

Advies over alcoholgebruik aan zwangere vrouwen

Interviews met verloskundigen over alcohol en zwangerschap



Advies over alcoholgebruik aan zwangere vrouwen

Interviews met verloskundigen over alcohol en zwangerschap

COLOFON

©Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP)

Auteurs:

Ir. N. Y. van der Wulp, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP) en School for Public Health and Primary Care (CAPHRI)

Ir. W.E. van Dalen, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP)

Dr. C. Hoving, Universiteit Maastricht en CAPHRI

Prof. Dr. H. de Vries, Universiteit Maastricht en CAPHRI

Bestelnummer: U.2010.07

Postadres

Postbus 9769
3506 GT Utrecht

Kantoor Utrecht

Goeman Borgesiuslaan 77
3515 ET Utrecht

T: 030 6565 041

F: 030 6565 043

E: info@stap.nl

September 2010

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de uitgever

Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting.....	8
1. Inleiding	11
2. Eerstelijns verloskundige zorg.....	13
2.1 Wat is een verloskundige?	13
2.2 Hoe zijn verloskundigen georganiseerd?	14
2.3 Verloskundigen en voorlichting over alcohol.....	14
3. Alcohol en Zwangerschap.....	16
3.1 Alcohol en cellulaire processen tijdens de prenatale ontwikkeling.....	16
3.2 Effecten van prenataal alcoholgebruik.....	17
3.3 Risicofactoren bij prenataal alcoholgebruik.....	18
4. Opzet onderzoek onder verloskundigen over alcohol en zwangerschap	20
4.1 I-Change Model	20
4.2 Methode.....	21
4.2.1 Procedure	21
4.2.2 Opzet van het interview	22
5. Resultaten.....	24
5.1 Respondenten	24
5.2 Gedrag	24
5.3 Achtergrond.....	25
5.4 Bewustzijn	26
5.5 Motivatie	28
5.6 Intentie	29

6. Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	31
6.1 Conclusie en discussie	31
6.1.1. Gedrag	31
6.1.2 Achtergrond.....	31
6.1.3 Bewustzijn	32
6.1.4 Motivatie	32
6.1.5 Intentie	33
6.1.6 Discussie	33
6.2 Aanbevelingen voor verloskundigen	34
Literatuur	36
Bijlage 1 Respondenten onderzoek.....	39
Bijlage 2. De vragenlijst	40

Voorwoord

Dit rapport beschrijft een deelonderzoek van het onderzoeksproject 'The Development of Brief Intervention for Prenatal Alcohol Use'. Dit meerjarenproject is gefinancierd door ZonMW en wordt uitgevoerd door Nickie van der Wulp en begeleid door Wim van Dalen van het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP) en dr. Ciska Hoving en prof. dr. Hein de Vries van Maastricht University, vakgroep Gezondheidsbevordering.

De verloskundigen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen hebben dit belangeloos gedaan. Zij worden heel hartelijk bedankt voor hun deelname.

Samenvatting

Driekwart van alle zwangere vrouwen gaat voor de begeleiding tijdens haar zwangerschap in eerste instantie naar de eerstelijns verloskundige. Als medisch deskundige doet de verloskundige onderzoeken, geeft adviezen en verwijst een zwangere vrouw door als er complicaties zijn. Ter bevordering van een normaal verloop van de zwangerschap en om afwijkingen bij het kind te voorkomen is het de taak van de verloskundige om ook advies te geven over gezonde voeding. Richtlijnen voor het geven van voedingsadvies door verloskundigen worden opgesteld door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Verloskundigen hebben binnen dit kader de vrijheid om het advies op hun eigen manier te geven.

Er is veel onderzoek gedaan naar de schadelijke effecten van alcohol tijdens de zwangerschap. Als een zwangere vrouw alcohol drinkt, kan de alcohol afwijkingen bij het kind veroorzaken. Alcohol verspreidt zich over al het lichaamsvocht; na het drinken van alcohol door een zwangere vrouw zal het alcoholpromillage in het bloed van de moeder ongeveer even hoog zijn als in het bloed van de foetus. Alcohol oefent invloed uit op verschillende cellulaire processen die plaatsvinden tijdens de ontwikkeling van de foetus. Na de geboorte kunnen gevolgen van prenataal alcoholgebruik blijken uit een groeiachterstand, gezichtsafwijkingen en neurologische beschadigingen. Bij een kind met alle drie de kenmerken kan de diagnose van het foetaal alcohol syndroom (FAS) gesteld worden.

Om afwijkingen bij het kind te voorkomen is het belangrijk dat verloskundigen advies geven over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. In Nederland heeft de Gezondheidsraad in 2005 het advies uitgebracht dat het voor de consumptie van alcoholhoudende drank niet mogelijk is om een veilige ondergrens vast te stellen, waarvan met zekerheid gezegd kan worden dat er geen effect is op de vrucht en op de zwangerschap. Dit nuladvies is overgenomen door de KNOV (KNOV et al., 2008). Op dit moment is het echter onduidelijk in hoeverre verloskundigen hun cliënten daadwerkelijk adviseren om tijdens de zwangerschap geen alcohol te drinken.

Om inzicht te krijgen in welke adviezen verloskundigen in Nederland geven met betrekking tot alcohol en zwangerschap werd een verkennend kwalitatief onderzoek onder tien verloskundigen uitgevoerd. Ook werden factoren die de advisering over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap beïnvloeden onderzocht.

De theoretische basis van dit onderzoek wordt gevormd door het I-Change Model (ICM). Dit model veronderstelt dat er verschillende factoren invloed hebben op welk gedrag iemand vertoont. Het gedrag dat in het onderzoek centraal stond was het advies dat de verloskundigen geven aan hun cliënten met betrekking tot alcohol en zwangerschap. Het ICM werd vervolgens gebruikt om te analyseren wat de invloed is van verschillende factoren op dit alcoholadvies. De concepten van het ICM vormden de leidraad voor de semigestructureerde interviews. Verloskundigen werden bevraagd over achtergrondfactoren, zoals eigen alcoholgebruik. Het bewustzijn over de schadelijkheid van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap werd in kaart gebracht door vragen over de kennis van de

verloskundige over alcohol tijdens de zwangerschap, de risicoperceptie en over hoe de verloskundige zelf informatie over het onderwerp heeft gekregen. De motivatie van de verloskundige voor het adviseren van de nulnorm werd in kaart gebracht door te vragen naar de voor- en nadelen van het geven van het advies, vragen over sociale invloeden en over het vertrouwen dat de verloskundige in zichzelf heeft om lastige situaties het hoofd te bieden. Tot slot werd er gevraagd of de verloskundige de intentie heeft om de nulnorm te adviseren.

Vijftien verloskundigenpraktijken zijn benaderd met de vraag of één medewerker uit de praktijk gedurende een half uur geïnterviewd wilde worden over het onderwerp alcohol en zwangerschap. Tien verloskundigenpraktijken waren bereid om aan het onderzoek mee te doen. De verloskundigenpraktijken zijn geselecteerd op basis van locatie. Er is gezocht naar twee praktijken in het noorden, oosten, zuiden, westen en midden van Nederland, waarvan één in een grote stad en één op het platteland. Bovendien is er ook rekening gehouden met de organisatie van verloskundigen. Er zijn zowel solo- als duo- als groepspraktijken benaderd. Alle praktijken waren lid van de KNOV.

Verloskundigen gaven aan alcoholgebruik bij het intakegesprek te bespreken. Cliënten werden gevraagd naar het gebruik van tabak, alcohol en drugs. Bij een ontkennend antwoord werd verder (gedurende de gehele zwangerschap) geen mondeling advies gegeven. Bij een bevestigend antwoord werd over het algemeen tijdens de intake geadviseerd om helemaal geen alcohol te drinken. Sommige verloskundigen raadden beperkt alcoholgebruik bij een bijzondere gelegenheid niet af. Verloskundigen veronderstelden dat slechts een klein deel (variërend van 0 tot 10%) van hun cliënten alcohol dronken. Van allochtone vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst werd verondersteld dat ze helemaal geen alcohol dronken. De maximale schatting van 10% door de verloskundigen, is veel lager dan 35 tot 50%, de schatting door de Gezondheidsraad (2005) van het aantal zwangere vrouwen dat alcohol blijft drinken. In overeenstemming met de hogere schatting van de Gezondheidsraad meldden verloskundigen dat ze niet helemaal zeker waren of de cliënten eerlijk zijn over hun alcoholgebruik.

Het kennisniveau van de verloskundigen over alcohol en zwangerschap was laag. De verloskundigen waren niet goed op de hoogte wat de invloed is van alcohol op cellulaire processen die plaatsvinden tijdens de prenatale ontwikkeling, van de effecten van prenataal alcoholgebruik en ze wisten niet goed welke kenmerken bepalend zijn voor FAS. Bovendien was het onbekend dat de invloed van alcohol niet bij iedere moeder en foetus hetzelfde is. De verloskundigen gaven ook regelmatig onjuiste informatie aan cliënten. Ten onrechte vertelden verloskundigen hun cliënten bijvoorbeeld dat alcohol in de eerste weken (vóór de placentavorming) niet schadelijk is, omdat alcohol de ongeboren baby niet kan bereiken. De belangrijkste bronnen van informatie over alcohol en zwangerschap waren voor de verloskundigen de opleiding, de KNOV en de media. Bij tegenstrijdige informatie van de KNOV en de media werd de informatie van de KNOV betrouwbaarder gevonden.

Het belangrijkste voordeel voor verloskundigen om de nulnorm aan de cliënten te adviseren was het gezondheidsvoordeel voor de baby. Het belangrijkste nadeel was dat cliënten ongerust zouden kunnen worden over de alcohol die zij tijdens de zwangerschap hebben gedronken, al woog dit

volgens de verloskundigen niet op tegen de voordelen. Collega's werden beschouwd als belangrijke sociale invloed. In de praktijk werd alcoholgebruik echter nauwelijks met collega's besproken. Wat het voor sommige verloskundigen moeilijk maakte om de nulnorm te adviseren was hun bezorgdheid over wat alcoholgebruik doet met de vertrouwensband tussen verloskundigen en cliënt. Sommige verloskundigen hadden behoefte aan extra vaardigheden om achter het alcoholgebruik van de cliënt te komen, zonder dat de vertrouwensband beschadigd wordt.

Aanbevelingen voor verloskundigen

Het onderzoek heeft geleid tot een aantal aanbevelingen hoe verloskundigen hun advies kunnen aanpassen opdat schadelijke gevolgen van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen:

- Verloskundigen zouden ervoor moeten zorgen dat de voorlichting over alcoholgebruik alle vrouwen bereikt, die daadwerkelijk alcohol drinken. Over het algemeen geven verloskundigen nu alleen advies aan vrouwen die zeggen dat ze alcohol drinken, terwijl dit aantal mogelijk een onderschatting is van het totale aantal zwangere vrouwen dat alcohol drinkt.
- Zwangere vrouwen zouden zo vroeg mogelijk in de zwangerschap, het liefst nog vóór de zwangerschap, voorlichting moeten krijgen over alcohol. Verloskundigen bespreken het alcoholgebruik van de zwangere vrouw tijdens de intake. Deze vindt over het algemeen plaats in week 6 tot week 8 van de zwangerschap. Dit is vrij laat: Alcoholgebruik in de eerste weken van de zwangerschap kan ook tot schade leiden.
- Verloskundigen moeten het alcoholgebruik van hun cliënten niet onderschatten. Het is aan te raden dat alle cliënten advies krijgen over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap.
- De kennis over de gevaren van alcohol tijdens de zwangerschap moet bij verloskundigen op peil zijn. Verkeerd informeren over 'veilige' hoeveelheden alcohol tijdens de zwangerschap kan leiden tot schade bij het ongebooren kind.
- Een training voor betere vaardigheden om alcoholgebruik te bespreken kan helpen om de vertrouwensband in stand te houden.
- Collega's kunnen van elkaar leren door met elkaar te praten.

Tot slot, de verantwoordelijkheid voor goede voorlichting zou niet alleen bij de verloskundigen moeten liggen. De maatschappij als geheel moet zich meer bewust worden van de gevaren van alcohol tijdens de zwangerschap. De minister van Volksgezondheid kan hieraan bijdragen door wet- en regelgeving op te stellen, maar ook door maatschappelijke bekendheid te geven aan dit onderwerp, bijvoorbeeld door alcoholische dranken te voorzien van waarschuwingslabels of door spotjes op tv, bijvoorbeeld van Postbus 51. Maatschappelijke bewustwording kan ertoe leiden dat vrouwen ook voor hun intake bij de verloskundigen op de hoogte zijn van de risico's en daarom geen alcohol drinken tijdens de zwangerschap.

1. Inleiding

Verloskundigen hebben de taak om vrouwen tijdens hun zwangerschap zodanig te begeleiden dat ze zo gezond mogelijk blijven. Ze proberen hierbij te voorkomen dat een zwangere vrouw of kind onnodig gezondheidsproblemen krijgt. Om dit te bereiken geven zij onder andere voorlichting over gezonde voeding; dit is een belangrijk onderdeel van hun takenpakket.

Onderzoek heeft aangetoond dat alcohol tijdens de zwangerschap afwijkingen bij het kind kan veroorzaken. In Nederland heeft de Gezondheidsraad in 2005 het volgende advies uitgebracht: "Het is niet mogelijk om voor de consumptie van alcoholhoudende drank een veilige ondergrens vast te stellen, waarvan met zekerheid gezegd kan worden dat er geen effect is op de vrucht en op de zwangerschap." Dit advies is overgenomen door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de organisatie die verloskundigen ondersteunt bij het verlenen van hun zorg. De KNOV adviseert zwangere vrouwen dan ook om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap (KNOV et al., 2008).

De taak van verloskundigen om te voorkomen dat een kind onnodige afwijkingen krijgt, in combinatie met het advies van de Gezondheidsraad, doet vermoeden dat verloskundigen naar hun cliënten actief uitdragen dat het beter is om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap. Echter, geven verloskundigen dit advies daadwerkelijk? Op deze vraag is nog geen goed antwoord te geven. In Nederland is er namelijk geen onderzoek bekend dat inzicht geeft in de voorlichting van verloskundigen over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap.

In het buitenland zijn wel verschillende studies uitgevoerd naar voorlichting over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Deze studies tonen aan dat veel vrouwen de gezondheidszorg zien als belangrijke bron van informatie over gezondheidsgedrag, onder meer over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (Lelong et al., 1995; Aaronson et al., 1988; Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002). Hulpverleners in de gezondheidszorg gebruiken hun positie echter niet altijd om gezondheidsrisico's tijdens de zwangerschap te bespreken (Lelong et al., 1995; Herzig et al., 2006). De professionals ervaren verschillende barrières om alcoholgebruik tijdens de zwangerschap te bespreken. Die kunnen zijn tijdgebrek, het onderschatten van het risico, gebrek aan middelen en gebrek aan vaardigheden. Ook vrezen de professionals soms de relatie met de cliënt in gevaar te brengen (Herzig et al., 2006; Bakker et al., 2005). Over het algemeen krijgen zwangere vrouwen dan ook weinig advies vanuit de gezondheidszorg over het reduceren van hun alcoholgebruik (Lelong et al., 1995; Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002).

De Nederlandse zorg tijdens de zwangerschap onderscheidt zich sterk van die in de meeste andere Westerse landen. In het buitenland staan de meeste vrouwen onder controle van een gynaecoloog in het ziekenhuis; in Nederland wordt ruim 75% van de zwangere vrouwen in het begin van hun zwangerschap begeleid door een eerstelijns verloskundige (Wiegers et al., 2005). De buitenlandse studies kunnen dus niet zondermeer vertaald worden naar de Nederlandse situatie.

Het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP) heeft in samenwerking met Universiteit Maastricht en gefinancierd door ZonMW onderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de vraag hoe in Nederland door eerstelijns verloskundigen voorlichting gegeven wordt over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. In dit rapport wordt het resultaat van dit onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 2 wordt beschreven welke rol eerstelijns verloskundigen in Nederland spelen bij de begeleiding van zwangerschappen. Het nuladvies dat de Gezondheidsraad voorstaat, ondersteund door de KNOV, komt vervolgens aan de orde: wat is er in de wetenschap bekend over de schadelijke effecten van alcohol tijdens de zwangerschap. Het grootste deel van dit rapport betreft een kwalitatief onderzoek onder verloskundigen over hun advies over alcohol en zwangerschap. De opzet van dit onderzoek is gebaseerd op het I-Change Model (ICM; De Vries et al., 2003), een model waarmee inzicht verkregen kan worden in de factoren die invloed hebben op bepaald gedrag. Er wordt een beschrijving gegeven van de opzet van het onderzoek, inclusief het ICM. De resultaten van het onderzoek worden aan de hand van het ICM besproken. Tot slot worden de belangrijkste bevindingen van het onderzoek weergegeven en worden aanbevelingen geformuleerd hoe verloskundigen hun advies kunnen aanpassen opdat de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. Ook worden enkele beperkingen van het onderzoek besproken.

2. Eerstelijns verloskundige zorg

In Nederland worden zwangerschappen begeleid door verloskundigen (ook wel vroedvrouwen genoemd), gynaecologen en huisartsen. Van alle zwangere vrouwen gaat 75% in eerste instantie naar de eerstelijns verloskundige. Zolang alles normaal verloopt, begeleidt een eerstelijns verloskundige zwangere vrouwen vanuit haar eigen praktijk of groepspraktijk. Wanneer blijkt dat een zwangerschap (in 24% van de gevallen) of bevalling (in 15% van de gevallen) niet normaal verloopt, draagt de eerstelijns verloskundige de zwangere vrouw over aan gespecialiseerde zorg. Deze gespecialiseerde zorg vindt plaats in het ziekenhuis, ook weer met name door verloskundigen. Deze zogeheten tweedelijns verloskundigen werken onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Eerstelijns verloskundigen begeleiden uiteindelijk 36% van alle zwangere vrouwen tot en met de bevalling. (Wiegers et al., 2005) Dit onderzoek richt zich uitsluitend op eerstelijns verloskundigen.

2.1 Wat is een verloskundige?

Om verloskundige te worden is een 4-jarige HBO opleiding vereist. Het voltooien van de opleiding maakt iemand nog niet officieel verloskundige. De taken en bevoegdheden van de verloskundige liggen vast in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Daarmee is het begrip 'verloskundige' een beschermd titel die iemand alleen kan krijgen, als hij of zij is ingeschreven in het BIG register. In de wet is het deskundigheidsgebied van de verloskundige vastgesteld: 'Het verrichten van handelingen op het gebied van de verloskunde en andere handelingen, gericht op het bevorderen en bewaken van het normale verloop van de zwangerschap, de bevalling en de kraambedperiode, evenals op het voorkomen van afwijkingen bij de vrouw of het kind, door het inschatten van het verloskundige risico bij een vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambedperiode, het vertalen van het verloskundige risico in verloskundig beleid en het op basis daarvan verlenen van raad en bijstand, alsmede het waar nodig consulteren van dan wel verwijzen naar een arts'. (KNOV, 2006)

Met andere woorden, de verloskundige moet enerzijds een medisch deskundige zijn, die op grond van haar medische kennis in staat is om de juiste onderzoeken te doen, adviezen te geven en te beslissen wanneer ze een vrouw moet doorverwijzen naar een gynaecoloog of een andere specialist. Anderzijds moet zij een zwangere vrouw ook coachen: De verloskundige heeft als taak om erop te letten dat de zwangere vrouw gezond is en zich emotioneel goed blijft voelen, tijdens de hele zwangerschapsperiode. Zij verschaft informatie over zaken die met de zwangerschap te maken hebben en zij werkt aan een vertrouwensband. Deze vertrouwensband is voor verloskundigen belangrijk omdat zij veronderstellen dat dit leidt tot een positieve ervaring van de bevalling. Bovendien is het voor de zwangere vrouw gemakkelijker om intieme of moeilijke kwesties rondom de zwangerschap met de verloskundige te bespreken als er sprake is van een goede vertrouwensband.

De rol van de verloskundige omvat ook het geven van juiste en voldoende voedingsadviezen aan haar cliënten. Immers, veilige voeding kan een normaal verloop van de zwangerschap bevorderen en

afwijkingen bij het kind voorkomen. Als de verloskundige ervoor zorgt dat ze een goede vertrouwensband heeft met haar cliënt, kan dit bovendien helpen om eerlijke informatie van de cliënt te vernemen over haar voedingspatroon.

2.2 Hoe zijn verloskundigen georganiseerd?

De verloskundige zorg in Nederland wordt regelmatig gemonitord. De monitor van 2008 (Wiegers et al., 2005) liet zien dat er op 1 januari 2008 2.315 praktiserende verloskundigen waren, van wie 98% vrouw en 2% man. Van de praktiserende verloskundigen was 76% eerstelijns verloskundige; 24% was tweedelijns verloskundige. De eerstelijns verloskundigen waren op 1 januari 2008 in 490 eerstelijns verloskundigenpraktijken georganiseerd. Van deze praktijken was 16% een solopraktijk; 19% een duopraktijk en 65% een groepspraktijk. Van alle eerstelijns verloskundigen was 98% lid van de beroepsvereniging van verloskundigen, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

De KNOV is wettelijk erkende vertegenwoordiger van haar leden en voert financieel-economische onderhandelingen en voert namens de verloskundigen het woord. Daarbij zorgt de KNOV voor ondersteuning van de kwaliteit van verloskundige zorg, door het opstellen en beschikbaar maken van richtlijnen ter onderbouwing van verloskundige zorg. Ook ondersteunt de KNOV de verloskundigen bij hun bij- en nascholing. Daarnaast geeft de KNOV het Tijdschrift voor Verloskundigen uit, als vakblad en verenigingsorgaan, om verloskundigen te informeren over relevante zaken. Kortom, de KNOV is een belangrijke belangenbehartiger voor verloskundigen en haar advies is voor veel verloskundigen leidend. Met betrekking tot alcohol en zwangerschap adviseert de KNOV de nulnorm: geen alcohol tijdens de zwangerschap.

2.3 Verloskundigen en voorlichting over alcohol

Verloskundigen zien hun cliënten tijdens consulten die plaatsvinden in de praktijk van de verloskundige. Volgens de KNOV (De Boer & Zeeman, 2008) hanteren de meeste verloskundigen een consultschema dat uit ongeveer 13 consulten bestaat. Per cliënt besteedt een verloskundige gedurende de gehele zwangerschap gemiddeld 3,5 uur aan consulten. De intake vindt over het algemeen plaats in week 6 tot week 8 van de zwangerschap. In dit eerste consult neemt de verloskundige onder meer de anamnese af en geeft zij over diverse onderwerpen informatie, zoals voeding tijdens de zwangerschap. De KNOV stelt richtlijnen op over hoe vaak consulten plaatsvinden, en over wanneer en wat er tijdens de consulten besproken wordt (De Boer & Zeeman, 2008). Hiermee stelt de KNOV dus het kader vast, waarbinnen verloskundigen de vrijheid hebben om voorlichting te geven over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Op het gebied van alcoholgebruik heeft de KNOV bijvoorbeeld het kader van de nulnorm gesteld: geen alcohol tijdens de zwangerschap; verloskundigen kunnen zelf bepalen hoe ze de nulnorm inpassen, zonder dat dit ten koste gaat van de vertrouwensband of lijdt onder tijdsdruk.

Het kan per zwangere vrouw verschillen op welk tijdstip zij voorlichting krijgt over alcoholgebruik. Vaak zien verloskundigen hun cliënten pas voor het eerst bij de intake. Bij deze cliënten vindt alcoholvoorlichting op zijn vroegst plaats na zes weken. Soms kan een verloskundige ook al vóór de zwangerschap voorlichting geven over alcohol. Kinderwensgesprekken worden door 24% van de

verloskundigenpraktijken aangeboden (KNOV, 2010). In de richtlijnen van de KNOV, gebaseerd op het advies van de Gezondheidsraad (2005), staat dat er geen veilige ondergrens is voor preconceptioneel alcoholgebruik en dat de risico's toenemen bij meer alcoholgebruik.

Samengevat adviseert de KNOV *dat* verloskundigen voorlichting geven over alcohol tijdens de zwangerschap; per cliënt en per verloskundigenpraktijk kan het verschillen *hoe* en *wanneer* deze voorlichting wordt gegeven. In het volgende hoofdstuk komt aan de orde *waarom* er voorlichting over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap gegeven wordt. De wetenschappelijke kennis op het gebied van alcohol en zwangerschap wordt beschreven. Hiermee wordt inzicht gegeven in de risico's van alcohol tijdens de zwangerschap.

3. Alcohol en Zwangerschap

Sinds halverwege de vorige eeuw heeft de wetenschap aandacht voor de effecten van alcohol tijdens de zwangerschap (Lemoine et al., 1968). De combinatie van biochemisch onderzoek naar de effecten van alcohol op cellulaire processen (bijv. De et al., 1994), dierexperimenteel onderzoek naar de schadelijkheid van verschillende hoeveelheden alcohol op verschillende momenten in de zwangerschap (bijv. Sulik et al., 1988) en observationeel onderzoek bij de mens (bijv. Whitehead & Lipscomb, 2003) geven een breed beeld van de invloed van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap op het ongeboren kind. In dit hoofdstuk wordt in drie delen de invloed van alcohol tijdens de zwangerschap besproken. Ten eerste wordt gekeken naar de invloed van alcohol op cellulaire processen die plaatsvinden tijdens de prenatale ontwikkeling. Daarna wordt beschreven wat de gevolgen zijn voor en na de geboorte van prenataal alcoholgebruik. Tot slot wordt beschreven of alcohol bij iedereen in dezelfde mate tot dezelfde effecten leidt.

3. 1 Alcohol en cellulaire processen tijdens de prenatale ontwikkeling

De inname van alcohol door een zwangere vrouw leidt ertoe dat alcohol bij het ongeboren kind terecht komt. Dit gebeurt doordat alcohol zich verdeelt over al het lichaamsvocht van een mens (Idanpaan-Heikkila et al., 1972). Als een vrouw zwanger is kan alcohol via cellulaire processen of door de placenta heen bij het embryo of foetus komen (Chernoff, 1977). Omdat alcohol zich over al het lichaamsvocht verdeelt (inclusief het lichaamsvocht van het ongeboren kind), zal het alcoholpromillage in het bloed van de moeder ongeveer even hoog zijn als in het bloed van het kind (Idanpaan-Heikkila et al., 1972).

Het grootste deel van de alcohol wordt in de lever van de vrouw afgebroken. Per standaardglas alcohol (dat ongeveer 10 gram alcohol bevat) heeft een goedwerkende lever gemiddeld ongeveer 1 tot 1,5 uur nodig om de alcohol af te breken. Zolang alcohol in de foetus aanwezig is, kan alcohol schade toebrengen omdat alcohol invloed uitoefent op verschillende cellulaire processen die plaatsvinden tijdens de ontwikkeling van een ongeboren kind.

In de prenatale levensperiode wordt een zeer belangrijk deel van de cellen van organen gevormd (proliferatie); ze verplaatsen zich vervolgens naar hun definitieve plaats (migratie) en daar ontwikkelen ze zich verder (differentiatie). Op elk van deze processen kan alcohol invloed uitoefenen. Met betrekking tot de vorming van de zenuwcellen kan alcohol de celdeling beïnvloeden door te interfereren met groeifactoren (IGF I en II). Alcohol kan de migratie veranderen door de invloed van alcohol op het steunweefsel van het centraal zenuwstelsel (de gliacellen), met als gevolg dat zenuwcellen op abnormale plekken terecht komen. Alcohol kan bovendien bijdragen aan overmatige celdood (apoptose) van zenuwcellen. Apoptose is normaal gesproken een integraal onderdeel van de embryonale ontwikkeling. Bijvoorbeeld, door middel van apoptose sterven overvloedige cellen tussen vingers en tenen af, waardoor de oorspronkelijke peddelvormige hand- en voetplaten hun uiteindelijke vorm krijgen. Maar doordat alcohol kan leiden tot overmatige apoptose, kan alcohol ervoor zorgen dat er in bepaalde delen van bijvoorbeeld de hersenen minder hersencellen zijn.

Alcohol kan ook invloed hebben op celadhesie. Bij de normale ontwikkeling van het zenuwstelsel is het nodig dat cellen zich tijdens de groei en ontwikkeling met elkaar verbinden om te kunnen overleven en te migreren. Onderzoek heeft aangetoond dat alcohol invloed heeft op een bepaalde celadhesie molecuul (L1CAM) met als mogelijk gevolg mentale retardatie, volledige afwezigheid van het corpus callosum (de witte hersensubstantie dat de beide hemisferen met elkaar verbindt) of abnormale ontwikkeling van de kleine hersenen. Tot slot kan alcohol ook invloed uitoefenen op de activiteit van neurotransmitters, de chemische stoffen die signalen overbrengen van de ene zenuwcel naar de andere. Neurotransmitters helpen het centraal zenuwstelsel te organiseren tijdens de ontwikkeling van de foetus. Prenatale blootstelling aan alcohol kan de functies van bepaalde neurotransmittersystemen zoals glutamaat en serotonine veranderen (Goodlett & Horn, 2001).

3.2 Effecten van prenataal alcoholgebruik

Afhankelijk van het moment in de zwangerschap dat alcohol wordt gedronken, kan alcohol verschillende effecten hebben. In de eerste drie maanden worden de organen voor een belangrijk deel gevormd. Alcoholgebruik in deze periode kan leiden tot misvorming van bijvoorbeeld hart, armen, ogen, benen, tanden, gehemelte, externe genitaliën en oren. Schadelijke effecten van alcohol in het tweede en derde trimester van de zwangerschap kunnen zich openbaren door het achterblijven van de groei en door neurologische defecten. Doordat het centraal zenuwstelsel zich gedurende de gehele zwangerschap ontwikkelt kan alcohol daarvoor op elk moment schadelijk zijn (Coles, 1994).

Tijdens de zwangerschap kan alcoholgebruik nog meer gevolgen hebben. Zo heeft onderzoek aangetoond dat inname van alcohol tijdens de zwangerschap direct effect heeft op de foetus. Bij slapende foetussen leidde het drinken van 2 glazen witte wijn (met een alcoholpercentage van 11%) binnen een half uur tot het onderdrukken van foetale oogbewegingen en ademhalingsbewegingen (Mulder et al., 1998).

Bij foetale ademhalingsbewegingen gaat vruchtwater de longen in en uit. Dat is van belang voor de groei en ontwikkeling van de longen. Een ander mogelijk effect van alcohol tijdens de zwangerschap is een verhoogde kans op een miskraam of vroeggeboorte (bijv. Armstrong et al., 1992). Hoe vaak dit voorkomt is onduidelijk. Als een vrucht afsterft voor, tijdens of vlak na de innesteling in het baarmoederslijmvlies is het mogelijk dat een vrouw dat niet merkt, omdat ze misschien nog niet weet dat ze zwanger was. Er volgt een menstruatie die mogelijk iets later of heftiger is dan anders.

Na de geboorte kunnen bij het kind diverse gevolgen van prenataal alcoholgebruik zichtbaar worden. Vanwege de effecten van alcohol op de cellulaire processen tijdens de ontwikkeling van de organen kan prenataal alcoholgebruik bijvoorbeeld leiden tot een groeiachterstand qua lengte en gewicht. Bij de geboorte kan de vertraagde groei al duidelijk zijn en deze achterstand in lengte haalt het kind gedurende de rest van het leven niet meer in (bijv. Whitehead & Lipscomb, 2003). Kinderen die voor de geboorte aan alcohol zijn blootgesteld kunnen ook gezichtsafwijkingen hebben. In het ergste geval hebben deze kinderen smalle oogspalten, een vlak philtrum (gootje tussen neus en bovenlip) en een dunne bovenlip. Andere gezichtsafwijkingen kunnen zijn een lage neusbrug, lage oren, een smalle kin, afwijkingen aan het gebit en een hoog verhemelte (bijv. Sulik et al., 1988). Tot slot kan

alcoholgebruik leiden tot neurologische beschadigingen. Deze kunnen zich uiten in gedragsstoornissen en neurologische afwijkingen (Testa et al., 2003). Veel voorkomende gevolgen zijn slecht sociaal functioneren, hyperactiviteit, verstandelijke handicap, leerstoornissen, slecht geheugen en autistisch gedrag (Niccols, 2007).

Kinderen die alle drie de kenmerken hebben (vertraagde groei, gezichtsafwijkingen en beschadigingen aan het centrale zenuwstelsel) en van wie de moeder alcohol gedronken heeft tijdens de zwangerschap kunnen de diagnose van het foetaal alcohol syndroom (FAS) krijgen (Bertrand et al., 2004). FAS is een chronische aandoening. Sommige afwijkingen veroorzaakt door prenataal alcoholgebruik zoals groeiachterstand of gezichtsafwijkingen, zullen naarmate men ouder wordt minder duidelijk herkenbaar worden. De neurologische beschadigingen kunnen echter gedurende het hele leven gevolgen hebben (Streissguth et al., 1996). Mogelijke gevolgen op latere leeftijd zijn crimineel gedrag, psychiatrische problematiek en alcohol- en/of drugsproblemen (Streissguth et al., 1996). Als een kind niet alle kenmerken van FAS heeft, kunnen er andere diagnoses gesteld worden, zoals bijvoorbeeld Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND) (Bertrand, 2004). De term Foetaal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) wordt tegenwoordig door veel onderzoekers gebruikt om het hele gebied van defecten door prenatale alcohol blootstelling af te dekken (Streissguth & O'Malley, 2000).

3.3 Risicofactoren bij prenataal alcoholgebruik

Prenataal alcoholgebruik heeft niet altijd schadelijke gevolgen voor het kind. Uiteraard hebben de hoeveelheid en het moment van alcoholinname door de moeder effecten op het kind (Smith, 1997). De risico's en de ernst van de effecten nemen toe naarmate de moeder meer en vaker drinkt. Echter, er zijn nog meer risicofactoren. Naarmate een vrouw meer zwangerschappen heeft gehad loopt ze groter risico op alcoholgerelateerde schade bij het ongeboren kind (May et al., 2008). Ook zijn leeftijd (Church et al., 1990; May et al., 2008), gewicht en voeding van de moeder van invloed op de risico's bij het ongeboren kind (May et al., 2008). Naarmate een vrouw ouder en kleiner is en ongezonder eet, is alcoholgebruik tijdens de zwangerschap meer risicovol. Ook genetische factoren (Green & Stoler, 2007; Su et al., 2001) en het alcoholmetabolisme bij de moeder (dat wil zeggen, de snelheid waarmee alcohol door het lichaam van de moeder wordt afgebroken) (Chernoff, 1980) zijn van invloed op de schadelijkheid van alcohol voor het ongeboren kind. Behalve risicofactoren bij prenataal alcoholgebruik zijn er ook beschermende factoren (een genetische, beschermende factor is bijvoorbeeld de allel ADH1 B*3, zie Scott & Taylor, 2007). De risicofactoren en de beschermende factoren zijn niet op individueel niveau te bepalen. Immers, niet alle factoren zijn bekend, de interactie tussen de factoren is onbekend en bepaalde kenmerken van de foetus zijn voor de geboorte niet vast te stellen. Verder onderzoek naar deze factoren is noodzakelijk om uitspraken te kunnen doen over hoeveel alcoholgebruik op welk moment door welke moeder en bij welke foetus leidt tot welke gevolgen. Op dit moment kan er geen veilige ondergrens vastgesteld worden, waarvan met zekerheid gezegd kan worden dat er geen enkel schadelijk effect is op het ongeboren kind (Gezondheidsraad, 2005).

Het is onduidelijk hoeveel mensen beschadigd zijn door het alcoholgebruik van de moeder tijdens de zwangerschap. FASD en FAS worden niet altijd herkend. Kinderen met een gedragsproblematiek bij wie de invloed van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap niet onderkend wordt, worden vaak onjuist gediagnosticeerd met ADHD (bijv. Vaurio et al, 2008), Autisme en/of PDD-NOS (Bishop et al., 2007; Nanson, 1992). Maar ook als wel bekend is dat een moeder tijdens de zwangerschap alcohol heeft gedronken zijn de gevolgen niet altijd evident: is het slechte geheugen van het kind veroorzaakt door prenataal alcoholgebruik, is het genetisch of is er een andere oorzaak?

Het is onbekend hoe vaak FASD voorkomt in Nederland. Er zijn in verschillende landen onderzoeken geweest naar de prevalentie van FASD. Een hele hoge prevalentie van FASD is gevonden in een onderzoek in 1986. Dit onderzoek vond plaats in een Indianenreservaat in Canada bij een populatie met een hoog percentage alcoholisten (Robinson, 1987). Bij deze populatie kwam FASD voor bij 190 van de 1000 kinderen (tussen 3 en 18 jaar). Een onderzoek waarvan de resultaten beter te vergelijken zijn met de Nederlandse bevolking vond plaats in 2005 in een provincie in Italië. In dit grootschalige onderzoek werden op 25 basisscholen alle kinderen van 6 en 7 jaar (die toestemming kregen van hun ouders) gescreend op FAS en FASD. Afhankelijk van de criteria die waren opgesteld, kwam FAS in deze provincie voor bij 3,7 tot 7,4 per 1000 kinderen. FASD kwam voor bij 20,3 tot 40,5 per 1000 kinderen.

Hoewel het onduidelijk is hoe vaak en bij welke hoeveelheden alcohol FASD voorkomt kunnen er op basis van casuïstiek twee aannames gemaakt worden. Ten eerste zal overmatig alcoholgebruik niet altijd leiden tot FAS. Het onderzoek van Robinson (1987) laat zien dat van alle kinderen, van wie bevestigd kon worden dat de moeder had gedronken tijdens de zwangerschap, een meerderheid van 59% geen FASD had. Ten tweede hebben niet alle FAS-kinderen een aan alcoholverslaafde moeder. Artsen met ervaring in het stellen van FASD-diagnoses hebben geconstateerd dat eenmalig (zwaar) alcoholgebruik of alcoholgebruik tijdens een gevoelige periode in de zwangerschap kan leiden tot FAS (mondelijke mededeling van Rudi Kohl, kinderarts bij de FASD-polikliniek in Winschoten).

De Gezondheidsraad (2005) is overtuigd van de wetenschappelijke inzichten in de schadelijkheid van alcohol tijdens de zwangerschap. Zij adviseert om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap. Dit is door de KNOV overgenomen. Echter, wat vinden eerstelijns verloskundigen zelf van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap? Adviseren zij hun cliënten om geen alcohol te drinken? Waarom wel of waarom niet? En vinden verloskundigen het lastig om alcoholgebruik te bespreken met hun cliënten? Deze en andere vragen zijn aan bod gekomen in een verkennend onderzoek dat in de volgende hoofdstukken beschreven wordt.

4. Opzet onderzoek onder verloskundigen over alcohol en zwangerschap

Verloskundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij de voorlichting aan zwangere vrouwen over alcohol en zwangerschap. Eerstelijns verloskundigen zien veel zwangere vrouwen en voor een groot deel van de zwangere vrouwen is de verloskundige de enige medische betrokkene. Het is de taak van de verloskundige om het normale verloop van de zwangerschap te bewaken en afwijkingen bij het kind te voorkomen. Het vorige hoofdstuk liet zien dat alcohol het normale verloop van de zwangerschap in gevaar kan brengen en afwijkingen bij het kind kan veroorzaken.

Om inzicht te krijgen in hoe verloskundigen in Nederland omgaan met alcohol en zwangerschap is er een verkennend kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder tien verloskundigen. De onderzoeksvraag was: welk advies geven de verloskundigen aan hun cliënten met betrekking tot alcohol en zwangerschap en welke factoren hebben hier invloed op?

4.1 I-Change Model

De theoretische basis van dit onderzoek werd gevormd door het I-Change Model (ICM), zie Figuur 1 (De Vries et al., 2003). Dit model veronderstelt dat er verschillende factoren invloed hebben op welk gedrag iemand vertoont. Het ICM heeft concepten van verschillende cognitieve modellen geïncorporeerd, zoals het Transtheoretisch Model (Prochaska et al., 1997) en de Theory of Reasoned Action (theorie van beredeneerd gedrag; Fishbein and Ajzen, 1975). Het ICM is uitgebreid getest onder Europese populaties en is geschikt als theoretische basis om gedrag en gedragsverandering te bestuderen.

Het gedrag dat in het onderzoek centraal stond was het advies dat de verloskundigen geven aan hun cliënten met betrekking tot alcohol en zwangerschap. Het ICM werd vervolgens gebruikt om te analyseren wat de invloed is van verschillende factoren op dit alcoholadvies.

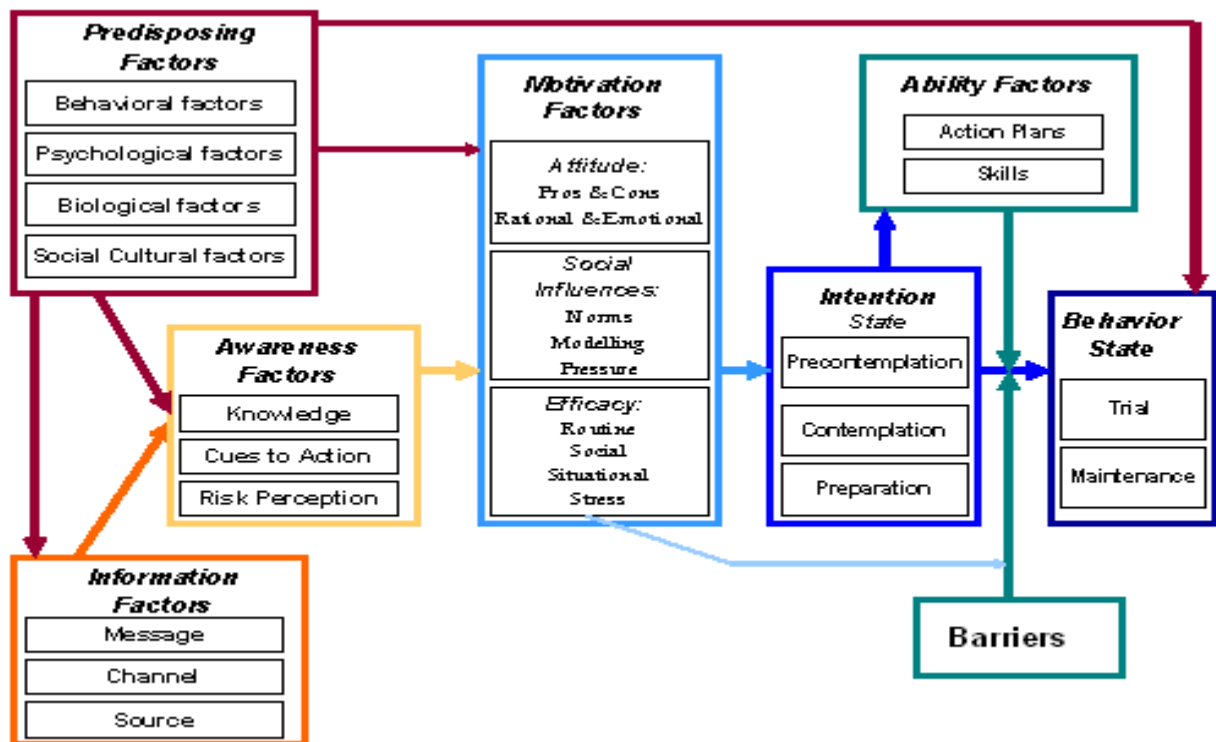
Volgens het ICM kan de achtergrond van iemand belangrijk zijn ("Predisposing factors") voor het uitvoeren van bepaald gedrag. Twee variabelen die we in dit onderzoek hebben meegenomen zijn de leeftijd van de verloskundige en haar eigen alcoholgebruik.

Vervolgens onderscheidt het model drie belangrijke fasen in het proces van gedragsverandering: bewustzijn, motivatie en actie. Als verloskundigen zich er niet van bewust zijn dat de nulnorm het gewenste advies is, kan dit komen omdat ze onvoldoende kennis ("Knowledge") hebben van de effecten van alcohol op het ongeboren kind, dat ze de risico's op het gevaar van alcohol onderschatten ("Risk perception") of dat ze zelf geen goede informatie daarover hebben gekregen ("Information factors").

Als verloskundigen niet gemotiveerd zijn om de nulnorm te adviseren kan dit komen omdat ze onvoldoende overtuigd zijn van de voordelen van het geven van dit advies en dus een negatieve

attitude hebben ten aanzien van het adviseren van de nulnorm (“Attitude”). Ook is het mogelijk dat ze niet genoeg sociale steun krijgen om de nulnorm te adviseren (“Social Influences”). En, verloskundigen moeten ook vertrouwen hebben dat ze zelf in staat zijn om lastige situaties het hoofd te kunnen bieden (“Efficacy”).

Tot slot is het natuurlijk een kwestie van doen. De stap van motivatie en een positieve intentie (“Intention state”) naar gedrag lijkt gemakkelijk, maar is dat vaak niet. Goede intenties worden misschien niet uitgevoerd omdat verloskundigen geen concrete plannen maken of niet voldoende vaardigheden hebben om aan hun cliënten uit te leggen waarom ze tijdens de zwangerschap niet drinken (“Ability factors”).



Figuur 4.1. Het I-Change Model (De Vries et al., 2003)

4.2 Methode

4.2.1 Procedure

Op dit moment is er nog weinig bekend over welk advies verloskundigen geven en waarom: zijn ze zich ervan bewust dat adviseren over de nulnorm het gewenste gedrag is volgens de Gezondheidsraad en de KNOV, zijn ze gemotiveerd om deze nulnorm uit te dragen? En als ze de nulnorm willen adviseren, waarom doen sommigen dat dan niet? Voor het onderzoek dat antwoord moest geven op deze vragen is naar 10 verloskundigenpraktijken een e-mail gestuurd met de vraag of één medewerker uit de praktijk gedurende een half uur geïnterviewd zou willen worden over het

onderwerp alcohol en zwangerschap. Specifieke onderwerpen werden in de e-mail aangekondigd: wat zijn de richtlijnen van de praktijk, hoeveel zwangere vrouwen in de praktijk blijven alcohol drinken en van welke instanties krijgt de verloskundige informatie over alcohol en zwangerschap? Vijf van deze verloskundigenpraktijken waren niet bereid of in staat om aan het onderzoek mee te doen. Er werden vervolgens vijf andere praktijken aangeschreven en deze waren wel bereid om aan het onderzoek mee te doen.

De verloskundigenpraktijken zijn geselecteerd op basis van locatie. Er is gezocht naar twee praktijken in het noorden, oosten, zuiden, westen en midden van Nederland, waarvan één in een grote stad en één op het platteland. Bovendien is er ook rekening gehouden met de organisatie van verloskundigen. Er zijn zowel solo- als duo- als groepspraktijken benaderd. Alle praktijken waren lid van de KNOV.

Met de tien verloskundigen die bereid waren om mee te doen is een afspraak gemaakt op een tijdstip dat hen het beste uitkwam. Drie verloskundigen wilden graag telefonisch geïnterviewd worden; de overige zeven zijn in de eigen praktijk mondeling geïnterviewd. Een lijst van deelnemende verloskundigenpraktijken is opgenomen in Bijlage 1.

4.2.2 Opzet van het interview

De interviews waren semigestructureerd; een topiclijst vormde de leidraad voor de interviews. De vragen waren gebaseerd op de concepten van het ICM. Het huidige gedrag van de verloskundige werd onderzocht door 5 vragen over het advies van de verloskundige over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (bijv. Welk advies geeft u aan uw cliënt?).

De achtergrond van de verloskundige werd onderzocht door 11 vragen (bijv. Gebruikt u zelf alcohol?).

De mate waarin de verloskundige zich ervan bewust is dat de nulnorm het gewenste advies is werd in kaart gebracht door twee vragen over de kennis van de verloskundige over alcohol tijdens de zwangerschap (bijv. Weet u hoeveel alcohol er gedronken kan worden zonder dat er schade optreedt); door één vraag over de risicoperceptie (nl. Hoe schadelijk denkt u dat alcohol is tijdens de zwangerschap?); en door één vraag over hoe de verloskundige zelf informatie over het onderwerp heeft gekregen (nl. Van wie of wat heeft u ooit informatie gekregen over alcohol tijdens de zwangerschap?).

De motivatie van de verloskundige over het adviseren van de nulnorm werd in kaart gebracht door één vraag over de attitude (nl. Kunt u voor- en nadelen noemen van het geven van dit advies aan uw cliënten?); twee vragen over sociale invloeden (bijv. Wat vinden uw collega's over alcohol en zwangerschap?); en twee vragen over het vertrouwen dat de verloskundige in zichzelf heeft om lastige situaties het hoofd te bieden (bijv. Vindt u het moeilijk om het alcoholgebruik met zwangere vrouwen te bespreken?). In aansluiting op deze laatste vragen werd er door middel van drie vragen in kaart gebracht of het aan het gebrek aan vaardigheden ligt als de verloskundige de nulnorm niet adviseert (bijv. Zou u bepaalde vaardigheden willen hebben om beter aan cliënten te adviseren om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap?).

Tot slot werd er gevraagd of de verloskundige de intentie heeft om de nulnorm te adviseren (nl. U heeft tijdens dit interview verteld wat u vindt van alcohol tijdens de zwangerschap en welk advies u geeft. Denkt u dat u dit in de toekomst anders zou doen?).

De gehele vragenlijst is te vinden in Bijlage 2.

5. Resultaten

5.1 Respondenten

Onder de 10 verloskundigen die zijn geïnterviewd, waren 9 vrouwen en 1 man. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 34,4 jaar; de twee jongste respondenten waren 27 jaar; de oudste was 49 jaar. De respondenten hadden gemiddeld 8,9 jaar werkervaring, variërend van 0 tot 15 jaar. Zes respondenten werkten in een groepspraktijk, 3 in een duopraktijk en 1 respondent had een solopraktijk met een collega die bij haar in loondienst was.

5.2 Gedrag

Acht van de tien respondenten adviseerden hun cliënten om helemaal geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap, ook niet bij bijzondere gelegenheden. Eén respondent gaf het advies om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap, maar als de cliënt vroeg of het goed was dat zij met een bijzondere gelegenheid, bijvoorbeeld met Kerst of als ze gaat trouwen, een glaasje alcohol drinkt, dan antwoordde de verloskundige dat ze dat geen probleem vond. Eén respondent gaf helemaal geen advies aan de cliënten. Ze vroeg wel naar het alcoholgebruik van de cliënt, maar haar ervaring was dat als haar cliënten alcohol dronken, ze zelf wel wisten dat het beter was om geen alcohol te drinken. Bovendien dacht ze dat alcohol niet zo schadelijk is:

“ Als een vriendin van mij hartstikke zwanger is en ik weet dat zij eigenlijk nooit drinkt, en ze zegt ik wil een half glaasje wijn – ik heb al twee maanden geen op. Dan denk ik: joh, dat neem je dan toch lekker!”.

Alle verloskundigen bespraken alcoholgebruik tijdens de intake. Ze vroegen de zwangere vrouw dan of ze rookt, alcohol gebruikt en drugs gebruikt. Als de cliënt antwoordde dat ze geen alcohol gebruikt, dan gingen zeven van de tien respondenten door met de volgende vraag. Eén respondent zei vervolgens: “Dat is goed: er is namelijk geen veilige ondergrens te stellen voor alcohol tijdens de zwangerschap”. Twee respondenten vroegen verder: “ Ook niet af en toe een glaasje?” of “Helemaal geen alcohol?” Eén van deze twee respondenten was ervan overtuigd dat er meer wordt gedronken tijdens de zwangerschap dan verloskundigen zich bewust zijn. Zij dacht dat vrouwen eerlijker zijn, als de verloskundige erover doorvraagt.

Vier verloskundigen vroegen niet alleen naar het alcoholgebruik van de zwangere vrouw, maar ook naar het alcoholgebruik van de partner. Dat was met name om een beter beeld te hebben van de complete sociale situatie rondom de cliënt. De verloskundigen gaven de partner geen advies over zijn alcoholgebruik.

De meest gebruikte manier om de cliënt te informeren over alcohol en zwangerschap was mondeling advies. Zes van de tien verloskundigen maakten bovendien gebruik van de folder Zwanger! die uitgegeven is door onder andere de KNOV, het RIVM en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (KNOV et al., 2008). Vrouwen die zwanger willen worden, zwanger zijn of borstvoeding geven worden in deze folder in zes regels afgeraden om alcohol te gebruiken. Zes van de tien

verloskundigen maakten gebruik van de folders van STAP of verwezen de cliënten (via hun eigen internetpagina) door naar de website Alcoholenzwangerschap.nl van STAP.

De verloskundigen maakten in hun advies aan de cliënten geen onderscheid tussen cliënten. Alleen de reactie van de cliënt kon ervoor zorgen dat de verloskundige meer of minder uitgebreid advies gaf. In hun advies over alcohol en zwangerschap maakten ze geen onderscheid tussen allochtonen en autochtonen, tussen hoog- en laagopgeleiden of tussen jong of oud.

5.3 Achtergrond

De verloskundigen gaven aan zelf weinig alcohol te drinken. Vijf van de tien verloskundigen zeiden niet of zelden alcohol te drinken; de overigen dronken af en toe een glaasje tot één à twee dagen per week. De indruk die de verloskundigen van hun cliënten hadden was dat er regelmatig alcohol gedronken werd door zwangere vrouwen, voordat ze wisten dat ze zwanger waren. Een heel klein percentage van de zwangere vrouwen zal nu ook nog alcohol drinken, veronderstelden de verloskundigen. De schattingen van verloskundigen over het aantal cliënten dat blijft drinken ligt ongeveer op 5%; volgens sommige verloskundigen wordt er zelden gedronken door hun cliënten, een enkele verloskundige zegt dat er door maximaal 10% van de zwangere vrouwen gedronken wordt. De verloskundigen geloofden dat allochtone vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst helemaal geen alcohol drinken, niet voor en niet tijdens de zwangerschap.

“Bij het eerste consult zegt 98% van de zwangere vrouwen, ik drink niet meer sinds ik weet dat ik zwanger ben.”

De verloskundigen waren niet helemaal zeker of de cliënten eerlijk zijn over hun alcoholgebruik. Slechts drie van de tien antwoordden volmondig ‘ja’ op de vraag of ze dachten dat hun cliënten eerlijk zijn over het alcoholgebruik. Sommige verloskundigen dachten dat hun cliënten wel eerlijker zijn over alcoholgebruik dan over roken. Eén verloskundige had sterke twijfels over de eerlijkheid van haar cliënten ten aanzien van alcohol:

“ Ik vraag me af of de cliënten eerlijk zijn. Ik heb in mijn hele loopbaan eentje gehad die eerlijk toegaf dat ze het moeilijk vond om een wijntje te laten staan. Ik geloof niet dat zij de enige was, in de ruim 10 jaar dat ik als verloskundige werk.”

De verloskundigen waren over het algemeen tevreden over de informatie die ze aan hun cliënten verschaften over alcohol en zwangerschap. Eén verloskundige zou graag wat meer mondelinge informatie willen verschaffen, maar doet dit niet vanwege tijdsgebrek en om niet betuttelend over te komen. Een andere verloskundige zou heel graag willen dat het RIVM een landelijke folder zou uitgeven over alcohol en zwangerschap die ze kon geven aan vrouwen die ergens in hun zwangerschap alcohol hebben gedronken, ofwel voordat ze wisten dat ze zwanger waren, of nu nog drinken.

Het is opmerkelijk dat de verloskundige die zelf het meeste alcohol dronk (één à twee dagen in de week) degene was die zei het geen probleem te vinden als zwangere vrouwen dronken bij bijzondere gelegenheden. Overigens gebruikte de verloskundige die helemaal geen advies gaf, omdat ze dacht

dat haar cliënten zelf wel een inschatting konden maken van de schadelijkheid, zelf helemaal geen alcohol.

5.4 Bewustzijn

Alle verloskundigen waren zich ervan bewust dat als de moeder alcohol drinkt, dit bij de foetus terecht kan komen. Echter, zes verloskundigen geloofden onterecht dat alcohol alleen via de placenta bij het ongeboren kind kan komen. Zij dachten dus dat alcohol niet bij het embryo kan komen, zolang de placenta niet is aangemaakt. Deze onjuiste informatie werd ook wel eens aan de cliënten verteld:

“ Vrouwen voelen zich vaak schuldig als ze alcohol hebben gedronken terwijl ze nog niet wisten dat ze zwanger waren. Ik probeer hun schuldgevoel af te zwakken door te zeggen dat alcohol geen kwaad kan, zolang er geen bloedcontact is tussen moeder en kind”.

Aan de verloskundigen was niet gevraagd of ze weten wat de invloed is van alcohol op cellulaire processen. Eén verloskundige zei uit zichzelf dat alcohol schadelijk kan zijn, omdat het zorgt voor celdood.

Negen van de tien verloskundigen wisten te vertellen dat alcohol in het begin van de zwangerschap schadelijk kan zijn voor de aanleg van organen. Dat alcohol in de rest van de zwangerschap schadelijk kan zijn voor de verdere ontwikkeling van de hersenen wisten vijf verloskundigen en dat alcohol een negatieve invloed heeft op de groei wisten drie verloskundigen. Een lager geboortegewicht bij kinderen waarvan de moeder tijdens de zwangerschap heeft gedronken weet één van de verloskundigen onterecht aan een slechtere placentafunctie. Dit is het geval bij roken; de verloskundige was dus niet goed op de hoogte dat de invloed van alcohol op het geboortegewicht is te herleiden tot de invloed van alcohol op de celdeling. Eén verloskundige was onterecht van mening dat alcohol in de laatste fase van de zwangerschap minder schadelijk is, omdat alcohol schadelijk is voor de ontwikkeling van de hersenen en deze aan het einde van de zwangerschap uitontwikkeld zouden zijn.

De verloskundigen noemden niet spontaan welke gevolgen tijdens de zwangerschap zichtbaar konden zijn van prenataal alcoholgebruik. Het onderdrukken van foetale oogbewegingen noemde geen van de verloskundigen; het onderdrukken van ademhalingsbewegingen werd door één verloskundige spontaan genoemd. Zij had tijdens een bijscholing gehoord dat een glas alcohol ervoor zorgt dat de foetus ongeveer 3 uur lang geen ademhalingsbeweging maakt. Dit vond ze zo heftig, dat ze dit ook altijd aan haar cliënten vertelt. Dat alcohol tijdens de zwangerschap leidt tot een verhoogde kans op een miskraam werd door één verloskundige genoemd; een verhoogde kans op vroeggeboorte werd door een andere verloskundige genoemd. De mogelijkheid dat alcohol tijdens de zwangerschap leidt tot het onderdrukken van foetale oogbewegingen, foetale ademhalingsbewegingen, miskraam of vroeggeboorte leken veel verloskundigen dus niet te weten.

Zoals beschreven in Hoofdstuk 3 zijn groeiachterstand, afwijkende gezichtskenmerken en gedragsstoornissen of neurologische afwijkingen gevolgen van prenataal alcoholgebruik die na de

geboorte zichtbaar kunnen worden. Als al deze kenmerken zichtbaar zijn, dan kan een kind gediagnosticeerd worden met FAS. Zeven verloskundigen noemden spontaan FAS als mogelijk gevolg van prenataal alcoholgebruik. Dat de combinatie van de drie kenmerken (en bevestiging van prenataal alcoholgebruik) bepalend is voor FAS wist geen van de verloskundigen. De combinatie van afwijkende gezichtskenmerken en neurologische afwijkingen werd door drie verloskundigen als kenmerkend voor FAS genoemd. De combinatie van groeiachterstand en afwijkende gezichtskenmerken werd door één verloskundige genoemd en één verloskundige noemde afwijkende gezichtskenmerken als kenmerkend voor FAS. In totaal noemden drie verloskundigen groeiachterstand als mogelijk gevolg van prenataal alcoholgebruik; zeven verloskundigen noemden afwijkende gezichtskenmerken en zes verloskundigen noemden neurologische afwijkingen. De verloskundigen waren dus redelijk op de hoogte welke gevolgen van prenataal alcoholgebruik na de geboorte zichtbaar kunnen zijn.

Aan de verloskundigen was ook gevraagd of zij wisten bij hoeveel alcohol welke schade kan optreden. Volgens de Gezondheidsraad en de KNOV is het juiste antwoord dat er geen veilige ondergrens te stellen is waarbij met zekerheid geen schade optreedt. Slechts drie verloskundigen antwoordden op deze vraag dat er geen veilige ondergrens te geven is. Twee verloskundigen voegden hieraan toe dat ze dachten dat het schadelijker is, naarmate een zwangere vrouw meer drinkt.

Verschillende verloskundigen noemden een bepaalde hoeveelheid alcohol als schadelijk. Afhankelijk van welke verloskundige een zwangere vrouw tegenover zich ziet, kon haar verteld worden dat FAS veroorzaakt wordt door **“1 à 2 glazen per dag”, “rond 3 glazen per dag”, “4 à 5 glazen per dag”** of **“meer dan 6 glazen per dag”**. Verder werd vooral structureel, elke dag alcohol drinken, verondersteld schadelijk te zijn voor het ongeborn kind. **(“Ik geloof dat 1 glas per week kleinere afwijkingen kan veroorzaken”** of **“Als ik echt moest gokken zou ik zeggen dat twee glazen alcohol per dag in het eerste trimester kan leiden tot schade”** of **“1 à 2 glazen per dag kan leiden tot FAS. Bij minder, wel regelmatig alcoholgebruik kan er ook schade optreden. Welke schade, hangt af van de fase van de zwangerschap.”**) Af en toe eens wat drinken werd door verschillende verloskundigen niet schadelijk geacht. **(“Als mensen chronisch alcohol gebruiken, dan zijn de gevolgen veel groter dan als iemand per ongeluk een keer wat alcohol binnenkrijgt”** of **“Als je met Kerst of op oudejaarsavond eens twee glazen wijn drinkt, ach dat kan geen kwaad”** of **“Ik kan me niet voorstellen dat af en toe een glaasje leidt tot geestelijke beperking”** of **“Ik denk dat 1 glas geen kwaad kan, maar mijn advies zou zijn: laat toch maar staan”**.)

Geen van de verloskundigen noemde uit zichzelf dat er risicofactoren zijn, waardoor een bepaalde hoeveelheid alcohol bij de ene vrouw tot meer of andere schade leidt dan bij een andere vrouw.

Aan de verloskundigen is ook gevraagd hoe ze informatie over het onderwerp alcohol en zwangerschap hebben gekregen. Alle verloskundigen noemden hierbij de opleiding verloskunde. Een paar wezen erop dat in de tijd dat zij hun opleiding volgden, de nulnorm nog niet geadviseerd werd. De nulnorm is pas na publicatie van het advies van de Gezondheidsraad 2005 door de verloskundigen in hun protocol overgenomen. Behalve de opleiding vormde de KNOV, bijscholing (mede-)

georganiseerd door de KNOV en het Tijdschrift voor Verloskunde belangrijke informatiebronnen, die door de verloskundigen als zeer betrouwbaar werden ervaren. Het advies van de Gezondheidsraad werd door vier verloskundigen genoemd als betrouwbare bron. Twee verloskundigen hadden ook informatie over alcohol en zwangerschap opgedaan bij hun opleiding tot lactatiekundige en tijdens cursussen voor het houden van kinderwensspreekuren. Tot slot bleken de media (tv, internet en kranten) een belangrijke rol te spelen. Eén verloskundige met een vrij accurate kennis van de schadelijke effecten van alcohol en zwangerschap baseerde haar kennis op een tv-uitzending van NOVA over het foetaal alcohol syndroom. Een andere verloskundige die de risico's van alcohol tijdens de zwangerschap relatief laag inschatte, baseerde zich op een tv-programma waarin een gynaecoloog had gezegd dat elke dag een glas rode wijn wel goed is voor de zwangerschap.

“Ik hoorde vorig jaar dat je best één glas alcohol per dag als zwangere mag drinken. Ik hoop dat een gynaecoloog dat niet zomaar loopt te verkondigen op TV als het niet waar is.”

5.5 Motivatie

De verloskundigen die aan hun cliënten adviseerden om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap zagen als grootste voordeel dat dit advies bijdraagt aan de gezondheid van de baby. Drie verloskundigen zagen als voordeel van dit advies het positieve effect dat dit kan hebben op de gezondheid van de moeder. Twee verloskundigen vonden het bovendien prettig en belangrijk om eerlijke informatie te verschaffen aan de cliënt. Op basis van deze informatie kan de moeder een gefundeerde beslissing nemen om wel of niet alcohol te drinken.

De meeste verloskundigen die het advies gaven om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap konden geen nadelen noemen van het geven van dit advies. Drie verloskundigen vonden het vervelend dat ze met hun informatie zwangere vrouwen ongerust maakten, die vóór dit advies wel alcohol hadden gedronken.

“Nadeel is als mensen een keer wel wat gedronken hebben, dat ze zich schuldig voelen. Maar hoe vervelend dat ook is, ik vind het toch belangrijk om dat advies te geven. Belangrijkste voordeel is dat het belangrijk is voor de gezondheid van de baby.”

Dit nadeel vonden ze echter niet opwegen tegen het voordeel dat ze met dit advies een positieve invloed uitoefenden op de gezondheid van het kind. Deze verloskundigen hadden liever dat zwangere vrouwen goed op de hoogte zijn van de gevaren van alcohol vóór de zwangerschap. Eén verloskundige vond het moment van het geven van dit advies (bij de intake) juist te vroeg. Deze verloskundige zou dit advies liever pas geven als er een goede band opgebouwd zou zijn met de cliënt.

De verloskundigen wisten of veronderstelden dat hun collega's hetzelfde advies gaven over alcohol en zwangerschap als zij. Over het algemeen hanteerden de verloskundigen in de praktijk een vast protocol dat onderling besproken werd, waarin alcohol een onderdeel was. Een verloskundige vertelde dat alle nieuwe cliënten met de collega's besproken werden en dat het aan de orde kwam als een cliënt had gezegd dat ze alcohol gebruikt had aan het begin van de zwangerschap.

“Ik bespreek alcohol tijdens de zwangerschap met collega’s als we de protocollen bespreken of als we het foldermateriaal bespreken. We bespreken het ook als een cliënt alcohol gebruikt; dan bespreken we hoe we hiermee omgaan.”

Twee andere verloskundigen vertelden dat ze met collega’s specifieke cliënten bespraken die alcohol gebruikten tijdens de zwangerschap. Eén verloskundige had geen idee welk advies collega’s geven over alcohol en zwangerschap. Zij vertelde dat ze voedingsadviezen wel met collega’s besprak en dan werd er gekeken naar de richtlijnen op www.voedingscentrum.nl, maar over alcohol was de afgelopen 7 jaar niet gesproken.

Behalve collega’s bleek KNOV een belangrijke sociale invloed te zijn bij het geven van advies over alcohol en zwangerschap. Overige invloeden die genoemd werden zijn STAP, de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) of de wetenschap.

Tot slot hadden verloskundigen goed vertrouwen in zichzelf om alcoholgebruik van de cliënt te bespreken. Het leek sommige verloskundigen moeilijk als de cliënt zich niet openstelt voor het advies van de verloskundige. Bijvoorbeeld omdat de cliënt uit een ander sociaal milieu komt of omdat de cliënt ook drugs gebruikt en de leefwereld van de cliënt weinig aansluit bij die van de verloskundige. Echter, de verloskundigen gaven aan nog niet in zo’n situatie terecht te zijn gekomen. Twee verloskundigen vonden het lastig als de cliënt al alcohol had gedronken aan het begin van de zwangerschap. Zij zouden graag willen dat ze dan op een makkelijke manier de cliënt gerust konden stellen over de mogelijke gevolgen hiervan. En twee verloskundigen die veel met alloctonen te maken hadden vonden het vaak ingewikkeld om aan cliënten met een gebrekkige kennis van de Nederlandse taal uit te leggen dat het beter is om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap. De verloskundige die veel te maken had met alloctone moslima’s was over het alcoholgebruik bij deze cliënten niet ongerust, omdat ze veronderstelde dat deze cliënten geen alcohol gebruiken; de verloskundige met veel Poolse cliënten maakte zich hier meer zorgen over. Eén verloskundige vond het moeilijk om te adviseren om geen alcohol te drinken als de cliënt vraagt of ze een glaasje kan drinken bij een bijzondere gelegenheid, zoals Oud en Nieuw of haar huwelijk. Op de vraag of verloskundigen graag extra vaardigheden zouden willen hebben om beter te kunnen adviseren over de nulnorm antwoordden acht verloskundigen dat ze tevreden zijn over hun vaardigheden. Eén verloskundige zou graag meer willen weten over alcohol en zwangerschap om krachtig advies te geven zonder veel woorden te gebruiken. Een andere verloskundige zou graag meer vaardigheden willen hebben om eerlijke informatie te krijgen van de cliënt over het alcoholgebruik, om er echt achter te komen hoeveel iemand drinkt, zonder de vertrouwensband te beschadigen.

5.6 Intentie

Aan de verloskundigen was gevraagd of ze de intentie hebben om een ander advies te geven dan ze nu doen. De meesten en met name de verloskundigen die op dit moment de nulnorm adviseren waren erg stellig dat ze ook in de toekomst hetzelfde advies zouden geven. De belangrijkste redenen die genoemd werden om eventueel ander advies te geven in de toekomst waren als de wetenschap of als de KNOV tot andere inzichten zouden komen.

“Als er uit onderzoek blijkt dat alcohol geen kwaad kan, dan zou ik ander advies geven. Maar dat lijkt me sterk. Dus, nee, ik denk dat ik in de toekomst geen ander advies zou geven.”

De verloskundige die geen advies gaf over alcohol en zwangerschap zou dat wel kunnen doen als zou blijken dat haar collega's vinden dat ze het anders moet doen.

6. Conclusie, discussie en aanbevelingen

6.1 Conclusie en discussie

In dit onderzoek stond de vraag centraal: Welk advies geven de verloskundigen aan hun cliënten met betrekking tot alcohol en zwangerschap en welke factoren hebben hier invloed op? De interviews met tien verloskundigen zijn gebruikt om antwoord te krijgen op deze vraag.

6.1.1. Gedrag

De meeste verloskundigen adviseerden hun cliënten om geen alcohol te drinken. De manier waarop verloskundigen de nulnorm mondeling adviseerden liet echter zien dat dit advies niet alle cliënten bereikte. De verloskundigen gaven tijdens de intake advies over alcohol en zwangerschap op basis van de vraag: 'Rookt u, gebruikt u alcohol, gebruikt u drugs?'. Als de cliënt antwoordde dat ze geen alcohol gebruikte, wat veel cliënten deden, dan gaf haar verloskundige gedurende de gehele zwangerschap geen mondeling advies over alcohol. Mondeling advies werd vaak pas gegeven als de cliënt aangaf dat ze wel alcohol gebruikte of als ze zelf vroeg over alcohol en zwangerschap. In de meeste gevallen adviseerde de verloskundige dan dat het beter was om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap.

Verloskundigen leken te kunnen beïnvloeden of de cliënt vertelde dat ze alcohol gebruikte. Als de verloskundige doorvroeg: 'Drinkt u ook niet af en toe een glaasje?', gaven meer cliënten aan dat ze alcohol gebruikten.

6.1.2 Achtergrond

Dit onderzoek gaf geen inzicht in hoeveel zwangere vrouwen daadwerkelijk alcohol drinken. De Gezondheidsraad (2005) schat dat 35-50% van de zwangere vrouwen alcohol blijft drinken. De verloskundigen veronderstelden dat slechts een klein deel van hun cliënten alcohol dronken; van allochtone vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst werd verondersteld dat ze helemaal geen alcohol dronken. Het is belangrijk dat verloskundigen het aantal cliënten dat alcohol drinkt niet onderschat. Immers, dit onderzoek liet zien dat verloskundigen met name advies gaven over alcohol als de cliënten daar zelf aanleiding toe gaven. Als een cliënt niet vertelde dat ze alcohol dronk of als ze niet vroeg om extra informatie dan was de kans groot dat de verloskundige zelf ook niet begon over het gevaar van alcohol tijdens de zwangerschap.

Overigens gaven de verloskundigen niet alleen mondeling advies over alcohol en zwangerschap, maar ook schriftelijk. De meeste verloskundigen verstrekten foldermateriaal of verwezen cliënten naar websites waar de nulnorm geadviseerd werd. Onderzoek onder zwangere vrouwen zou inzicht moeten geven of zij op de hoogte zijn van de nulnorm, door mondeling dan wel schriftelijk advies van de verloskundige.

6.1.3 Bewustzijn

De interviews lieten zien dat het kennisniveau van de verloskundigen over alcohol en zwangerschap laag is. De verloskundigen waren niet goed op de hoogte wat de invloed is van alcohol op cellulaire processen die plaats vinden tijdens de prenatale ontwikkeling, van de effecten van prenataal alcoholgebruik en ze wisten niet goed welke kenmerken bepalend zijn voor FAS. Tot slot bracht geen van de verloskundigen ter sprake dat de invloed van prenataal alcoholgebruik afhangt van risicofactoren en beschermende factoren. Met andere woorden, het was onbekend dat de invloed van alcohol niet bij iedere moeder en foetus hetzelfde is.

De verloskundigen gaven ook regelmatig onjuiste informatie aan cliënten. Verkeerd advies van de verloskundige over prenataal alcoholgebruik kan leiden tot afwijkingen bij kinderen. Verloskundigen wisten bijvoorbeeld niet dat alcohol ook in de eerste weken (vóór de placentavorming) de ongeboren baby kan bereiken. Verloskundigen vertelden hun cliënten regelmatig dat alcohol in de eerste weken niet schadelijk is, om hun cliënten die in de eerste weken alcohol gedronken hadden gerust te stellen. Deze cliënten kunnen deze informatie echter ook gebruiken als goedkeuring om bij een volgende zwangerschap in de eerste weken volop alcohol te drinken, met de risico's van dien. Verloskundigen waren ook niet goed op de hoogte hoeveel alcohol schadelijk kan zijn voor het ongeboren kind en welke gevolgen bepaalde hoeveelheden alcohol kan hebben. Verkeerd informeren over 'veilige' hoeveelheden alcohol tijdens de zwangerschap kan leiden tot schade bij het ongeboren kind.

De belangrijkste bron van informatie voor de verloskundigen over alcohol en zwangerschap was de opleiding. Die was voor sommige verloskundigen lang geleden en voor velen was het rapport van de Gezondheidsraad (2005) over de nulnorm pas na hun opleiding verschenen. De KNOV was voor verloskundigen ook een belangrijke en betrouwbare bron van informatie. Veel verloskundigen wisten van de nulnorm door de KNOV. Een belangrijke, maar risicovolle bron van informatie vormden de media met de televisie in het bijzonder. Verloskundigen konden onjuiste informatie over alcohol en zwangerschap van de tv vernemen. In belangrijkheid en betrouwbaarheid leek de KNOV als informatiebron de media echter te overtreffen. Als er onjuiste informatie verkondigd wordt op tv kan de KNOV dus sterke tegenwicht bieden.

6.1.4 Motivatie

Het belangrijkste voordeel voor verloskundigen om de nulnorm aan de cliënten te adviseren was het gezondheidsvoordeel voor de baby. Het belangrijkste nadeel dat genoemd werd was dat cliënten ongerust zouden kunnen worden over de effecten van alcohol die zij in het begin van de zwangerschap hebben gedronken. Verloskundigen gaven echter wel aan dat het nadeel niet opweegt tegen het voordeel, dus ondanks de mogelijke ongerustheid vonden de verloskundigen dat ze wel de nulnorm moesten adviseren.

Verloskundigen noemden hun collega's als belangrijkste sociale invloed. In de praktijk bleken verloskundigen niet altijd op de hoogte te zijn van wat hun collega's vonden van alcohol en zwangerschap. Verloskundigen doen hun consulten vrijwel nooit samen met een andere collega. Dus welk advies collega's gaven kon alleen tijdens collegiale overleggen aan de orde komen, bijvoorbeeld

tijdens het doornemen van nieuwe cliënten of tijdens de bespreking van het protocol voor een consult. Het is dus onduidelijk hoeveel invloed collega's daadwerkelijk hebben op het alcoholadvies dat een verloskundige aan haar cliënt geeft.

De verloskundigen hadden vertrouwen in zichzelf dat ze lastige situaties met betrekking tot alcoholadvies het hoofd konden bieden. Lastige situaties waren hoe om te gaan met cliënten die al gedronken hadden voordat ze advies kregen van de verloskundige en wat zeg je tegen cliënten die graag een glaasje alcohol drinken bij een bijzondere gelegenheid. Meer kennis over de effecten van alcohol en zwangerschap zou kunnen helpen om beter met lastige situaties om te gaan.

Hoewel de KNOV veronderstelt dat een goede vertrouwensband tussen de verloskundige en cliënt helpt bij het bespreken van moeilijke kwesties, werd de vertrouwensband door de verloskundigen nauwelijks genoemd in het kader van alcoholadvies. Verder onderzoek zou moeten uitwijzen of zwangere vrouwen inderdaad gemakkelijker over alcohol spreken als de vertrouwensband goed is. Andersom was er wel bezorgdheid bij verloskundigen over wat praten over alcoholgebruik doet met de vertrouwensband. Extra vaardigheden zouden nodig kunnen zijn om achter het alcoholgebruik van de cliënt te komen, zonder dat de vertrouwensband beschadigd wordt.

6.1.5 Intentie

Alle verloskundigen hadden de intentie om ook in de toekomst hetzelfde advies te geven als dat ze nu geven, of dat nu wel of niet de nulnorm was. Als er een goede reden voor zou zijn, zouden verloskundigen wel ander advies willen geven. Aandringen van collega's of nieuwe wetenschappelijke inzichten zouden goede redenen kunnen zijn.

6.1.6 Discussie

Dit onderzoek heeft laten zien dat verloskundigen over het algemeen het door de Gezondheidsraad en KNOV gewenste advies geven, namelijk geen alcohol tijdens de zwangerschap. Dit onderzoek heeft bovendien inzicht gegeven in een breedte aan factoren die invloed hebben op het advies van de verloskundige. Zo bleek dat dit advies niet alle cliënten bereikt en dat verloskundigen soms onjuiste informatie verschaffen aan hun cliënten. Hoeveel zwangere vrouwen in Nederland uiteindelijk het advies krijgen geen alcohol te drinken en hoe vaak onjuiste informatie bij zwangere vrouwen terecht komt kan dit onderzoek niet aantonen. Hiervoor zou een grootschalig kwantitatief onderzoek uitgevoerd moeten worden onder een representatieve steekproef van verloskundigen.

Er kan niet met zekerheid gezegd worden dat de volledige breedte aan mogelijke antwoorden van verloskundigen aan de orde zijn gekomen. Andere voor- en nadelen aan het adviseren van de nulnorm of andere vaardigheden die verloskundigen missen bij het adviseren van de nulnorm waren mogelijk aan de orde gekomen als andere verloskundigen waren geïnterviewd. De meeste factoren lijken echter wel aan de orde geweest te zijn, het onderzoek is namelijk gestopt omdat er na het interviewen van tien verloskundigen geen nieuwe informatie meer naar boven kwam. Bovendien waren de geïnterviewde verloskundigen divers wat betreft geslacht, leeftijd, aantal jaar werkervaring, type praktijk, ruimtelijke spreiding en grootte van de vestigingsplaats. Door de variatie in respondenten is een grote verscheidenheid aan factoren aan het licht gekomen.

6.2 Aanbevelingen voor verloskundigen

Op basis van het onderzoek kan verondersteld worden dat veel verloskundigen de intentie hebben om de nulnorm te adviseren, maar dat niet alle cliënten dit advies en soms onjuiste informatie krijgen. In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan zodat verloskundigen hun cliënten beter kunnen voorlichten over alcohol en zwangerschap.

Verloskundigen kunnen alcohol en zwangerschap met meer cliënten bespreken als ze niet alleen advies geven aan die vrouwen die 'Ja' antwoorden op de vraag: 'Gebruikt u alcohol?'. Verloskundigen kunnen ervoor kiezen om aan alle cliënten, ongeacht het antwoord, de nulnorm te adviseren. Als verloskundigen alleen aan cliënten de nulnorm willen adviseren die daadwerkelijk alcohol gebruiken, kunnen ze bij de cliënten die 'Nee' antwoorden op de gebruikt-u-alcohol-vraag doorvragen: 'Echt niet? Ook niet af en toe een slokje, of een glaasje bij een bijzondere gelegenheid?'. Hoe de verloskundige het beste kan doorvragen om erachter te komen of de client daadwerkelijk alcohol gebruikt, zonder de vertrouwensband in gevaar te brengen, is niet bekend. Verder onderzoek is nodig om hier inzicht in te krijgen.

Verloskundigen bespreken het alcoholgebruik van de zwangere vrouw tijdens de intake. Deze vindt over het algemeen plaats in week 6 tot week 8 van de zwangerschap. Dit is vrij laat: Alcoholgebruik in de eerste weken van de zwangerschap kan ook tot schade leiden. Door vroeger tijdens de zwangerschap een intake te houden, kunnen vrouwen al eerder in hun zwangerschap geïnformeerd worden over de risico's van alcohol. Nog veiliger is het als vrouwen al vóór hun zwangerschap op de hoogte zijn van de gevaren van alcohol ook tijdens het prille begin van de zwangerschap. Kinderwensgesprekken kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Echter, veel zwangere vrouwen bezoeken de verloskundige niet voor een preconceptiegesprek, omdat ze niet van het bestaan afweten, omdat veel ziektekostenverzekeringen ze niet vergoeden of omdat vrouwen onbewust of ongepland zwanger worden. De verantwoordelijkheid voor goede informatie zou daarom niet alleen bij verloskundigen moeten liggen, maar er zou ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid moeten zijn. De minister van Volksgezondheid kan hieraan bijdragen door wet- en regelgeving op te stellen, maar ook door maatschappelijke bekendheid te geven aan dit onderwerp, bijvoorbeeld door alcoholische dranken te voorzien van waarschuwingslabels of door spotjes op tv, bijvoorbeeld van Postbus 51. Maatschappelijke bewustwording kan ertoe leiden dat vrouwen ook voor hun intake bij de verloskundigen op de hoogte zijn van de risico's en daarom geen alcohol drinken tijdens de zwangerschap.

Het percentage zwangere vrouwen dat alcohol drinkt ligt volgens verloskundigen rond de 5%, terwijl onderzoek aantoonde dat ongeveer 35-50% van de zwangere vrouwen alcohol drinkt (Gezondheidsraad, 2005). Het lijkt er dus op dat verloskundigen het alcoholgebruik onder hun cliënten sterk onderschatten. Het is belangrijk dat verloskundigen op de hoogte zijn van het reële alcoholgebruik van de cliënten, omdat verloskundigen nu nog vaak alleen voorlichting geven als de cliënt heeft gezegd dat ze alcohol gebruikt. De voorlichting kan verbeterd worden door beter te achterhalen of een cliënt alcohol drinkt of door alle cliënten alcoholvoorlichting te geven.

Verloskundigen kunnen hun cliënten beter voorlichten als ze meer kennis en vaardigheden hebben. Een voorbeeld van onjuiste informatie als gevolg van gebrek aan kennis is als een verloskundige zegt dat het geen schadelijke effecten heeft als een cliënt bij bijzondere gelegenheden, zoals een huwelijk of met Kerst, alcohol drinkt. Een ander voorbeeld is als verloskundigen zeggen dat alcohol geen kwaad kan zolang er geen placenta aangelegd is. Deze informatie is misschien wel geruststellend voor zwangere vrouwen die voor de intake alcohol hebben gedronken, maar ook onjuist. Bij een volgende zwangerschap kan dit ertoe leiden dat een moeder onbezorgd gedurende de eerste weken alcohol nuttigt, met de risico's van dien. Verloskundigen kunnen zich zorgen maken dat het bespreken van alcoholgebruik een negatieve invloed heeft op de vertrouwensband. Een training kan ertoe leiden dat een verloskundige betere vaardigheden heeft zodat een cliënt openhartig spreekt over haar alcoholgebruik, zonder dat dit de vertrouwensband schaadt.

De opleiding en de KNOV hebben grote verantwoordelijkheid voor het op niveau brengen en houden van kennis en vaardigheden. Verloskundigen worden ook beïnvloed door nieuws in de media. Als deze informatie onjuist is, kan de KNOV tegenwicht bieden. Verloskundigen veronderstellen dat de informatie van de KNOV zeer betrouwbaar is.

Verloskundigen hechten ook veel waarde aan de mening van hun collega's. In de praktijk wordt alcoholgebruik echter niet vaak met collega's besproken. Verloskundigen kunnen er voor kiezen om het beleid ten aanzien van alcoholgebruik regelmatig tijdens het intercollegiaal overleg aan de orde te stellen. Ook kan het veel inzicht geven als verloskundigen een keer samen een consult leiden. Op die manier leren verloskundigen van elkaar hoe ze het beste voorlichting kunnen geven over alcohol tijdens de zwangerschap.

Literatuur

- Aaronson LS, Mural CM, Pfoutz SK. (1988). Seeking information: where do pregnant women go? *Health Educ Q*, 15, 335-45.
- Armstrong, B. G., McDonald, A. D., & Sloan, M. (1992). Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion. *Am J Public Health*, 82, 85-87.
- Bakker MJ, de Vries H, Mullen PD et al. (2005). Predictors of perceiving smoking cessation counseling as a midwife's role: a survey of Dutch midwives. *Eur J Public Health*, 15,39-42.
- Bertrand, J., Floyd, R.L., Weber, M.K., O'Connor, M., Riley, E.P., Johnson, K.A., Cohen, D.E., National Task Force on FAS/FAE. (2004). *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Bishop, S., Gahagan, S., & Lord, C. (2007). Re-examining the core features of autism: a comparison of autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 48, 1111-1121.
- Boer, J. de, & Zeeman, K. (2008). *Prenatale verloskundige begeleiding. Aanbevelingen voor ondersteuning, interactie en voorlichting*. KNOV. Ovimes Grafische Bedrijven: Deventer.
- Chernoff, G.F. (1977). The fetal alcohol syndrome in mice: an animal model. *Teratology*, 15, 223-229.
- Chernoff, G.F. (1980). The fetal alcohol syndrome in mice: maternal variables. *Teratology*, 22, 71-75.
- Church, M. W., Abel, E. L., Dintcheff, B. A., & Matyjasik, C. (1990). Maternal age and blood alcohol concentration in the pregnant Long-Evans rat. *J Pharmacol Exp Ther*, 253, 192-199.
- Coles, C. (1994). Critical periods for prenatal alcohol exposure. *Alcohol Health & Research World*, 18,22-29.
- De, A., Boyyadijieva, N.I., Pastoricic, M., Reddy, B., & Sarkar, D.K. (1994). Cyclic AMP and ethanol interact to control apoptosis and differentiation in hypothalamic B-endorphin neurons. *Journal of Biological Chemistry*,269, 26697-26705.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Gezondheidsraad. (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2004/22.
- Goodlett, C. R. & Horn, K. H. (2001). Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system. *Alcohol Res Health*, 25, 175-184.

- Green, R.F., & Stoler, J.M. (2007). Alcohol dehydrogenase 1B genotype and fetal alcohol syndrome: a HuGE minireview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *197*, 12-25.
- Herzig K, Danley D, Jackson R, Petersen R, Chamberlain L, Gerbert B. (2006). Seizing the 9-month moment: addressing behavioral risks in prenatal patients. *Patient Educ Couns*, *61*, 228-35.
- Idanpaan-Heikkila, J., Jouppila, P., Akerblom, H. K., Isoaho, R., Kauppila, E., & Koivisto, M. (1972). Elimination and metabolic effects of ethanol in mother, fetus, and newborn infant. *Am J Obstet Gynecol*, *112*(3), 387-393.
- Kesmodel U & Schioler Kesmodel P. (2002). Drinking during pregnancy: attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcohol Clin Exp Res*, *26*, 1553-60.
- KNOV (2006). De kern van de eerstelijns Verloskunde. Samenvatting.
<http://www.verloskundige.info/files/beroepsprofiel-samenvatting.pdf>
- KNOV (2010). Aanbieders kinderwensspreekuur.
http://www.knov.nl/docs/uploads/AANBIEDERS_kinderwensspreekuren_25_mei_2010.pdf
- KNOV, NVOG, KNOV, NHG, LHV, VVAH, Erfocentrum en RIVM. (2008). Zwanger!
www.rivm.nl/zwangerschapsscreening
- Lelong N, Kaminski M, Chwalow J, Bean K, Subtil D. (1995). Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Educ Couns*, *25*, 39-49.
- Lemoine, P., Harousseau, H., Borleyru, J.P., & Menuet, J.C. (1968). Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observes a propos de 127 cas. [Children of alcoholic parents: Anomalies observed in 127 cases.] *Ouest Medical*, *21*,476-482.
- May, P. A., Gossage, J.P., Marais, A. S., Hendricks, L. S., Snell, C. L., Tabachnick, B.G., Stellavato, C., Buckley, D.G., Brooke, L. E., & Viljoen, D. L. (2008). Maternal Risk Factors for Fetal Alcohol Syndrome and Partial Fetal Alcohol Syndrome in South Africa: A Third Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *32*, 738-753.
- Mulder, E. J., Morssink, L. P., van der Schee, T., & Visser, G. H. (1998). Acute maternal alcohol consumption disrupts behavioral state organization in the near-term fetus. *Pediatr Res*, *44*, 774-779.
- Nanson, J.L. (1992). Autism in fetal alcohol syndrome: a report of six cases. *Alcohol Clin Exp Res*, *16*, 558-565.
- Niccols, A. (2007). Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain. *Brain Cogn*, *65*, 135-142.

- Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E. (1997). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: K. Glanz. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Robinson, G.C., Conry, J.L., & Conry, R.F. (1987). Clinical profile and prevalence of fetal alcohol syndrome in an isolated community in British Columbia. *Cmaj*, 137: 203-7.
- Scott, D.M., & Taylor, R.E. (2007). Health-related effects of genetic variations of alcohol-metabolizing enzymes in African Americans. *Alcohol Res Health*, 30: 18-21.
- Smith, S.M. (1997). Alcohol-induced cell death in the embryo. *Alcohol Health Res World*, 21, 287-297.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J., & Bookstein, F.L. (1996). Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE): Final report. Seattle: University of Washington Publication Services.
- Streissguth, A.P. & O'Malley, K. (2000). Neuropsychiatric implications and long-term consequences of fetal alcohol spectrum disorders. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 5, 177-190.
- Su, B., Debelak, K. A., Tessmer, L. L., Cartwright, M. M., & Smith, S. M. (2001). Genetic influences on craniofacial outcome in an avian model of prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res*, 25, 60-69.
- Sulik, K.K., Cook, C.S., & Webster, W.S. (1988). Teratogens and craniofacial malformations: Relationships to cell death. *Development*, 103 (Suppl.), 213-231.
- Testa, M., Quigley, B. M., & Eiden, R. D. (2003). The effects of prenatal alcohol exposure on infantmental development: a meta-analytical review. *Alcohol Alcohol*, 38, 295-304.
- Vaurio, L., Riley, E. P., & Mattson, S. N. (2008). Differences in executive functioning in children with heavy prenatal alcohol exposure or attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Int Neuropsychol Soc*, 14, 119-29.
- Vries, de H., Mudde, A. Leijds, I, Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., Clemente, M.P., Storm, H., Gonzalez Navarro, A., Nebot, M., Prins, T., & Kremers, S. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Educ Res* 18(5): 611-626.
- Whitehead, N., & Lipscomb, L. (2003). Patterns of alcohol use before and during pregnancy and the risk for small-for-gestational-age birth. *American Journal of Epidemiology*, 158, 654-662.
- Wiegers, T.A., Van der Velden, L.F.J., & Hingstman, L. (2005). *Behoefteringing verloskundigen 2004-2015*, Nivel 2005.

Bijlage 1 Respondenten onderzoek

Geografische typering	Leeftijd	Geslacht	Aantal jaar werkervaring	Type praktijk	Type interview
Noord - stad	27	v	5	Groep	Telefonisch
Noord-platteland	49	m	12	Duo	Telefonisch
Oost - stad	42	v	14	Groep	Face-to-face
Oost- platteland	41	v	15	Groep	Face-to-face
Zuid-stad	35	v	13	Groep	Face-to-face
Zuid-platteland	27	v	0	Duo	Face-to-face
West-stad	36	v	10	Groep	Face-to-face
West-platteland	28	v	7	Individueel	Face-to-face
Midden-stad	29	v	6	Duo	Telefonisch
Midden-platteland	30	v	7	Groep	Face-to-face

Bijlage 2. De vragenlijst

NB. In italics onderwerpen die interviewer niet direct ter sprake brengt, maar pas nadat verloskundige hoofdvraag heeft beantwoord en dat in italics staat niet zelf ter sprake heeft gebracht.

Mondelinge toelichting onderzoek:

- Wie is interviewer, promotieonderzoek voor UM en STAP
- Uiteindelijke doel maken van interventie om ervoor te zorgen dat er minder vrouwen drinken tijdens de zwangerschap
- Daarvoor belangrijk te weten of er zwangere vrouwen zijn die drinken tijdens de zwangerschap en hoe verloskundigen omgaan met alcohol en zwangerschap
- Voor deze studie worden 10 verloskundigen geïnterviewd. Elke verloskundige heeft haar eigen specifieke situatie. Niet de bedoeling om algemeen beeld te krijgen van alle verloskundigen, maar uiteenlopende verhalen.

Achtergrondkenmerken

Van tevoren zelf invullen

Voorletters + Achternaam:

Verloskundigenpraktijk (naam + plaats):

Inleidende vragen

A1. Kunt u iets over uzelf als verloskundige vertellen? Hoe lang bent u al verloskundige, waarom bent u ooit dit vak ingegaan? Wat vindt u het mooiste of leukste aan uw vak? En wat bevalt minder goed?

A1a. Hoeveel jaar werkzaam als verloskundige?

A1c. Hoeveel uur werkt u per week?

A2. Hoe groot is uw verloskundigenpraktijk? Heeft u ook bij andere praktijken gewerkt en wat maakt het werken hier leuk of minder leuk?

A2a. Type verloskundigenpraktijk?

- Individuele praktijk
- Duo-praktijk
- Groepspraktijk
- Praktijk in een gezondheidscentrum

Anders, namelijk.....

A3. Wat vindt u van de consulten? Hoe lang duren deze? Maakt het een groot verschil welke cliënt u spreekt?

A3a. Hoeveel minuten is de gemiddelde duur van een eerste consult?

..... minuten

A3b. Hoeveel minuten is de gemiddelde duur van een vervolgsconsult?

.....minuten

A4. Mag ik iets meer over uzelf weten? Waar bent u geboren? Wat is uw leeftijd?

A4a. Leeftijd?

1	9		
---	---	--	--

A4b. Wat is het geboorteland van uzelf, uw vader en uw moeder?

Eigen Alcoholgebruik, Alcoholgebruik zwangere vrouw

B1. Dit interview gaat over alcohol en zwangerschap. Het eerste wat we graag van u willen weten is hoe u als verloskundige tegenover alcohol en zwangerschap staat. Wat vindt u van alcohol tijdens de zwangerschap? Denkt u dat er veel vrouwen drinken tijdens de zwangerschap?

B1a. Wat vindt u van alcohol tijdens de zwangerschap?

Helemaal geen alcohol of af en toe een glaasje? Is advies bij iedere cliënt hetzelfde?

B1b. Drinken uw cliënten tijdens de zwangerschap alcohol?

Drinken cliënten voor de zwangerschap? Voor eerste consult? Na eerste consult?

B1c. Denkt u dat uw zwangere cliënten eerlijk zijn over hun alcoholgebruik wanneer u ernaar vraagt?

B2. Hoe bespreekt u alcoholgebruik tijdens de zwangerschap? Welk advies geeft u aan uw cliënt? Tijdens welk consult komt dit aan de orde? Bespreekt u dit ook met de partner van de zwangere vrouw? En hoe geeft u informatie aan de cliënt, dmv folders, mondeling?

B2a. Tijdens welk consult bespreekt u alcoholgebruik tijdens de zwangerschap

Bij welk consult (eerste, tweede, ...), hoeveel tijd gaat zitten in dit bespreken?

B2b. *Bespreekt u alcoholgebruik tijdens de zwangerschap ook met de partner van de zwangere vrouw?*

B2c. Hoe geeft u informatie over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap?

mondeling en/of schriftelijk (folders, brief etc), verwijst naar website?

B3. Als u alcoholgebruik bespreekt met uw cliënten, in hoeverre maakt u dan onderscheid tussen uw cliënten? Zijn er cliënten aan wie u bijvoorbeeld ander advies geeft? Of bespreekt u dit met hoogopgeleiden anders dan met laagopgeleiden? Maakt u verschil tussen allochtonen en autochtonen?

B4. Zijn er omstandigheden aan te wijzen wanneer u het moeilijker of makkelijker vindt om alcoholgebruik tijdens de zwangerschap te bespreken?

B5. Wat vindt u van de informatie die u verstrekt over alcohol en zwangerschap? Heeft de zwangere vrouw genoeg aan uw informatie hierover? Of vindt u dat de vrouw op een andere manier nog informatie moet krijgen over alcohol en zwangerschap?

B5a. Bent u tevreden over de informatie die u verstrekt?

- *Waarom wel/niet?*
- *Wat is de rol van de verloskundige*

B6. Drinkt u zelf wel eens alcohol? En denkt u dat het alcoholgebruik van de verloskundige invloed heeft op welk advies zij aan de cliënt geeft?

B6a. Drinkt u zelf wel eens alcohol?

- *Hoe vaak?*

Informatie

C1. Wij willen ook graag weten wat de kennis is van verloskundigen over alcohol en zwangerschap en waar ze informatie vandaan halen. Concreet:

Van wie of wat heeft u ooit informatie gekregen over alcohol tijdens de zwangerschap? Houdt u uw kennis bij? Hoe houdt u uw kennis hierover bij?

- *opleiding verloskunde, collega's, KNOV, vakbladen, tijdschriften, internet, boeken, folders*
- *Hoe weet u of informatie betrouwbaar is?*

C2. Mag ik vragen wat u weet over de gevolgen van alcohol tijdens de zwangerschap? Kunt u zeggen in welke fase alcohol schadelijk is? Kunt u noemen welke risico's u weet over alcoholgebruik? Weet u hoeveel alcohol kan er gedronken zonder dat er schade optreedt?

- *Hoeveel alcohol kan er gedronken worden zonder schadelijke effecten*
- *In welke periodes is alcohol schadelijk*
- *Kennis over gevolgen van alcohol tijdens en na geboorte*

C3. Hoe schadelijk schat u in dat alcohol is tijdens de zwangerschap? Welke schade kan er optreden? Bij hoeveel alcohol?

C4. En hoe ernstig schat u eventuele gevolgen in? En wanneer denkt u dat schade van alcohol wel of niet ernstig is?

C5. Heeft u bij een cliënt van u wel eens het idee gehad dat haar pasgeboren kind beschadigd was door alcohol tijdens de zwangerschap? Of heeft u dat gehoord van een collega?

C4. Denkt u dat u kennis mist over het onderwerp alcohol en zwangerschap?

- *Heeft u behoefte aan training, informatie, bijscholing over alcohol en zwangerschap?*

Motivatie

D1. U heeft net aangegeven dat u wel/niet vindt dat een zwangere vrouw absoluut geen alcohol mag drinken. Kunt u voor- en nadelen noemen van het geven van dit advies aan uw cliënten? Of anders gezegd, kunt u een voorbeeld noemen van wanneer u tevreden met uzelf was dat u dit advies gaf? Waarom was u daar tevreden over? Kunt u een voorbeeld noemen dat u vooraf of achteraf dacht dat u dit advies beter niet kon geven? Waarom?

- *Het maakt u een goede verloskundige, belangrijk voor de gezondheid van kind, belangrijk voor een gezonde zwangerschap*
- *tijdgebrek, komt belerend over, schaden vertrouwensband, schaden privacy, cliënt vindt het onprettig, u voelt zich er ongemakkelijk bij*

D2. Wat vinden uw collega's over alcohol en zwangerschap?

- *belangrijk om aan zwangere vrouwen het advies te geven om helemaal geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap?*
- *Welk advies geven ze zelf?*
- *Bespreekt u dit wel eens met uw collega's?*

D3. Zijn er andere mensen dan uw collega's of organisaties belangrijk voor u die een mening hebben over hoe en of u alcoholgebruik tijdens de zwangerschap met uw cliënten moet bespreken?

D4. Vindt u het moeilijk om het alcoholgebruik met zwangere vrouwen te bespreken? Kunt u een voorbeeld noemen van wanneer u het moeilijk vond om dit alcohol te bespreken met uw cliënt??

- *moeilijke, mondige, eigenwijze, of alcoholistische cliënten*
- *persoonlijke situaties, als zware dag gehad, zelf een kater*

D5. Vindt u dat u goed in staat bent om aan cliënten te adviseren om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap? Waarom wel of waarom niet en wanneer wel of wanneer niet? En zou u bepaalde vaardigheden willen hebben om dit nog beter te kunnen?

D6. Vindt u dat u goed in staat bent in te schatten of uw cliënt alcohol drinkt en hoe veel?

Intention state, Ability factors

E1. U heeft tijdens dit interview verteld wat u vindt van alcohol tijdens de zwangerschap en welk advies u geeft. Denkt u dat u dit in de toekomst anders zou doen? Waarom niet of wel?

E2. U heeft tijdens dit interview ook verteld wanneer u het moeilijk vindt om te adviseren om geen alcohol te drinken. Wat zou u kunnen helpen om goed advies te geven?