

Tabak en zwangerschap

Hoe beter we met zwangere vrouwen
meevoelen, hoe beter we hen van de
sigaret kunnen afhelpen.



Dankbetuigingen

Dit document is tot stand gekomen door:

S. BUONOMO (FARES), Dr. A.-C. CHERON (cliniques universitaires Saint-Luc), J. DUMONT (Hôpital Universitaire Erasme, Ulb-FARES), B. JANSSEN (FARES), Dr. V. GODDING (cliniques universitaires Saint-Luc), M. LIEBAERT (VRGT), Prof. J. PRIGNOT (FARES), Dr. J. VAN EYCK (VVOG), Prof. P. VERMEIRE (VRGT).

De teksten van de brochure zijn gelezen en gecorrigeerd door leden van het coördinatiecomité van de VRGT/FARES bestaande uit:

Dr. A. AERTS (VRGT), Prof. H. BOUDREZ (UZ Gent), Dr. J. GAILLY (SSMG), V. LEMAIGRE (UZ LEUVEN), Prof. J. VAN MEERBEECK (UZ Gent), Dr. M. MEYSMAN (AZ VUB), Prof. K. NACKAERTS (UZ Gasthuisberg), C. RASSON (FARES), Dr. D. VAN RANST (UZA), J.M. WOUTERS (VRGT).

De definitieve tekst is herzien door:

Prof. P. BARTSCH (FARES), Dr. WANLIN (FARES), Prof. P. VERMEIRE (VRGT).

Inhoudsopgave

Dankbetuigingen.....	2
Tabak en zwangerschap	
Tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de tabaks- ontwenning bij zwangere vrouwen en hun partner.....	4
Richtlijnen voor de toepassing van het K.B. van 17.09.2005.....	5
1. Risicofactoren van het roken tijdens de zwangerschap.....	6
2. Tabaksverslaving en zwangerschap	
Hoe er over spreken ?	9
3. Nicotinesubstitutie tijdens de zwangerschap	14
4. Procedure tegemoetkoming RIZIV	16
5. Modaliteiten voor de begeleiding door een tabakoloog	18
Bibliografie.....	19

Tabak en zwangerschap

Tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de tabaksontwenning bij zwangere vrouwen en hun partner.

Stoppen met roken is voor de zwangere vrouw dikwijls een niet voor de hand liggend doel. Het is des te moeilijker als ook de partner rookt. Rekening houdend met deze gegevens heeft het RIZIV (cfr. K.B. van 17 september 2005) een campagne voor tabaksontwenning bij zwangere vrouwen en hun partner opgestart. Door deze actie zullen zwangere rokende vrouwen en eventueel hun rokende partner, allebei een forfaitair bedrag ontvangen voor een rookstop-begeleiding bestaande uit 8 consultaties.

Gynaecologen en gezondheidsdeskundigen die rechtstreeks contact hebben met de zwangere vrouwen hebben een belangrijke rol in het veranderen van het rookgedrag van hun patiënten. In deze brochure wordt uitgelegd op welke manier er hulp kan geboden worden bij de tabaksontwenning van de zwangere vrouw en haar partner.

Omdat er heel wat risico's verbonden zijn aan het roken tijdens de zwangerschap wordt er hulp aangeboden om te kunnen stoppen met roken. De risicofactoren worden kort samengevat in het eerste deel van de brochure.

In het tweede deel worden verschillende interventies voorgesteld, die men kan toepassen om bv. een zwangere vrouw te motiveren om te stoppen met roken. Daarnaast komt het behandelen van de nicotine-afhankelijkheid door eventuele medicamenteuze hulpmiddelen ter sprake. Ten slotte wordt het verloop van de rookstop-begeleiding, bestaande uit 8 sessies, uitgelegd evenals de procedure voorzien door het RIZIV voor de forfaitaire tegemoetkoming van deze consultaties.

Richtlijnen voor de toepassing van het K.B. van 17.09.2005

Voor alle zwangere rokende vrouwen en hun partner.

1 1. Het rookprofiel opstellen.

"Wilt u stoppen met roken ?"

2 2. Aanraden om te stoppen.

"Ik raad u aan om te stoppen met roken. Ik kan u helpen"

of "Ik raad u aan om te stoppen met roken. De tabakologen/rookstopconsulenten kunnen hierbij helpen, er is een tegemoetkoming van het ziekenfonds voorzien"

3 3. De motivatie om te stoppen evalueren.

"Wilt u stoppen met roken ?"

Bij een sterke motivatie



Bij een zwakke motivatie

Versterken van de motivatie door een motivatiegesprek

Gebruiken van motivatietechnieken:

- empathie
- argumentatie vermijden
- weerstanden doorbreken
- vertrouwen benadrukken



- ## 4 4
- **Voor de vrouwen** die willen stoppen met roken en willen deelnemen aan de rookstopbegeleiding mits een tegemoetkoming van € 120: doorverwijzen naar een erkende tabakoloog/rookstopconsulent*.
 - **Voor de partners** die eveneens willen stoppen met roken en willen deelnemen aan de rookstopbegeleiding mits een tegemoetkoming van € 120: doorverwijzen naar een erkende tabakoloog/rookstopconsulent*.
(en indien nodig ook een tegemoetkoming van € 55 voor de medicatie)

Lijst van erkende tabakologen beschikbaar bij de VRGT (tel.: 02/510.60.90)

Internetsite : www.rookvrijezwangerschap.be

* Tabakoloog/rookstopconsulent = gezondheidsdeskundige of licentiaat in de psychologie, gediplomeerd door de VRGT of de FARES of in het bezit van een tijdelijke erkenning.

1

Risicofactoren van het roken tijdens de zwangerschap

Onderstaande tekst somt bondig de risico's op van roken voor, tijdens en na de zwangerschap. Roken is een vermijdbaar risico. Het is de oorzaak van verwickelingen die voor de vrucht ernstige gevolgen kunnen hebben. Hoe meer men rookt, hoe groter de kans op ernstige verwickelingen.

Tijdens de zwangerschap

Door vasculaire aantasting kan er placentaire insufficiëntie optreden waardoor de groei van de foetus niet optimaal is. Anderzijds kunnen de schadelijke stoffen, waaronder koolstofmonoxide en nicotine, via de navelstreng het embryo en/of foetus bereiken en een negatieve invloed hebben op de groei en ontwikkeling.

- miskraam tijdens het eerste trimester (OR 1.3)
- solutio placentae (OR 1.3 -1.7)
- retro-placentair hematoom (OR 1.5 -1.8, dosisafhankelijk effect)
- vroegtijdig breken van de vliezen (OR 1.8)
- preterme partus (RR van 1.5 tot 2, dosisafhankelijk effect)

Teratogene effecten

- gespleten gehemelte of lip (OR 1.5 – 1.7, dosisafhankelijk effect)
- congenitale hartgebreken (OR 1.2 – 1.6, dosisafhankelijk effect)
- misvorming van de ledematen (o.a. klompvoet) (OR 1.2)

Bij de ontwikkeling van de foetus zijn de gevolgen dosisafhankelijk en komen ze tot uiting door

- lager geboortegewicht (GG gemiddeld 200 gr), risico op intra-uteriene groeiretardatie
- verhoogd risico op dysmaturiteit (GG < 2500 gr, RR = 2)
- stoornis in de ontwikkeling van de luchtwegen (vermindering van de longfunctie bij de geboorte)

- stoornis van de neurologische ontwikkeling van de foetus: risico op microcefalie (< 32 cm) bij de geboorte (OR 1.5 – 1.8)

Tijdens de perinatale periode : dosisafhankelijke effecten

- verdubbelde perinatale mortaliteit door het roken van de moeder
- verstoord neurologisch beeld bij de pasgeborene van een rokende moeder

Tijdens de borstvoeding

- vermindering van de mogelijkheid om borstvoeding te geven, minder lange periode van borstvoeding

Opmerking: de moedermelk, zelfs van een rokende moeder, bevat zoveel beschermende stoffen dat deze nog altijd te verkiezen is boven flessenvoeding. Wanneer de moeder niet kan stoppen met roken, kan ze er op letten dat ze pas rookt na het geven van de borst en zo ver mogelijk in tijd verwijderd van de volgende voeding.

De gezondheid van de zuigeling en het kind

- verhoogd risico op middenoorontsteking, aantasting van het neusslijmvlies door immobilisatie van de cilia
- verhoogd risico op bronchitis, bronchiolitis, longontsteking en astma (RR= 4, dosisafhankelijk effect)
- risico op wiegendood (RR = 4 dosisafhankelijk effect)
- risico op ernstige infecties (meningokokken) (OR 1.8)
- neurologische risico's : hyperactiviteit (ADHD), vertraging van de mentale ontwikkeling (OR 1.6)
- risico op cardiovasculaire problemen en voedingsproblemen: verhoging van het risico op te hoog lichaamsgewicht in de kindertijd (dosisafhankelijk effect)

De gezondheid van de volwassene

- verhoogd risico op chronische ziekten: astma, diabetes type 2 (OR 3-4) en atopie

- invloed op de vruchtbaarheid: verhoging van het risico op oligo-astheno-teratospermie bij de mannen (dosisafhankelijk effect OR 1.5 – 1.6) (47-49)
- verhoogd risico op tabaksverslaving (RR = 2) (41-43-46).

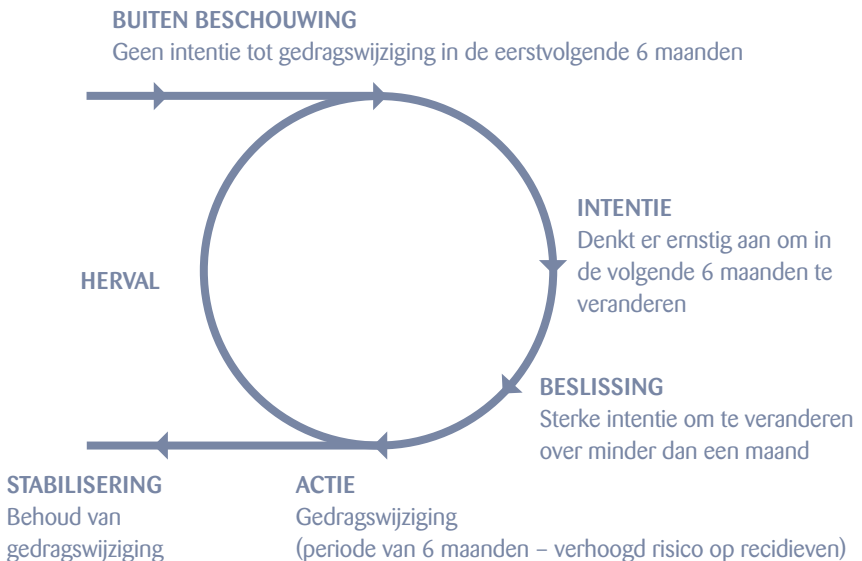
Enkel een totale rookstop laat toe om de risico's te verminderen. Een vermindering van het aantal sigaretten per dag volstaat niet om de risico's voor de gezondheid van de foetus op voldoende wijze te doen dalen. Ondanks een daling van 50% van het dagelijks sigarettenverbruik, zal het geboortegewicht niet significant verhogen, behalve bij rokende moeders die voor de zwangerschap slechts 5 of minder sigaretten per dag rookten (53). Dit kan verklaard worden door het feit dat nicotine-afhankelijke zwangere vrouwen de vermindering kunnen compenseren door intenser de sigaretten te roken, wat hen toelaat de nicotinehoeveelheid waaraan ze nood hebben, op te nemen maar eveneens andere toxische stoffen van tabak, die veel gevaarlijker zijn voor de foetus.

2

Tabaksverslaving en zwangerschap

Hoe er over spreken ?

Tabaksverslaving is een onderwerp dat tegenwoordig niet kan losgekoppeld worden van het motivationele aspect. De visie op motivatie voor een gedragsverandering is erg geëvolueerd. Motivatie wordt niet meer beschouwd als een vast concept, een karaktereigenschap, maar eerder als een factor die evolueert met de tijd. Het opstellen van het transtheoretisch model van de verschillende stadia van gedragswijziging (Prochaska et al., 1983; 1992) (54-55) liggen aan de basis van deze opvatting.



Prochaska JO en Di Clemente CC

Dit model stelt voorop dat personen die een gedrag willen wijzigen, verschillende stadia doormaken. Dit model pleit ervoor gezondheidsdeskundigen bewust te maken hun argumentatie aan te passen in functie van het stadium waarin de zwangere vrouw zich bevindt.

De motivationele aanpak

Het motivatiegesprek (Miller en Rollnick, 1991) (57) wordt gekenmerkt door een houding die de gezondheidsdeskundige (o.a. de gynæcoloog) steunt om gemakkelijker het probleem van de tabaksverslaving te bespreken met de zwangere vrouw.

De empathie

Een empathische houding zal de zwangere vrouw aansporen om openlijk haar vrees, haar waarden en haar wensen te bespreken. In deze context zal ze ook meer bereid zijn om te luisteren naar raadgevingen over haar rookgedrag (Wagner & Connors, 2003) (58). Dit wil echter niet zeggen dat “wanneer men zich inleeft in de patiënte”, men hierbij ook dezelfde mening heeft; het is mogelijk een andere mening te hebben en hierbij de zienswijze van de zwangere vrouw te begrijpen en te respecteren.

Argumenten vermijden en weerstand doorbreken

Wanneer men probeert een persoon te overtuigen om zijn/haar gedrag te veranderen, terwijl deze niet klaar is om te veranderen, kan men hem/haar versterken in het niet wijzigen van haar gedrag. Het is beter om niet te allen prijze voor een rookstop te pleiten, want dit blijkt onvermijdelijk een versterking van de weerstand te geven die tot een conflictsituatie kan leiden.

Men moet de argumenten eerder gebruiken om het inzicht van de patiënte over haar rookgedrag verder uit te diepen.

Vertrouwen geven

Het vertrouwen van de patiënt(e) verhogen of versterken om haar gedrag te wijzigen, is een fundamentele stap. Door de aandacht te vestigen op reeds gerealiseerde doelen (in het verleden of recent),

krijgt de patiënte meer zelfvertrouwen. Het is inderdaad belangrijk te peilen welke vrouwen verder roken en niet wensen te stoppen. In dit specifieke geval zal het nodig zijn het onderwerp steeds terug aan te kaarten tijdens de begeleidingssessies en de vrouw te ondersteunen zonder schuldgevoelens te induceren (conferentie consensus tabak en zwangerschap; Rijsel, 2004).

De strategie van de 5A's om te stoppen met roken

Naast deze specifieke houding voor de motivationele aanpak, wordt er bij de rookstop ook beroep gedaan op de strategie van de 5 A's.

Deze strategie raadt de gezondheidswerkers aan om in vijf opeenvolgende acties te handelen (Fiore & Bailey, 2000) (60). De eerste drie acties kunnen gemakkelijk afgehandeld worden tijdens de consultatie voor het opvolgen van de zwangerschap. Het betreft:

1. "Ask": het rookgedrag bepalen van alle patiënten bij elk contact bvb. "Rookt u?"

Het is eveneens belangrijk de patiënte te ondervragen over

- het aantal sigaretten: "Hoeveel sigaretten rookt u per dag?"
- de fysische afhankelijkheid : "Hoe lang duurt het bij het opstaan vooraleer u uw eerste sigaret opsteekt?" ("Time to the First Cigarette"). Het is de meest eenvoudige manier om via één enkele vraag het belang van de nicotine-afhankelijkheid te bepalen (Fagerström).

Interpretatie van de resultaten

Men wordt beschouwd als erg afhankelijk wanneer men binnen de eerste 30 minuten rookt (ong. 53%) en als weinig afhankelijk wanneer dit later gebeurt.

2. "Advise to quit": de patiënte er toe brengen te stoppen met roken door een gepersonaliseerde en duidelijke boodschap.

Zoals beschreven in de motivationele aanpak, moet de houding empathisch zijn en niet confronterend. Het is het moment om uit te leggen hoe belangrijk het is om niet te roken voor de algemene gezondheid van de aanstaande moeder en van de foetus maar ook op gynaecologisch vlak en de patiënte hierbij aan te moedigen.

3. "Assess willingness to make a quit attempt": de motivatie van de patiënte evalueren en versterken om tot rookstop te komen.

Er wordt hier aan de zwangere vrouw gevraagd of ze al dan niet wenst te stoppen met roken. Haar motivatie kan geëvalueerd worden aan de hand van meerdere werkinstrumenten.

De motivatiegraad

De patiënte moet hier aanduiden hoe belangrijk het stoppen met roken voor haar is op een schaal van 0 (helemaal niet belangrijk) tot 10 (uiterst belangrijk) (Rollnick et al., 1999) (62). Op deze manier is het mogelijk haar te helpen door haar tot inzicht te brengen in haar opvattingen over tabak en te zien wat haar belet om te stoppen. Bijvoorbeeld : “om welke reden(en) situeert U uw motivatie om te stoppen op 5 en niet op 0?”



Helemaal niet
belangrijk

Uiterst
belangrijk

Het ambivalent rooster

Het kan nuttig zijn de opvattingen van de patiënte tegenover haar rookgedrag verder uit te diepen. Er zijn enerzijds voor- en nadelen van het roken, en anderzijds zijn er voor- en nadelen bij het stoppen

met roken (Janis et al., 1977) (63). Het is aan te raden om te beginnen in de linkerbovenhoek en te werken in tegenwijzerzin. Bedoeling is om te beginnen en te eindigen met positieve aspecten.

Roken	Stoppen
Voordelen	
"een sigaret kalmeert me"	"het is beter voor de gezondheid van mijn kindje"
Nadelen	
"de geur stoort me"	"ik loop het risico te verdikken"

De laatste twee acties voor de rookstop kunnen gebeuren door de gynaecoloog die de zwangerschap volgt, of desgevallend door een erkend tabakoloog, wanneer de zwangere vrouw en eventueel haar partner een begeleiding wensen te volgen waarbij een forfaitaire tegemoetkoming is voorzien (zie hfdst. Begeleidingsmodaliteiten). De tabakoloog zal nauw samenwerken met de gynaecoloog.

Deze twee laatste stappen zijn:

4. "Assist in quit attempt": assist in quit attempt: Begeleiden en de nodige psychologische en eventueel farmacologische hulp verlenen aan de rokers die wensen te stoppen.

De cognitieve gedragsbenadering wordt aangeraden bij de hulp voor tabaksontwenning. De medicamenteuze hulp wordt in volgend hoofdstuk uitgelegd.

5. "Arrange follow up": minstens twee opvolgconsultaties voorzien, de eerste bij voorkeur binnen de week volgend op de rookstop.

3

Nicotinesubstitutie tijdens de zwangerschap

Er is heel wat weerstand rond het gebruik van nicotinesubstitutie. Dit komt omdat in bepaalde experimentele studies nevenwerkingen werden geobserveerd bij de zwangere vrouw en de foetus. Men moet hier nuanceren want deze resultaten werden bekomen uit studies waar men veel hogere dosissen nicotine had toegediend dan men tijdens de therapie toedient en uit studies met dieren.

Dit is zonder twijfel de reden waarom de medische bijsluiter vermeldt dat nicotinevervanging enkel op medisch advies mag gebruikt worden tijdens de zwangerschap ondersteund door een rookstop-begeleiding. Ondanks alles moet men er wel rekening mee houden dat de meeste negatieve effecten van de sigaret bij de moeder en het kind te wijten zijn aan andere componenten van de tabaksrook, niet zozeer aan nicotine. Daarenboven is het nicotinegehalte in het bloed, bekomen door nicotinemedicatie, veel zwakker dan die van de tabaksrook. De risico's van een behandeling met nicotinesubstitutie zijn in elk geval minder dan de risico's als men verder rookt.

De Conferentie van de Franse consensus "Tabak en zwangerschap" (59) besluit dat nicotinesubstitutie kan overwogen worden bij de zwangere vrouw als deze erg nicotine-afhankelijk is en wanneer men er niet in geslaagd is om een verandering in het rookgedrag te verkrijgen.

Praktische modaliteiten bij de tabaksafhankelijke zwangere vrouw

Bij het mislukken van een rookstop via de strategie van de 5 A's of via een meer uitgebreide cognitief-gedragsmatige aanpak, kan de tabakoloog in overleg met de huisarts het gebruik van nicotinevervanging in orale vorm (kauwgom, zuigtablet, sublinguale tablet, inhaler) aanraden via intermitterende toediening, moeilijk te combineren om tegelijkertijd te roken. De dosis per inname is afhankelijk van de mate van nicotine-afhankelijkheid aangegeven door de test "Time to the first Cigarette" en het aantal sigaretten dat men rookt per dag.

- 2 mg bij lichte afhankelijkheid
(1^{ste} sigaret > 30 min na het ontwaken)
- 4 mg bij sterke afhankelijkheid (< 30 min na het ontwaken)

Het is aan te raden om de dosissen aan te passen aan de nicotine-afhankelijkheid zodat men door een minimum aantal innames erin slaagt om te stoppen met roken.

De normale duur van een behandeling met nicotinesubstitutie bedraagt 8 weken, maar deze kan verlengd worden indien noodzakelijk tijdens de zwangerschap en zelfs na de bevalling.

Men kan enkel de pleisters van 16u gebruiken in geval van intolerantie voor de orale vormen (misselijkheid, braken), omdat er een risico van overdosering bestaat door te roken op de pleister. Daarnaast is de totale dosis geabsorbeerde nicotine minder onder orale vorm dan onder vorm van pleisters. Bupropion is niet aan te raden tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoeding. In geval van het mislukken van de stoppoging of wanneer er co-morbiditeit optreedt, kan men teruggaan naar de tabakoloog. Deze kan zich baseren op de dosis cotinine en het CO gehalte om de behandeling beter aan te passen aan de individuele noden en kan de gedragsmatige ondersteuning versterken:

- met co-morbiditeit
 - astma, diabetes, depressie
- met psycho-sociale problemen
 - intrafamiliaal geweld (actueel of tijdens de kinderjaren)
 - armoede
 - stress
- met andere verslavingen
 - alcohol
 - cannabis
 - harde drugs,...

4

Procedure tegemoetkoming RIZIV

Wanneer de gezondheidsdeskundige vaststelt dat de zwangere vrouw wenst te stoppen met roken en rookstopbegeleiding nodig heeft, zal hij haar en eventueel haar partner, doorverwijzen naar een erkende tabakoloog. Men kan niet van een tegemoetkoming genieten als de tabakoloog niet erkend is.

De lijst van erkende tabakologen wordt verspreid door het RIZIV naar de verzekeringsinstellingen en is ook beschikbaar bij de VRGT (tel. 02/510.60.90).

De tegemoetkoming dekt forfaitair

1. de kosten van de begeleiding (8 sessies) bij tabaksontwenning bij de zwangere vrouw en partner (elk € 120)
2. de kosten van de medicamenteuze behandeling bij tabaksontwenning bij de partner (€ 55). Hieronder worden verstaan:
 - nicotinevervangers
 - behandeling met bupropion

Voorwaarden tot tegemoetkoming van de begeleiding van de zwangere vrouw

Men moet uiterlijk 3 maanden voor de verwachte bevallingsdatum (geneeskundig attest) contact opnemen met een erkende tabakoloog.

- deze tabakoloog stelt een opvolgiche op.
- de begeleiding bestaat uit 8 zittingen waarvan de eerste plaats vindt uiterlijk 3 maanden voor de voorziene bevallingsdatum en de laatste zitting ten vroegste 3 maanden en uiterlijk 6 maanden na de bevallingsdatum.
- tijdens elke zitting vult de tabakoloog de opvolgiche van de zwangere vrouw in.
- wanneer de opvolgiche volledig ingevuld is, kan de zwangere vrouw een forfait bekomen van € 120 door zich te wenden tot haar verzekeringsinstelling.

Voorwaarden tot tegemoetkoming voor partner van zwangere vrouw

- partner moet gelijktijdig met de zwangere vrouw behandeld worden. Hij moet 8 sessies volgen bij een tabakoloog. Die kan verschillend zijn van die van zijn partner.
- partner is degene die onder hetzelfde dak woont als de rokende zwangere vrouw – ongeacht het geslacht - (wordt door verzekeringsinstelling nagetrokken) en die zij als partner vermeldt op de opvolgfiche (indien nodig kopie van haar opvolgfiche).

Voorwaarden voor partner van zwangere vrouw om van de tegemoetkoming van medicamenteuze behandeling te kunnen genieten

- de tabakoloog vult het gedeelte van de opvolgfiche bestemd voor medicamenteuze ondersteuning in, onder voorbehoud van de volksgezondheidsregels die van toepassing zijn bij het voorschrijven van farmaceutische specialiteiten.
- bij elke aflevering van de medicamenteuze ondersteuning stempelt de apotheker de opvolgfiche af
- de medicamenteuze behandeling duurt ten minste 6 weken
- forfait van € 55 voor medicamenteuze ondersteuning mag enkel uitbetaald worden als men voldoet aan de vereiste voorwaarden voor de tegemoetkoming voor begeleiding.
- wanneer de opvolgfiche volledig ingevuld is kan de partner van de zwangere vrouw zich wenden tot zijn/haar verzekeringsinstelling.

5

Modaliteiten voor de begeleiding door een tabakoloog

Het Koninklijk Besluit voorziet 8 zittingen voor de begeleiding (waarvan minstens 2 na de bevalling). Ze hebben tot fundamenteel doel om de zwangere vrouw te steunen en te begeleiden naar een volledige rookstop. Deze begeleidingssessies gebeuren door een erkend tabakoloog. De tabakoloog is een gezondheidswerker of een licentiaat in de psychologie die de interuniversitaire vorming in Tabakologie heeft gevolgd, georganiseerd door de VRGT/FARES en in samenwerking met de Stichting tegen Kanker, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen en de universiteiten (KUL, UA, UG, VUB, ULB, UCL, ULg). In het kader van deze campagne kunnen gezondheidswerkers die een aantoonbare ervaring hebben in de rookstopbegeleiding een tijdelijke erkenning als tabakoloog verkrijgen van de VRGT/FARES. Hun patiënten kunnen dan eveneens van de forfaitaire tegemoetkoming genieten. Meer informatie over de tijdelijke erkenning kan verkregen worden bij de VRGT (02/510.60.90).

De grote lijnen die gevolgd worden door de tabakoloog tijdens de begeleiding zijn de volgende:

- bepalen van het psychisch functioneren
- cognitief-gedragsmatige ondersteuning
- bepalen van de nicotine-afhankelijkheid
- medicamenteuze ondersteuning

Dit gebeurt doorheen drie fases: voorbereiding tot rookstop, stoppen van tabaksverbruik en hervat vermijden. Het bepalen van het psychisch functioneren, bestaat uit het opzoeken van een bestaande of vroegere depressie, angst, psychologische elementen die tabaksverbruik bevorderen. Tests zoals de Hospital Anxiety Depression Score (HADS) (64) kunnen hierbij gebruikt worden. Deze inventarisatie is belangrijk omdat tabaksgebruik tijdens de zwangerschap dikwijls gelinkt wordt aan andere problemen (depressie, stress, economische moeilijkheden, andere verslavingen, huidig of vroeger geweld). De cognitief-gedragsmatige ondersteuning bestaat in het opzoeken van onderliggende kerngedachten waarom men rookt. Via cognitieve technieken kan men deze proberen te wijzigen en via gedragstechnieken kan men de rookgewoonten doorbreken. Het is de bedoeling dat er samen met de zwangere vrouw naar

oplossingen wordt gezocht om het systematisch terugrijpen naar de sigaret te doorbreken. Tijdens de rookstopbegeleiding, dient deze steun om de rookstop aan te moedigen, om de positieve aspecten te benadrukken, evenals de eventuele nadelen of de omstandigheden waarbij er een herval kan voorkomen, te bespreken. Het bepalen van de nicotineafhankelijkheid van de roker kan gebeuren door de koolstofmonoxide in de uitgeademde lucht te bepalen en/of door de nicotine te bepalen door het meten van cotinine in, onder andere, de urine van de roker. Voor de medicamenteuze ondersteuning kan de tabakoloog eventueel, in samenspraak met de arts die de zwangerschap volgt, het gebruik van nicotinevervanging aanraden. Voor de partner kan de tabakoloog, steeds in samenspraak met de behandelende arts of specialist, naast nicotinevervanging ook bupropion adviseren (dit laatste enkel voor de partner).

Bibliografie

1. Pandey MK, Rani R, Agrawal S. An update in recurrent spontaneous abortion. *Arch Gynecol Obstet*. 2005 Jul;272(2):95-108. • 2. Lintsen AM, Pasker-de Jong PC, de Boer EJ, Burger CW, Jansen CA, Braat DD, van Leeuwen FE. Effects of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF. *Hum Reprod*. 2005 Jul;20(7):1867-75. • 3. Lamberts DS, Clark KE. The maternal and fetal physiologic effects of nicotine. *Semin Perinatol*. 20: 115-121, 1996. • 4. Koren G. • Fetal toxicology of environmental tobacco smoke. *Curr Opin Pediatr*. 7: 128-131, 1995. • 5. Walsh RA. Effects of maternal smoking on adverse pregnancy outcomes - examination of the criteria of causation. *Hum Biol*. 66: 1059-1092, 1994 • 6. Andres RL. • The association of cigarette smoking with placenta previa and abruptio placentae. *Semin Perinatol*. 20: 154-159, 1996. • 7. Mortensen JT, Thulstrup AM, Larsen H, Moller M, Sorensen HT. Smoking, sex of the offspring, and risk of placental abruption, placenta previa, and preclampsia: a population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:894-8. • 8. Kyrklund Blomberg NB, Gennessi G, Collutter S. Placental abruption and perinatal death. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2001 Jul;15(3):290-7. • 9. Miorantos N, Botas D, Grigoriou O, Bettas P, Papadoulis I, Zourfas PA. Smoking and preterm labor. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1997;24(4):220-2. • 10. Harlow BL, Frigoleto FD, Cramer DW, Evans JG, Lefevore ML, Bain RP, McNamee D. Determinants of preterm delivery in low-risk pregnancies. The RADUS Study Group. *J Clin Epidemiol*. 1996 Apr;49(4):411-8. • 11. Spinillo A, Nicola's Pizzi C, Ghazzi K, Colombo L, Baltoro F. Epidemiological correlates of preterm premature rupture of membranes. *Int J Gynecol Obstet*. 1994 Oct;47(1):7-15. • 12. Lindsay CA, Thomas AJ, Catalano PM. The effect of smoking tobacco on neonatal body composition. *Am J Obstet Gynecol*. 177: 1124-1128, 1997. • 13. Killen K. • Maternal smoking during pregnancy and infant head circumference at birth. *Early Hum Dev*. 58: 197-204, 2000. • 14. Chung KC, Kovatski PC, Kim HM, Buchman SR, Killen K. Smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. *Plastic Reconstru Surg*. 105: 485-491, 2000. • 15. Killen K. • Maternal smoking and congenital heart defects. *Eur J Epidemiol*. 15: 731-737, 1999. • 16. Killen K. Maternal smoking during pregnancy and limb reduction malformations in Newborns. *Am J Public Health*. 87: 29-32, 1997. • 17. Saito T, Cui XM, Yamamoto T, Shiomi N, Brings P, Shuler CF. Effect of N-nitrosocompound (NNO) on murine palatal fusion in vitro. *Toxicology* 2005; 207: 475-485. • 18. Harmanan JP, Tager IB, Segal MR, Tosteson TD, Castle RG, Van Yuzakos H, Weiss ST, Spitzer FE. • The effect of maternal smoking during pregnancy on early infant lung function. *Am J Respir Crit Care Med*. 145: 1129-1135, 1992. • 19. Lodrup Carlsen KC, Jaskolski JG, Natstad P, Carlsen KH. • In utero exposure to cigarette smoking influences lung function at birth. *Respir J*. 1997; 10: 1774-1779, 1997. • 20. Young S, Le Souef FN, Goedhard G, Stick SM, Turner KJ, Landau LL. • The influence of a family history of asthma and parental smoking on airway responsiveness in early infancy. *N Engl J Med*. 324: 1168-1173, 1991. • 21. Dezautex CA, Stocks J, Dundas I, Fletcher ME. • Impaired airway function and the risk of wheezing in infancy: the impact of maternal smoking and a genetic predisposition to asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 159: 403-410, 1999. • 22. Mattioli L, Lavezzi AM, Ottaviani G, Rossi L. Intimal periartherosclerotic thickening of the coronary arteries in human fetuses of smokers mothers. *J Thromb Haemostasis*. 1: 2234-2238, 2003. • 23. Golding Y, Buning C, Fiasse L, Michel M, Longueville E, Lebecqze F, Robert A, Galanti L. • Does in utero exposure to heavy maternal smoking induce withdrawal symptoms in newborns? *Pediatr Res*. 2004 Apr;55(4):645-51. • 24. Law KL, Stroud LR, LaCasse L, Niazar R, Liu J, Lester BM. • Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics* 111: 1318-1323, 2003. • 25. Clarke JF, Salmon B, Silverman M. • Bronchial hyperresponsiveness in the neonatal period as a risk factor for wheezing in infancy. *Am J Respir Crit Care Med*. 151: 1434-1440, 1995. • 26. Stewart AJ, Williams SM, Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, Allen EM. • Antenatal and intrapartum factors associated with sudden infant death syndrome in the New Zealand Cot Death study. *J Pediatr*. Child Health 31: 473-478, 1995. • 27. Tager IB, Weiss ST, Rosner B, Speizer FE. • Effect of parental cigarette smoking on the pulmonary function of children. *Am J Epidemiol*. 110 (1): 15-25, 1979. • 28. Blake KV, Gurin LC, Evans SF. Maternal cigarette smoking during pregnancy, low birth weight and subsequent blood pressure in early childhood. *Early Hum Dev*. 57: 137-147, 2000. • 29. Wassenaar GA, Liu X, Pine DS, Graziano JH. • Contribution of maternal smoking during pregnancy and lead exposure to early childhood behavior problems. *Neurotoxicol Teratol*. 23: 13-21, 2001. • 30. Kolinna AJ, Mollanen L, Taitola A, Ebeling H, Smalley SJ, McCough JH, Hartikainen AL, Jarvinen MM. • Maternal smoking and hyperactivity in 8-year old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 42: 826-833, 2003. • 31. MacArthur C, Knox EG, Lancelotti RJ, Edwards JG. • In utero effects of maternal smoking in pregnancy: experimental and observational findings. *BJOG* 108: 67-73, 2001. • 32. Stoddard JI, and Gray B. • Maternal smoking and medical expenditures for childhood respiratory illnesses. *Am J Public Health*. 87: 205-209, 1997. • 33. Townsend J, Roderick P, Cooper J. • Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effect of price, income, and health publicity. *BMJ*. 309: 923-927, 34. Shivastava A, Davis F. • SDS: parental awareness and infant care practices in contrasting socioeconomic areas in Cardiff. *Arch Dis Child*. 77: 52-53, 1997. • 35. Zhu SH, Valbo A. Depression and smoking during pregnancy. *Addict Behav*. 2002 Jul-Aug;27(6):649-55. • 36. Kahn RS, Curtain L, Whitaker RC. • A re-examination of smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health*. 2002 Nov;21(11):1801-8. • 37. Vander Weg MW, Ward KD, Scintano JC, Reed MC, Evans CB. Smoking-related correlates of depressive symptoms in low-income pregnant women. *Am J Health Behav*. 2004 Nov-Dec;28(6):510-21. • 38. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Chtichlow CW. • Post-delivery intimate partner violence during pregnancy: who is at risk? *Violence Vict*. 2005 Feb;20(1):69-86. • 39. Donath SM, Amir LH, ALSPAC Study Team. The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. *Acta Paediatr*. 2004 Nov;93(11):1518-8. • 40. Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Breastfeed Rev*. 2003 Jul;10(2):19-29. • 41. Lawlor DA, O'Callaghan MJ, Mannan AA, Williams GM, Bor, WJ. • Infant self-reported smoking: findings from the Mater University study of pregnancy and its outcomes. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2005 Sep;19(5):373-87. • 42. Huzarik K, Muller E. • Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005 Aug; 5: 43. Cornelius TL, Leech SL, Goldschmidt L, Darcy AL. • Prenatal tobacco exposure: a risk factor for early adolescent smoking? A follow-up study. *Neurotoxicol Teratol*. 2005 Jul-Aug;27(6):657-76. • 44. Pichini S, Paig C, Zuccaro P, Marchetti E, Pellegrini M, Murillo J, Vall O, Pacifico R, Gaya JL. • Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean area: preliminary results of the "Meccurum Project". *Forensic Sci Int*. 2005 Oct 4;153(1):59-65. • 45. Parsh A, Fried PA. Effects of prenatal cigarette and marijuana exposure on drug use among offspring. *Neurotoxicol Teratol*. 2005 Mar-Apr;27(2):267-77. • 46. Oncken S, McKee S, Krishnan-Sarin S, O'Malley S, Mazure C. Gender effects of reported in utero tobacco exposure on smoking initiation, progression and nicotine dependence in adult offspring. *Nicotine Tob Res*. 2004 Oct;6(5):829-33. • 47. Jones M, Mabeck JM, Joffe S, Thulstrup AM, Borde JP. Lower sperm counts following prenatal tobacco exposure. *Hum Reprod*. 2005 Sep;20(9):2559-66. • 48. Sorjonen JT, Lakkaraju K, Jensen ES, Mortensen PB, Schoemaker HB. • Fetal growth, maternal prenatal smoking, and risk of invasive meningococcal disease: a nationwide case-control study. *Int J Epidemiol*. 2004 Jun-Aug;33(4):816-20. • 49. Jensen TK, Jorgensen N, Purab M, Haugen TB, Suominen J, Zilzalene B, Horte A, Andersen AG, Carlsen E, Magnus O, Matulovic-Vrsina V, Nermoen I, Venuta M, Kelding N, Toppari J, Skakkebaek NE. Association of in utero exposure to cigarette smoking with reduced semen quality and testis size in adulthood: a cross-sectional study of 1,770 young men from the general population in five European countries. *Am J Epidemiol*. 2004 Jan 1;159(1):49-58. • 50. Skorge TD, Faegri TN, Eide GE, Gulsvik A, Bakke PS. • The adult incidence of asthma and respiratory symptoms by passive smoking in utero or in childhood. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005 Jul 1;172(1):61-65. • Beckman CA. • The effects of in utero pregnancy and perinatal outcomes. *J Asthma*. 2003 Apr;40(2):171-80. • 52. Managaney S, Aldona A. Smoking during pregnancy and diabetes mellitus in a British longitudinal birth cohort. *BMJ*. 2002 Jan;324(7238):627-33. • England L, Kent RJ, Welton LG, Merritt KA, Morgan H, Zahrer SC. (2001) Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *Am J Epidemiol*. 154: 694-701. • 54. Prochaska J, DiClemente C. (1983). • Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51, 390-395. • 55. Prochaska, J.O., Di-Clemente, C., Norcross, J.C. (1992). • In search of how people change: applications to addictive behavior. • *American Psychologist*. 47, 1102-1114. • 56. Gailly, J. (2000). • Recommendations de Bonne Pratique. Arretier de Fumeur. Société Scientifique de Médecine Générique. Supplément au n°224 de la Revue de la Médecine Générale. • 57. Miller, W.R., Rollnick, S.R. (1991). • Motivational interviewing: preparing people to change behavior. Guilford Press. New York. • 58. Wagner, C., Connors, W. (2002). • The Motivational Interviewing Page. <http://www.motiv.interv.org/>. • 59. Conférence de consensus Grossesse et Tabac. Lilie, 2004. • 60. Fore MC, Bailey WC. (2000). Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services. • 61. Fagerstrom KO. (2003) Time to the first cigarette: the best single indicator of tobacco dependence? • *Monatshchr Chir Gesellsch* 131: 99-104. • 62. Rollnick, S., Mason P, Butler C. (1999) Health Behavior Change: Agency for Practitioners, London. Churchill Livingstone. • 63. Jans, LL, & Mann L. (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. Wok. New York: Free Press. [On-line] Abstract from POLARIS File: Nicotino Acception Number 59-00284. • 64. Zigaretten, A.S., Smith RP. • The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983; 67: 361-70

