebben dat dit hen gaat lukken. Dit is een gesprek dat herhaaldelijk in de keten door verschillende zorgverleners gevoerd kan worden.

Er liggen nog veel kansen als het gaat om terugvalpreventie. Ten eerste komt terugval nog niet altijd in beeld. Zo weten we uit de monitor Rookvrije Start dat bij zorgverleners niet altijd bekend is of een zwangere vrouw gestopt is met roken. Deze vraag kan aan de intake toegevoegd worden. Ook wordt rookstatus nog weinig overgedragen in de keten. Door rookstatus over te dragen, kan de volgende zorgverlener in de keten de ouders verder ondersteunen bij het rookvrij blijven. Daarnaast weten we uit deze monitor dat, ook als de rookstatus wel in beeld is, een aanzienlijk deel van de zorgverleners nog geen terugvalpreventiegesprek voert. De Taskforce Rookvrije Start biedt diverse scholingen en ondersteunende tools voor deze gesprekken, zoals de e-learning en training Rookvrije Start en het digitaal zorgpad Rookvrije Start (zie kader). Ook zijn er diverse folders en filmpjes voor ouders, waaronder de animatie derdehands rook en het beeldverhaal 'Rookvrij blijven doe je met hulp'. Ouders kunnen voor hulp bij stoppen met roken of rookvrij blijven, verwezen worden naar de telefonische coaching Rookvrije Ouders.

De feiten die besproken zijn in deze factsheet benadrukken het belang van het voorkomen van terugval en het ondersteunen van vrouwen die teruggevallen zijn. Deze factsheet benadrukt ook het belang van stoppen met roken door de partner. Vrouwen met partners die roken stoppen minder vaak succesvol, en vallen vaker terug. Een partner die rookt geeft bovendien dezelfde nadelige effecten op de gezondheid van het kind als een moeder die postpartum rookt. Het is daarom belangrijk dat we vrouwen aanmoedigen om voor, tijdens en na de zwangerschap niet te roken én om dit gesprek ook met haar partner te voeren. Zo werken we aan een rookvrije start voor ieder kind.

Digitaal zorgpad Rookvrije Start

Het digitaal zorgpad Rookvrije Start is bedoeld voor zorgverleners die gesprekken voeren met (aanstaande) ouders over stoppen met roken én voor diegenen die het stoppen-met-roken beleid vormgeven in het VSV of de JGZ-organisatie. Ze vinden hier 4 zorgpaden met de routes die zwangere vrouwen, partners en ouders doorlopen als ze roken of gestopt zijn. Een van deze zorgpaden is het zorgpad 'Gestopt voor of tijdens de zwangerschap'. Dit zorgpad laat zien welke stappen een zorgverlener doorloopt om een zwangere vrouw te ondersteunen bij het rookvrij blijven, om zo terugval te voorkomen. Het zorgpad Rookvrij opgroeien laat zien hoe je als zorgverlener ná de zwangerschap iemand ondersteunt bij het rookvrij blijven.

EN NU VERDER...

Wil je meer weten over dit thema? Kijk dan ook naar onderstaande materialen:

- Voor meer informatie over roken kort vóór of tijdens de zwangerschap: factsheet Rookvrij zwanger worden en factsheet Roken & Zwangerschap.
- Voor meer informatie over tweede- en derdehands rook: factsheet Meerroken en notitie Derdehands rook.
- Voor scholing en diverse ondersteunende materialen voor het stimuleren van een rookvrije start: rookvrijestart.nl

Wij gaan ook verder...

Ook de komende jaren gaan we bij het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging door met het beschrijven van het huidige en toekomstige tabaksbeleid in Nederland. Wij publiceren met regelmaat factsheets over uiteenlopende thema's binnen tabaksontmoediging. Je kunt deze factsheets vinden op onze website via: trimbos.nl/webwinkel

Heb je vragen over deze factsheet? Neem dan contact op met Gemma Geuke (GGeuke@trimbos.nl).

- Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2). doi:10.1002/14651858.CD001055.pub5
- Scheffers-van Schayck T, den Hollander W, van Belzen E, Monshouwer K, Tuithof M. *Monitor Middelengebruik En Zwangerschap*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1685-monitor-middelengebruik-en-zwangerschap-2018>
- Monitor Middelengebruik & Zwangerschap 2018 [Dataset voor aanvullende cijfers]. Utrecht: Trimbos-instituut
- Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Otten R, Engels R, Kleinjan M. Smoking Behavior of Women Before, During, and after Pregnancy: Indicators of Smoking, Quitting, and Relapse. *Eur Addict Res*. 2019;25(3):132-144. doi:10.1159/000498988
- Orton S, Coleman T, Coleman-Haynes T, Ussher M. Predictors of Postpartum Return to Smoking: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2018;20(6):665-673. doi:10.1093/ntr/ntx163
- Notley C, Blyth A, Craig J, Edwards A, Holland R. Postpartum smoking relapse—a thematic synthesis of qualitative studies. *Addiction*. 2015;110(11):1712-1723. doi:10.1111/add.13062
- Flemming K, McCaughan D, Angus K, Graham H. Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *J Adv Nurs*. 2015;71(6):1210-1226. doi:10.1111/jan.12580
- Bauld L, Graham H, Sinclair L, et al. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2017;21(36):1-158. doi:10.3310/hta21360
- Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Bauld L. The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: A systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-10. doi:10.1186/s12889-015-2163-x
- Abouri N, Keij M. "Ik Wist Dat Ik Wilde Stoppen En Gewoon Een Goede Moeder Wilde Zijn" - Moeders Vertellen over Dilemma's Rondom Zwangerschap En Roken. Utrecht: Pharos; 2017. <https://www.pharos.nl/kennisbank/ik-wist-dat-ik-wilde-stoppen-en-gewoon-een-goede-moeder-wilde-zijn-moeders-vertellen-over-dilemmas-rondom-zwangerschap-en-roken/>
- Bottoff J, Kalaw C, Johnson J, Stewart M, Greaves L, Carey J. Couple dynamics during women's tobacco reduction in pregnancy and postpartum. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(4):499-509. doi:10.1080/14622200600789551
- Trimbos-instituut, RIVM, CBS. Aanvullende module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A Midden). 2020.
- United States Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
- Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med*. 2013;15(3):115-121. doi:10.1016/j.legalmed.2012.10.007
- Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir Res*. 2011;12(1):5. doi:10.1186/1465-9921-12-5
- Blizzard L, Ponsonby A-L, Dwyer T, Venn A, Cochrane JA. Parental Smoking and Infant Respiratory Infection: How Important Is Not Smoking in the Same Room With the Baby? *Am J Public Health*. 2003;93(3):482-488. doi:10.2105/AJPH.93.3.482
- Dhooze IJ. Acute Otitis Media in Children. In: Graham JM, Scadding GK, Bull PD, eds. *Pediatric ENT*. Springer; 2007:399-420. https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=8Lq8LCQkMWsC&oi=fnd&pg=PA3&ots=WuK-gmZ_lo&sig=ZW05CkQJc3US7gQZJutv-FM3FsE&redir_esc=y#v=onepage&q=otitis&f=false
- Jones LL. Parental Smoking and the Risk of Middle Ear Disease in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(1):18. doi:10.1001/archpediatrics.2011.158
- Campbell MA, Winnall WR, Ford C, Winstanley MH. Health effects of secondhand smoke for infants and children. In: Greenhalgh EM, Scollo MM, Winstanley MH, eds. *Tobacco in Australia: Facts and Issues*. Cancer Council Victoria; 2021. <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-4-secondhand/4-17-health-effects-of-secondhand-smoke-for-infants>
- Ter Weijde W, Croes E, Verdurmen J, Monshouwer K. *Factsheet Meeroken*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1356-factsheet-meeroken>
- Jacob P, Benowitz NL, Destailhats H, et al. Thirdhand Smoke: New Evidence, Challenges, and Future Directions. *Chem Res Toxicol*. 2017;30(1):270-294. doi:10.1021/acs.chemrestox.6b00343
- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-e841. doi:10.1542/peds.2011-3552
- World Health Organization (WHO). Infant and Young Child Feeding. Published 2021. Accessed August 9, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2018;203:190-196. doi:10.1016/j.jpeds.2018.08.008
- Mangrio E, Persson K, Bramhagen A-C. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(2):451-465. doi:10.1111/scs.12489
- Peeters D, Lanting CI, van Wouwe JP. *Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2015*. Leiden: TNO; 2015.
- Hill PD, Aldag JC. Smoking and breastfeeding status. *Res Nurs Health*. 1996;19(2):125-132. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199604)19:2<125::AID-NUR4>3.0.CO;2-O
- Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res*. 2016;151:321-338. doi:10.1016/j.envres.2016.08.002
- Amir LH. Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms. *Early Hum Dev*. 2001;64(1):45-67. doi:10.1016/S0378-3782(01)00170-0
- Baumgartner T, Bhamidipalli SS, Guise D, et al. Psychosocial and Sociodemographic Contributors to Breastfeeding Intention in First-Time Mothers. *Matern Child Health J*. 2020;24(8):1047-1056. doi:10.1007/s10995-020-02928-0
- Vieira T de O, Martins C da C, Santana GS, Vieira GO, Silva LR. Intenção materna de amamentar: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2016;21(12):3845-3858. doi:10.1590/1413-812320152112.17962015
- Donath SM, Amir LH. The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2004;93(11):1514-1518. doi:10.1080/08035250410022125
- Steldinger R, Luck W, Nau H. Half lives of nicotine in milk of smoking mothers: implications for nursing. *J Perinat Med*. 1988;16(3):261-262. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3210114>
- Zanieri L, Galvan P, Checchini L, et al. Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs) in human milk from Italian women: Influence of cigarette smoking and residential area. *Chemosphere*. 2007;67(7):1265-1274. doi:10.1016/j.chemosphere.2006.12.011
- Winiarska-Mieczan A. Cadmium, lead, copper and zinc in breast milk in Poland. *Biol Trace Elem Res*. 2014;157(1):36-44. doi:10.1007/s12011-013-9870-x
- Macchi M, Bambini L, Franceschini S, Alexa ID, Agostoni C. The effect of tobacco smoking during pregnancy and breastfeeding on human milk composition—a systematic review. *Eur J Clin Nutr*. 2021;75(5):736-747. doi:10.1038/s41430-020-00784-3
- Yilmaz G, Hizli S, Karacan C, Yurdakök K, Coşkun T, Dilmen U. Effect of passive smoking on growth and infection rates of breast-fed and non-breast-fed infants. *Pediatr Int*. 2009;51(3):352-358. doi:10.1111/j.1442-200X.2008.02757.x
- United States Department of Health and Human Services. *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2020.
- Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, et al. 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(4):351-364. doi:10.1056/nejmsa1211127
- Scheffers-van Schayck T, Thissen V, de Josselin de Jong S, Van der Houwen C, Smith S, Steegers-Theunissen R. *Factsheet Rookvrij Zwanger Worden*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1895-factsheet-rookvrij-zwanger-worden>
- Flemming K, Graham H, Heirs M, Fox D, Sowden A. Smoking in pregnancy: a systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *J Adv Nurs*. 2013;69(5):1023-1036. doi:10.1111/jan.12066
- Jones M, Lewis S, Parrott S, Wormall S, Coleman T. Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: A systematic review. *Addiction*. 2016;111(6):981-990. doi:10.1111/add.13309
- Springvloed L, Hopman P, Kleinjan M, De Josselin de Jong S, Van Laar M. Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen: een literatuuroverzicht. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1456-effectiviteit-van-stoppen-met-roken-interventies-voor-zwangere-vrouwen>
- Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(2). doi:10.1002/14651858.CD003999.pub5

45. Brown TJ, Hardeman W, Bauld L, et al. A systematic review of behaviour change techniques within interventions to prevent return to smoking postpartum. *Addict Behav.* 2019;92(December 2018):236-243. doi:10.1016/j.addbeh.2018.12.031
46. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, et al. Smoking Cessation in Pregnancy: A Review of Postpartum Relapse Prevention Strategies. *J Am Board Fam Med.* 2004;17(4):264-275. doi:10.3122/jabfm.17.4.264
47. Willemse E, Springvloed L, Laar M Van. *Het Betrekken van Het Sociale Netwerk in de Stoppen-Met-Roken Begeleiding van Zwangere Vrouwen: Een Verkennde Studie*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1692-het-betrekken-van-het-sociale-netwerk-in-de-stoppen-met-roken-begeleiding-van-zwangere-vrouwen>
48. Ashford KB, Hahn E, Hall L, Rayens MK, Noland M. Postpartum Smoking Relapse and Secondhand Smoke. *Public Health Rep.* 2009;124(4):515-526. doi:10.1177/003335490912400408

Colofon

Auteurs

Gemma Geuke
Sanne de Josselin de Jong
Marc Willemsen

Met dank aan

Clasien van der Houwen
Esther Croes

Ontwerp & productie

Canon Nederland N.V.

Artikelnummer

AF1943 © 2021, Trimbos-instituut, Utrecht

NATIONAAL EXPERTISECENTRUM TABAKSONTMOEDIGING

onderdeel van het Trimbos-instituut

Deze factsheet is gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

