Stoppen-met-rokenzorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare posities

Stoppen-met-roken pilot POP-poli Gelre Ziekenhuis Apeldoorn

Gezonde Start rookvrij

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Opzet pilot	5
Uitkomsten van de pilot - resultaten en ervaringen	7
Conclusies en aanbevelingen	14
Referenties	17

‘De optimale driehoeksverhouding: zwangere vrouw, zorgverlener en stoppen-met-roken coach.’

Inleiding

Roken en kwetsbaarheid

Roken tijdens de zwangerschap is schadelijk voor het ongeboren kind. Het vergroot het risico op aangeboren afwijkingen, een nadelige ontwikkeling van de longen, het hart en de hersenen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en doodgeboorte [1]. In Nederland rookt 6,3% van de vrouwen op enig moment tijdens de zwangerschap, en 2,5% gedurende de hele zwangerschap. Ruim een kwart van de vrouwen die stoppen met roken tijdens de zwangerschap, valt na de zwangerschap weer terug [2].

Vrouwen in een kwetsbare positie stoppen minder vaak met roken tijdens de zwangerschap en vallen na de zwangerschap ook vaker terug [3]. Een kwetsbare positie ontstaat wanneer een zwangere vrouw is belast met één of meer risicofactoren, zoals ongunstige sociaaleconomische of psychosociale factoren of mentale problemen, terwijl er tegelijkertijd te weinig factoren zijn die haar beschermen [4]. Zwangere vrouwen die roken hebben op veel verschillende manieren te maken met stress. Deze stress komt ook voort uit het roken zelf: roken ontregelt het stresssysteem. De vrouw zit door het roken in feite in een chronische stresssituatie. De lastige omstandigheden waarin de vrouwen vaak leven, de verslaving aan tabak én de stress die komt door het roken zelf zorgen samen voor een vicieuze cirkel waaruit het lastig te ontsnappen is [3]. Daarnaast zitten deze vrouwen vaak in een omgeving waarin roken normaal is en de partner ook rookt. Als de partner rookt is er een verhoogd risico op aangeboren afwijkingen en doodgeboorte [5]. Naast deze directe schadelijke gevolgen, maakt een rokende partner het lastiger voor zwangere vrouwen om te stoppen met roken en gestopt te blijven [6].

Stoppen met roken is het meest effectief met gedragsmatige begeleiding [7], ook voor zwangere vrouwen in kwetsbare posities [3]. Het is daarom belangrijk om als zorgverlener elke zwangere vrouw die rookt warm te verwijzen naar effectieve stoppen-met-roken (SMR) begeleiding. Bij een warme verwijzing neemt de zorgverlener actief het initiatief, bijvoorbeeld door een afspraak in te plannen bij een SMR-begeleider of contactgegevens direct door te geven, waardoor de kans dat de patiënt daadwerkelijk begeleiding ontvangt toeneemt [8].

Knelpunten stoppen-met-roken zorg voor zwangeren in kwetsbare posities

Ondanks de beschikbaarheid van interventies zijn er verschillende knelpunten:

- Het bereik van SMR-begeleiding is beperkt; slechts een klein deel van de vrouwen maakt daadwerkelijk gebruik van de ondersteuning [2].
- Er is nog weinig aandacht voor het gelijktijdig aanpakken van verschillende risicofactoren of problemen [3].
- Bij meerdere problemen (zoals depressie, geldzorgen of weinig partnersteun) verschuift het gesprek over roken vaak naar een later moment. En zorgprofessionals willen de vertrouwensrelatie niet op het spel zetten [3].

- Ongeveer de helft van de (aanstaande) ouders die aangemeld worden voor SMR-begeleiding, start daadwerkelijk aan het traject. Er is dus sprake van uitval tussen aanmelding en daadwerkelijk starten[1].

De pilot: stoppen-met-roken begeleiding op de POP-poli

In dit huidige rapport beschrijven we een pilot waarin we onderzochten hoe deze knelpunten kunnen worden aangepakt binnen een setting met veel zwangere vrouwen in een kwetsbare positie die roken: de POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie). De POP-poli biedt gezamenlijke zorg aan aanstaande en pas bevallen moeders met psychosociale of psychische kwetsbaarheid. Voor deze pilot werkten we samen met de POP-poli in het Gelre Ziekenhuis Apeldoorn en SMR-organisatie SineFuma om te onderzoeken wat nodig is voor effectieve stoppen-met-roken begeleiding in deze context.

POP-poli Gelre Ziekenhuis Apeldoorn

Volgens de zorgprofessionals komt ongeveer 20% van de aanstaande en pas bevallen moeders in Apeldoorn op de POP-poli. Naar schatting rookt ongeveer een kwart van deze vrouwen, aanzienlijk meer dan het landelijke gemiddelde. De zorgprofessionals zijn geschoold in gesprekvoering over stoppen met roken en zien dit als een basale verantwoordelijkheid. Toch blijkt het lastig om de vrouwen daadwerkelijk te motiveren om te stoppen en door te verwijzen naar SMR-begeleiding. In een eerdere pilot werden vrouwen die rookten verwezen naar verslavingszorg, maar dit had weinig effect: in 1,5 jaar werden slechts zeven vrouwen verwezen, omdat zij niet naar verslavingszorg wilden. De zorgprofessionals zoeken daarom een nieuwe aanpak die de drempel naar SMR-zorg verlaagt. Juist vanwege de hoge prevalentie van rokers op de POP-poli is er veel winst te behalen als deze vrouwen effectief worden bereikt met stoppen-met-roken begeleiding.

> *“We hebben een pilot gedaan met verslavingszorg, die ook een SMR-programma heeft, maar het was lastig om mensen hiervoor te motiveren. Ze sloegen dicht bij het woord ‘verslaving’ en zeiden meteen: ‘Maar zo erg is het niet!’. Verder maakten we gebruik van de reguliere routes via de huisarts, SineFuma en Rookvrije Ouders. Maar zodra de vrouwen verwezen waren, was de afstand te groot om te zien hoe het ging. Het is een gecompliceerde groep die veel andere dingen aan het hoofd heeft. Vaak geven ze wel aan: ‘Ik meld me aan’, maar zonder enige vorm van begeleiding of terugkoppeling zie je dat ze het dan toch een beetje laten varen.* — Gynaecoloog, POP-poli

1 Dit is gebaseerd op monitorgegevens van de telefonische coaching Rookvrije Ouders.

Opzet pilot

Doelen en aanpak

Het Trimbos-instituut is samen met de POP-poli en SineFuma een pilot gestart ter verbetering van de stoppen-met-rokenzorg. We hoopten hiermee te bereiken dat er meer verwijzingen zouden komen naar SMR-coaching, dat er meer zwangere vrouwen en partners daadwerkelijk zouden starten met de coaching en het gehele traject zouden doorlopen. En ook dat er minder terugval zou zijn tijdens en na de zwangerschap. Het doel was om SMR-zorg een duidelijke plek te geven in de gezamenlijke zorg aan vrouwen in kwetsbare posities. De aanpak op de POP-poli bestond uit de volgende elementen:

- Een gespecialiseerde SMR-coach met kennis van de doelgroep is een vast dagdeel per week aanwezig op de POP-poli voor fysieke SMR-coaching. Dichtbij voor de patiënten én de zorgprofessionals.
- De afspraken bij de SMR-coach worden waar mogelijk gecombineerd met andere verloskundige afspraken op de poli.
- Er vindt een kennismaking plaats tussen de zorgprofessionals en de SMR-coach. Ook is er tussentijdse mondelinge afstemming tussen zorgprofessionals en coach en vindt er een schriftelijke terugkoppeling per patiënt plaats.
- Het bestaande SMR-traject van 6 gesprekken wordt uitgebreid met een extra (7e) gesprek aan het eind van de zwangerschap om voor te bereiden op de periode na de bevalling.
- Partners van zwangere vrouwen kunnen ook aangemeld worden voor de coaching.

De pilot is half december 2023 gestart en liep door tot juni 2025. Vrouwen en partners die deelnamen aan de pilot vulden een toestemmingsformulier in voor anoniem gebruik van hun gegevens voor het evalueren van de pilot.

Monitoring en evaluatie pilot

De pilot werd met name kwalitatief gemonitord en geëvalueerd. In tussentijdse gesprekken (1x per 2 maanden) bespraken we met de zorgprofessionals van de POP-poli en SineFuma (coach en relatiebeheerder) hoe de pilot op dat moment verliep, wat goed ging en wat knelpunten waren. Na afloop van de pilot vonden er interviews plaats met de zorgprofessionals en SMR-coach, waarbij we de successen en uitdagingen in kaart brachten. Ook de ervaringen van de vrouwen en partners zelf voegden we toe aan de bestaande evaluatie. Hiervoor heeft de coach tijdens het laatste gesprek met de patiënt enkele vragen gesteld over de verwijzing, de locatie en het extra gesprek.

Om een beeld te krijgen van aantallen patiënten die verwezen werden en startten met de SMR-begeleiding, vroegen we na afloop (registratie)gegevens op bij de zorgprofessionals en SMR-coach:

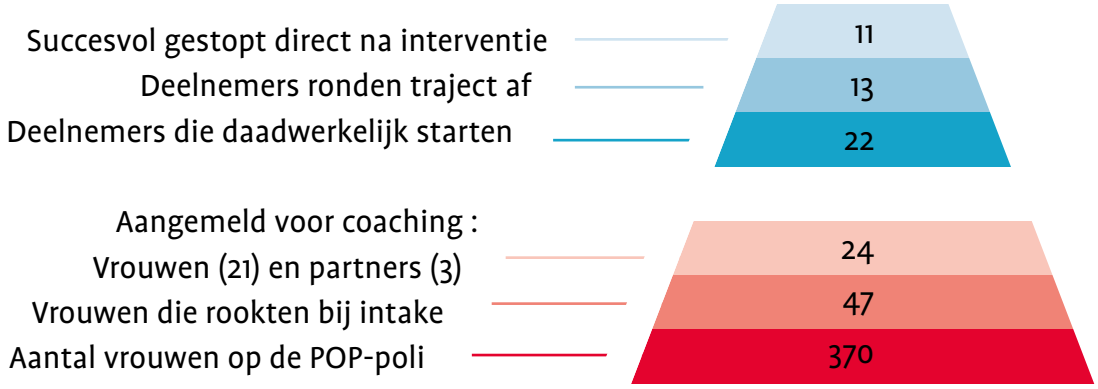
- Aantallen vrouwen en partners die rookten tijdens de intake en aangemeld werden bij de coach.
- Aantallen vrouwen en partners die startten met de coaching, aantal gesprekken en wel of niet stoppen met roken.[2]

2 12 maanden na het SMR-traject vindt er een follow-up meting plaats vanuit SineFuma. Deze gegevens konden in het huidige rapport niet meegenomen worden.

Uitkomsten van de pilot - resultaten en ervaringen

Aantal deelnemers, doorlopen trajecten en stoppers

- Volgens registratiegegevens van de zorgprofessionals waren er in de pilotperiode in totaal 370 zwangere vrouwen op POP-poli, waarvan 47 vrouwen rookten ten tijde van de intake.
- Van deze 47 vrouwen zijn er 21 vrouwen bij de coach aangemeld, samen met 3 partners.
- 22 van de 24 deelnemers zijn daadwerkelijk gestart met de coaching en volgden minimaal 2 sessies.
- 13 van de 22 deelnemers hebben het gehele SMR-begeleidingstraject doorlopen van minstens 6 sessies. 8 van hen hebben ook het extra (7e) nazorggesprek gehad.
- 2 deelnemers vielen uit ten gevolge van verhuizing.
- Van de 13 deelnemers die 6 of meer sessies hebben doorlopen, zijn 11 deelnemers gestopt met roken. Eén deelnemer is geminderd met roken en één deelnemer is na aanvankelijk stoppen teruggevallen (na 6e gesprek).



Beschrijving deelnemers[3]

- De gemiddelde leeftijd van de deelnemende vrouwen was 31 jaar.
- De vrouwen hadden verschillende opleidingsniveaus: 1 vrouw had basisonderwijs afgerond, 7 vrouwen hadden middelbaar beroepsonderwijs gevolgd (MBO) en 6 vrouwen waren hoogopgeleid (HBO/WO). Van 7 vrouwen was het opleidingsniveau onbekend.
- 10 vrouwen hadden al een of meerdere kinderen. 11 vrouwen hadden nog geen kind. Van deze 11 vrouwen hadden 5 vrouwen wel al een of meerdere zwangerschappen gehad.
- 7 van de vrouwen waren op de POP-poli vanwege psychosociale problematiek en 14 vrouwen vanwege psychiatrische problematiek.

3 Er zijn alleen gegevens beschikbaar van de zwangere vrouwen (uit de registratiegegevens van de intake op de POP-poli).

Ervaringen van de zorgprofessionals en SMR-coach

Aan het einde van de pilot hebben we interviews gehouden ter evaluatie van de pilot, met de volgende vier professionals:

- De gynaecoloog en kartrekker van deze pilot op de POP-poli.
- Eén van de casemanagers van de POP-poli. De casemanager regelt en coördineert de zorg binnen een multidisciplinair team, zorgt voor afstemming tussen verschillende disciplines zoals de verloskundige en psychiater, en is het vaste aanspreekpunt voor de zwangere en haar familie.
- De gespecialiseerde SMR-coach die gedurende de pilot de zwangere vrouwen heeft begeleid.
- De SMR-relatiebeheerder van SineFuma die heeft meegewerkt aan de opzet en uitvoering van deze pilot.

Ook hebben we de ervaringen van de zwangere vrouwen en partners meegenomen. Tijdens het laatste gesprek met de SMR-coach vond een vaste (korte), mondelinge evaluatie plaats. De 8 vrouwen die alle 7 sessies volgden, namen deel aan dit evaluatiegesprek.

We beschrijven hieronder de belangrijkste successen en uitdagingen die in de interviews en de evaluatiegesprekken naar voren kwamen.

Successen

Nauwe samenwerking tussen zorgprofessionals en coach

In deze pilot was er een kennismaking tussen de zorgprofessionals op de POP-poli (gynaecologen, casemanagers) en de SMR-coach, tussentijdse gesprekken waarin afgestemd werd over proceszaken en per patiënt structureel een terugkoppeling vanuit de coach over het SMR-traject. De zorgprofessionals geven aan dat deze nauwe samenwerking met de SMR-coach ervoor zorgde dat de verwijzing naar SMR-begeleiding eenvoudiger was.

> *De SMR-coach wordt in feite onderdeel van het POP-team. Je biedt SMR-begeleiding aan als onderdeel van de multidisciplinaire zorg op de POP-poli. Dat maakt verwijzen makkelijker.*
> — Gynaecoloog

> *Je kunt zeggen 'er zit hier een coach één keer in de week' en dan kun je bij wijze nog wijzen naar het kamertje waar hij zit. Dat maakt de toeleiding veel makkelijker. Plus dat de zorgverleners dus ook elke week die coach even zien. Dus het is niet alleen voor de cliënt goed voor de toeleiding, maar ook de zorgverleners leren die coach kennen.* — Relatiebeheerder SineFuma

De samenwerking tussen coach, casemanagers en gynaecoloog zorgde er ook voor dat goed afgestemd kon worden welke ruimte er was voor stoppen met roken naast de andere problematiek die speelde.

> *Andersom weet de coach ook wie hij even moet bellen met vragen als 'Hoe haalbaar is het om op dit moment helemaal te stoppen? Wat speelt er op dit moment? Zijn er problemen op een ander vlak waar veel aandacht is? De patiënten vertellen de coach soms nèt andere dingen dan dat ze in een consult met de arts of de casemanager vertellen. Dus op die manier is het een soort optimale driehoeksverhouding.* — Gynaecoloog

Gespecialiseerde, toegewijde coach

De SMR-coach had een specialisatie gevolgd om zwangere vrouwen die roken te mogen begeleiden en was als toegewijde coach verbonden aan de POP-poli, waardoor er specifieke kennis en ervaring met deze doelgroep ontstond.

> *We hebben een coach die dedicated is aan deze patiëntengroep. Die daardoor meer inzicht heeft in de comorbiditeit die meestal speelt voor de POP-populatie. En daardoor beter kan aansluiten op de patiënt, hoe de begeleiding moet plaatsvinden en welke plek het stoppen met roken heeft.* — Gynaecoloog

> *Iemand is zwanger, maar vaak zit er ook nog de multiproblematiek omheen. Er zijn heel veel stressoren die iemand al in haar leven heeft. Dat maakt het stoppen anders.* — SMR-coach

De patiënten die deelnamen aan het SMR-traject vonden de stoppen-met-roken coaching prettig en ondersteunend.

> *Het was prima. We hadden 1 op 1 contact maar ook tussendoor via de app.* — Deelnemer SMR-traject

> *Ik kreeg veel praktische tips. Dat vond ik prettig.* — Deelnemer SMR-traject

Coach dichtbij en op locatie

Om de drempel zo laag mogelijk te maken, werd de SMR-coach 'in huis gehaald'. De coach kreeg een kamer in het ziekenhuis toegewezen om de begeleiding van daaruit te geven. Dit werd als succesvol ervaren door zorgprofessionals en coach.

> *Het is laagdrempeliger dan dat patiënten of partners naar een huisarts moeten of andere wegen moeten bewandelen. Juist in een periode van zwangerschap.* — Casemanager

> *Ik denk dat het aantal mensen dat wij verwijzen en aankomt bij de SMR-coach wel toegenomen is. Als iemand zegt 'daar sta ik wel voor open', dan stuurde je haar vóór de pilot richting de stoppen-met-roken coach, maar wist je niet waar ze uitkwam. Nu zegt iemand bij jou aan tafel 'dat wil ik wel'. Vervolgens zorg jij ervoor dat ze de intake bij de coach krijgt - je kunt er bijna hand in hand naar toelopen. We weten dat die mensen aankomen. Er zijn er maar een paar die vervolgens gezegd hebben: 'ik krabbel eigenlijk terug, het komt nu even niet gelegen.* — Gynaecoloog

> *Het werkt beter dan telefonisch wat we eerder hebben gedaan. Op locatie komen heeft een meerwaarde.* — Deelnemer SMR-traject

Fysieke kennismaking

Uit de interviews bleek dat het prettig was om de gesprekken op locatie te kunnen uitvoeren, met name de kennismaking. Dit had een positief effect op het verloop van de begeleiding. De overige gesprekken kunnen dan wisselend fysiek en telefonisch zijn.

> *Het is belangrijk om het eerste gesprek face-to-face te doen, om zo de patiënt te leren kennen.* — SMR-coach

> *Het is fijn als de kennismaking face-to-face is, maar hoe het traject daarna verloopt is afhankelijk van de agenda's van de coach en de patiënten.* — Gynaecoloog

Extra gesprek (terugvalpreventie)

In deze pilot kregen de vrouwen een extra begeleidingsgesprek aangeboden, bovenop de reguliere 6 gesprekken. De SMR-coach en zorgprofessionals hadden de indruk dat extra begeleidingsgesprekken de kans groter maakten dat de patiënten konden stoppen met roken. En dat dit er ook voor zorgde dat zij beter voorbereid waren op rookvrij blijven ná de bevalling. De vrouwen zelf gaven aan dat ze het extra gesprek, waarin vooruitgeblikt werd naar de periode na de bevalling, belangrijk en waardevol vonden.

> *Het 7e gesprek had echt een toegevoegde waarde. Ik denk dat het zelfs nog te weinig was. Met bijvoorbeeld 10 gesprekken heb je een traject van 6 á 7 afspraken en dan kan je daarna een maand ertussen houden en dan nog een gesprek. Na de bevalling is er dan ook nog ruimte voor een gesprek.* — SMR-coach

> *Het extra gesprek was goed. Fijn om even naar de toekomst te kijken.* — Deelnemer SMR-traject

Partner meenemen in SMR-traject

Tijdens deze pilot zijn enkele zwangere vrouwen samen met hun rokende partners verwezen naar de SMR-coach. De pilot heeft ervoor gezorgd dat de partners ook als meer vanzelfsprekend verwezen werden.

> *De awareness, dat die partner ook meegenomen wordt in het rookvrij krijgen van het gezin, dat is voor mijn gevoel ook toegenomen.* — Gynaecoloog

> *Als de partner niet aangemeld was, stelde ik bij de intake altijd de vraag: 'Rookt je partner of roken je huisgenoten? En hoe staat hij/zij erin?' Dan geef ik altijd aan: 'Je mag hem/haar meenemen of ik wil ook wel apart een keertje met die persoon bellen.* — SMR-coach

Aanjager op locatie en herhaalde aandacht voor het onderwerp

Uit de pilot bleek ook dat het belangrijk is om het onderwerp stoppen met roken te blijven agenderen onder de zorgprofessionals op de POP-poli. De betrokken zorgverlener is een aanjager van het onderwerp in het ziekenhuis en hield het onderwerp bij collega's op de agenda. Ook de samenwerking met de coach én de pilot die eromheen opgezet werd, zorgden ervoor dat het onderwerp onder de aandacht bleef.

> *We hebben in dit project ook weer gemerkt dat het belangrijk is dat de zorgverlener ook steeds weer een beetje herinnerd wordt aan het gesprek over roken. Juist als we tijdens de pilot weer een tussentijds gesprek hadden, dan kwamen er ineens weer wat verwijzingen.* — Relatiebeheerder SineFuma

Uitdagingen

Naast successen kwamen er in de interviews en evaluatiegesprekken ook uitdagingen naar voren:

Logistieke organisatie en inplanning

Er is veel afstemming nodig geweest om de samenwerking goed opgezet te krijgen. In de huidige pilot is geprobeerd om de afspraken bij de coach te koppelen aan de verloskundige afspraken. Daarvoor is het nodig dat er inzage is in agenda's en dat iemand vanuit het ziekenhuis de aanmeldingen kan regelen. Trajecten moeten officieel aangemeld worden bij de SMR-organisatie om daar goed in het systeem te komen. Er moet een kamer voor de coach beschikbaar zijn en de afstemming tussen de professionals en de coach moet georganiseerd worden. Er is dus maatwerk en aandacht nodig om dit goed te organiseren. Daarvoor heb je kartrekkers nodig op de POP-poli en flexibiliteit van een coach.

Het bleek met name een uitdaging om de gesprekken allemaal ingepland te krijgen op het dagdeel dat de coach op locatie aanwezig was. Om de tijdinvestering voor een coach op locatie rendabel te maken, is het belangrijk dat de agenda voor dat dagdeel gevuld is met afspraken. Tijdens de pilot is ervoor gekozen om ook vanuit de afdeling Verloskunde te gaan verwijzen naar de coach, om daarmee zijn dagdeel beter gevuld te krijgen.

> *Ik ben best wel flexibel geweest doordat ik afspraken kon combineren met andere afspraken in het ziekenhuis. Maar het is qua planning ingewikkeld om het haalbaar en duurzaam te houden.*
> — SMR-coach

> *Het idee was om het vaak te koppelen aan een afspraak op de POP-poli, maar in de praktijk is dat voor mijn gevoel nauwelijks gebeurd. Dat moet maar net overal passen.* — SMR-coach

> *Wil je dit echt volhouden, zo'n soort project, dan moet je dus zorgen dat er voldoende aanmeldingen zijn, zodat in ieder geval één dagdeel gevuld blijft. En op zich is dat makkelijk te realiseren, als je ook gewoon verwijzingen van andere afdelingen mee kan laten draaien.* — Relatiebeheerder SineFuma

Kenmerken locatie (parkeerkosten, reisafstand)

Uiteindelijk bleek dat niet alle gesprekken op locatie werden gevoerd. Soms werd de voorkeur gegeven aan een andere locatie of om een vervolgafspraak telefonisch te doen. Hierbij spelen factoren als bereikbaarheid, kosten locatie, tijdsinvestering en kinderopvang een rol.

> *De meesten vonden de locatie wel fijn maar ik ben ook wel eens uitgeweken naar een andere locatie. Dat werd soms als prettiger ervaren. Ik denk dat voor een POP-poli de warme overdracht belangrijker is dan de plek in het ziekenhuis. Dus je zou ook gewoon een plek in de wijk kunnen hebben.* — SMR-coach

> *Aanvankelijk was het idee: de consulten vinden allemaal plaats in het ziekenhuis en zoveel mogelijk gecombineerd, zodat de casemanager bij wijze van spreken hand in hand naar de coach kan gaan. Uiteindelijk is het in de uitwerking bij ons daar niet toe gekomen. De coach deed vaak wel het eerste consult, de intake, in het ziekenhuis. Vervolgconsulten waren ook wel telefonisch of op een andere locatie. Ik denk dat dit ook een beetje finetuning is met de coach die je hebt, wat qua beschikbaarheid dan een prettige omgeving is.* — Gynaecoloog

> *Ik vond de afspraken in het ziekenhuis niet ideaal, vanwege de parkeerkosten. Liever ergens anders in Apeldoorn.* — Deelnemer SMR-traject

> *Ik vond het veel moeite om elke keer naar het ziekenhuis te komen, dus heb het een aantal keer telefonisch gedaan.* — Deelnemer SMR-traject

Afstemming tussen coach en casemanager

In deze pilot was er vooral afstemming tussen de coach en de gynaecologen. Uit de interviews kwam naar voren dat casemanagers ook meer contact hadden willen hebben met de coach, om zo beter op de hoogte te blijven van ontwikkelingen.

> *Wij hebben natuurlijk de gesprekken met patiënten en de ene keer heb je wel even tijd om hierop terug te komen. Dan is het fijner als je wat informatie hebt, dat je daar gelijk op kunt inspringen. En ook om als iemand daadwerkelijk gestopt is, een feestje te vieren.* — Casemanager

> *Zeker bij onze psychiatrische patiënten kan stoppen met roken tijdelijk zorgen voor een toename van klachten. En als je dan weet in welk traject ze precies zitten, in welke fase, dan is dat fijn.* — Casemanager

Motivatie zwangere vrouwen

De pilot heeft ervoor gezorgd dat er meer vrouwen aangemeld werden voor SMR-coaching. Toch was er ook nog steeds een deel dat niet aangemeld wilde worden voor de coaching. De belangrijkste reden daarvoor was een gebrek aan motivatie om te stoppen met roken. In enkele gevallen kregen de vrouwen elders al SMR-begeleiding of waren zij zeer laat in beeld op de POP-poli en daarom niet meer aangemeld.

> *Er zit nog een hele poule van vrouwen die ook roken, maar die eigenlijk al bij de intake op de POP aangeven: 'dat stukje ga ik nu niets mee doen'.* — Gynaecoloog

Conclusies en aanbevelingen

Deze pilot betrof een samenwerking tussen de POP-poli in Apeldoorn, SMR-organisatie SineFuma en het Trimbos-instituut. Uitgangspunt hierbij was een gespecialiseerde SMR-coach die fysieke SMR-begeleiding gaf op de POP-poli, waarbij er afstemming was tussen de coach en zorgprofessionals. We hoopten hiermee te bereiken dat er meer verwijzingen kwamen naar SMR-coaching, dat er meer zwangere vrouwen en partners daadwerkelijk startten met de coaching en het gehele traject doorliepen en dat er minder terugval was in rookgedrag tijdens en na de zwangerschap.

Hoewel voorzichtigheid geboden is bij interpretaties van de uitkomsten vanwege de kleine aantallen, lijken de uitkomsten van de pilot positief. Als we kijken naar de registratiegegevens van de zorgprofessionals en de coaches, zien we dat bijna de helft van de vrouwen die rookten tijdens de intake verwezen wilden worden naar SMR-coaching. Hoewel we niet kunnen vergelijken met cijfers van vóór de pilot, geven de zorgprofessionals aan dat dit beduidend meer is dan voorheen. Zeer opvallend is het aantal patiënten dat na aanmelding daadwerkelijk aan het traject start. Waar we uit aanmeldcijfers van de telefonische coaching Rookvrije Ouders weten dat normaalgesproken ongeveer de helft na aanmelding start, zagen we in deze pilot dat maar liefst 22 van de 24 deelnemers het traject startten. Bijna alle deelnemers die het gehele traject doorliepen, zijn daadwerkelijk gestopt met roken (11 van de 13 deelnemers).

Het aantal aanmeldingen lijkt groter, uitval na aanmelding lijkt kleiner en het stoppercentage lijkt hoger dan wat we gewend zijn op de POP-poli vóór de pilot. Dit is heel positief, zeker omdat we ons in deze pilot richtten op een extra kwetsbare groep. Wel is verder onderzoek met meer deelnemers nodig om betrouwbare conclusies te kunnen trekken.

Uit gesprekken met de patiënten, de zorgprofessionals en SMR-coach blijkt dat er veel successen te benoemen zijn en ook een aantal uitdagingen. We zagen dat het met name heel belangrijk is dat de SMR-coach en de zorgprofessionals elkaar goed kennen. Dit is van extra belang wanneer het om een doelgroep gaat waarbij veel andere problematiek speelt. Voor zorgprofessionals wordt verwijzen makkelijker en kan het proces tussentijds beter gevolgd worden. Voor de coach geldt dat er makkelijker afgestemd kan worden over de problematiek die in de coaching naar voren komt en dat hij/zij bekend raakt met de specifieke doelgroep.

Een dergelijke samenwerking vraagt om gemotiveerde zorgverleners die de logistieke organisatie kunnen oppakken en het onderwerp blijvend op de agenda zetten – zowel in de gesprekken met patiënten als op de werkvloer. Om de inzet van de coach op termijn rendabeler te maken, kan de samenwerking worden uitgebreid naar andere afdelingen binnen het ziekenhuis, of kan worden onderzocht of interne scholing van zorgverleners hierin een duurzame oplossing biedt. Zo kan stoppen met roken op een structurele en haalbare manier ingebed worden in de zorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare posities.

Aanbevelingen voor zorgprofessionals (van andere POP-poli's) en SMR-coaches:

1. **Zorg voor een gespecialiseerde coach op locatie.** Een gespecialiseerde SMR-coach op de POP-poli biedt voordelen voor zorgprofessionals, patiënten én de coach zelf. Zorgprofessionals weten beter naar wie ze verwijzen, waardoor verwijzen makkelijker en vanzelfsprekender wordt. Voor patiënten voelt de zorg dichtbij en persoonlijk. Een toegewijde coach leert de doelgroep, haar behoeften (zoals tussendoor app-contact) en de problematiek die speelt goed kennen. Gespecialiseerde coaches zijn opgeleid om mensen met een kinderwens of zwangere vrouwen te begeleiden en zijn bijvoorbeeld te vinden bij SMR-organisaties aangesloten bij het programma Rookvrije Ouders (telefonische coaching).
2. **Plan een fysieke eerste kennismaking.** Het eerste contactmoment met de coach vindt bij voorkeur fysiek plaats, om zo de commitment te vergroten. De overige gesprekken kunnen naar behoefte van de patiënt of coach telefonisch of op een andere gewenste locatie plaatsvinden. Zo worden logistieke drempels, zoals reistijd of parkeerkosten, beperkt en blijven spreekuren goed planbaar.
3. **Zorg voor afstemming tussen coach en betrokken zorgverleners.** Korte lijntjes tussen SMR-coach en de professionals op de POP-poli zijn essentieel. Betrek niet alleen de artsen die de intakes uitvoeren, maar ook casemanagers en verpleegkundigen die de verdere zorg organiseren en eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënten. Voor de coach zijn deze lijnen belangrijk voor afstemming en terugkoppeling, bijvoorbeeld bij patiënten met meerdere stressoren die het stopproces beïnvloeden.
4. **Besteed aandacht aan rookvrij blijven na de bevalling.** Ruim een kwart van de vrouwen die tijdens de zwangerschap stoppen met roken, valt na de zwangerschap terug [2]. Het is daarom belangrijk om aan het einde van de zwangerschap vooruit te blikken op de periode erna. Een extra gesprek voor terugvalpreventie werd in deze pilot als zeer waardevol ervaren door zowel de coach als de patiënten.
5. **Betrek de partner bij het traject.** Op de POP-poli in Apeldoorn konden ook de partners van de zwangere vrouwen verwezen worden naar de SMR-coach. Dit is heel belangrijk omdat veel partners rondom de zwangerschap blijven roken [2], wat directe schadelijke gevolgen heeft [5] en het voor de zwangere vrouw moeilijker maakt om te stoppen en gestopt te blijven [6].
6. **Zorg voor een enthousiaste aanjager.** Om stoppen-met-roken op de POP-poli structureel op de agenda te houden, is het belangrijk dat er een gemotiveerde zorgverlener is die de samenwerking helpt opzetten en het onderwerp actief onder de aandacht houdt. Zeker wanneer er veel andere zorgvragen en problematiek spelen, kan stoppen met roken gemakkelijk lager op de prioriteitenlijst komen te staan. Een enthousiaste aanjager voorkomt dit en bevordert dat het onderwerp consistent aandacht krijgt.

> *"Ik denk vooral bij een gecompliceerdere psychosociale of psychiatrische situatie dat je echt het stoppen met roken op de agenda moet hebben staan. Dat dat niet iets is dat je ondergeschikt maakt. Ik zou andere POP-poli's willen enthousiasmeren om te kijken of je die samenwerking kan aangaan met een 'dedicated' coach. Ik denk echt dat dat heel veel meerwaarde heeft.* — Gynaecoloog

Aanbevelingen voor beleidsmakers en zorgverzekeraars:

1. **Investeer in structurele stoppen-met-rokenbegeleiding op POP-poli's.** De POP-poli is een belangrijke setting voor het aanbieden van stoppen-met-roken begeleiding aan (aanstaande) ouders in kwetsbare situaties. In deze pilot rookte ongeveer 13% van de vrouwen ten tijde van de intake – aanzienlijk meer dan het landelijke gemiddelde (6,3% rookt op enig moment tijdens de zwangerschap, 2,5% de hele zwangerschap). Hoewel verder onderzoek nodig is, laten de resultaten zien dat een nauwe samenwerking tussen zorgverleners en een gespecialiseerde SMR-coach op locatie kan bijdragen aan meer verwijzingen, hogere deelname aan coaching en een groter aandeel (aanstaande) ouders dat stopt met roken. De concentratie van vrouwen die roken maakt de POP-poli tot een logische plek voor gerichte SMR-begeleiding. Structurele investering in deze aanpak kan leiden tot meer gezondheidswinst voor moeder en kind, en op termijn mogelijk ook tot lagere zorgkosten.
2. **Zorg voor vergoeding van nazorg- en terugvalmodules.** Vanaf 1 januari 2026 worden drie stoppen-met-roken-trajecten per jaar vergoed. Het zou wenselijk zijn als binnen deze regeling ook ruimte is voor een 'nazorgmodule' en 'terugvalmodule'. Zowel de SMR-coach als de vrouwen gaven in deze pilot aan dat het extra gesprek na de bevalling van meerwaarde was. Idealiter is er in deze fase ruimte voor één of meerdere vervolggesprekken. Structurele vergoeding van nazorg- en terugvalpreventiegesprekken maakt de ondersteuning flexibeler en zou de kans op blijvend succes kunnen vergroten.
3. **Versterk integrale ondersteuning voor een gezonde start voor ieder kind.** Deze pilot werd uitgevoerd vanuit het programma Gezonde Start van het Trimbos-instituut. Gezonde Start ondersteunt professionals in de preconceptie-, geboorte- en jeugdgezondheidszorg bij het bevorderen van een gezonde en kansrijke start voor ieder kind. Het programma bundelt de thema's Rookvrije Start, Alcoholvrije Start en Mentaal Gezonde Start, en biedt onderbouwde, praktische hulpmiddelen om roken, alcoholgebruik en mentale gezondheidsproblemen te signaleren, te bespreken en – waar nodig – (aanstaande) ouders te verwijzen naar passende hulp. Deze pilot laat zien hoe waardevol integrale samenwerking tussen professionals, nabijheid en gerichte, samenhangende begeleiding zijn voor ouders in kwetsbare posities. Blijvende aandacht en structurele investering zijn nodig om ervoor te zorgen dat ieder kind een gezonde start krijgt.

Referenties

1. Geuke, G., de Josselin de Jong, S., Croes. E. (2022). Factsheet Roken & Zwangerschap – update 2022. Trimbos-instituut, Utrecht.
2. Scheffers-van Schayck, T., Ramaker, V., van Engen, M., Morren, K., & Tuithof, M. (2024). Monitor Middelengebruik & Zwangerschap 2023. Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap. Trimbos-instituut, Utrecht.
3. Bolier, L. Rinaldi, D. en Leone, S. (2023). Factsheet Roken, stress en kwetsbaarheid. Aanknopingspunten om zwangere vrouwen beter te ondersteunen bij stoppen met roken en gestopt te blijven. Trimbos-instituut, Utrecht.
4. Gemeente Rotterdam & Erasmus MC. (2019). *Definitie kwetsbaarheid – Zwangere vrouwen*. Rotterdam: auteurs. Geraadpleegd van www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2020/12/Definitie-Kwetsbaarheid_DVP-Rijnmond.pdf
5. van der Houwen, C., Delemarre-Edens, J., Hopman, P., Bommelé, J., de Josselin de Jong, S. (2024). Factsheet Rookvrij zwanger worden. Literatuuroverzicht van de risico's van (mee)roken in de periconceptie periode. Trimbos-instituut, Utrecht.
6. Willemsen, E., Hipple Walters, B., de Josselin de Jong, S., Scheffers - van Schayck, T., Willemsen, M. (2022). Notitie stoppen met roken bij partners van zwangere vrouwen. Trimbos-instituut, Utrecht.
7. Trimbos-instituut. (2017). Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen. Trimbos-instituut, Utrecht.
8. Van Westen-Lagerweij, N., Troelstra, S., Dam, W., Schaap, J., Croes, E. (2024). Factsheet Rookstopadviesmethoden. Trimbos-instituut, Utrecht.

Colofon

Auteurs: Sanne de Josselin de Jong, Milly Neuman, Karien Hack
Met dank aan: POP-team Gelre Ziekenhuizen, Cyriel de Graaf, Maaike van Kessel-Nagelhout, Willem Alferink, Clasien van der Houwen, Marieke Rombouts
Vormgeving: The Creative Hub | Canon

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel.
Artikelnummer TRI-62-149
© 2025, Trimbos-instituut, Utrecht

Trimbos instituut

Gezonde Start rookvrij