

BAAT HET NIET, DAN SCHAADT HET NIET?
Validatie en motivatie door een CO monitor binnen een stoppen-met-roken programma

Bachelorthese Psychologie
Veiligheid & Gezondheid

Roos Blokker
Universiteit Twente
16 januari 2008

Begeleiders:
Dr. M.E. Pieterse
Dr. L.C.A. Christenhusz

Samenvatting

Binnen de Stoppen-met-roken polikliniek van Medisch Spectrum Twente (MST) is voor een overkoepelend onderzoek gebruik gemaakt van een CO (koolmonoxide) monitor. Deze biomarker is indirect in staat te meten hoeveel sigaretten een patiënt in de voorgaande vierentwintig uur gerookt heeft. In het huidige onderzoek is gekeken naar de invloed die de aanwezigheid van deze CO monitor uitoefent op de motivatie van de patiënt, en op het gevoel dat hij gecontroleerd wordt door de begeleiding. Door middel van een semi-gestructureerd interview werden twaalf deelnemers van het overkoepelende onderzoek gevraagd naar hun ervaringen. Binnen dit interview werd bovendien ruimte gemaakt voor een evaluatie van de begeleiding binnen de Stoppen-met-roken polikliniek. Door de transcripten van deze interviews te voorzien van codering, konden onderliggende thema's geïdentificeerd worden. Aan de hand van deze codes werden drie hoofdthema's gebruikt om uiteindelijke conclusies over te trekken.

Over de begeleiding zijn de deelnemers overwegend positief. De gesprekstechniek Motivational Interviewing wordt succesvol toegepast. Enkele negatieve opmerkingen hebben te maken met een te korte tijdsduur en onbevredigende invulling van de afspraken die men heeft. Alternatieven worden echter niet genoemd. Goede matching van werkstijl en behoeftes zorgt voor een waargenomen effectiviteit van de begeleiding, al wordt deze niet als cruciaal bestempeld.

Wanneer de deelnemer gebruik maakt van de rookreductie methode, zouden zijn of haar CO waardes bij elke afspraak moeten dalen. De geïnterviewden geven aan dat dit op hen een motiverende uitwerking zou hebben. Wanneer de stoppoging echter niet succesvol verloopt, kunnen de stijgende (of niet-dalende) CO waardes een demotiverende werking hebben. Het succes van de stoppoging is dan ook belangrijk voor de mate van motivatie die van de CO monitor uitgaat. Bovendien is deze motivatie voor geen van de deelnemers van dusdanig belang dat de stoppoging erdoor beïnvloedt wordt.

De geïnterviewden geven aan de CO monitor voornamelijk als controlemiddel te zien. Zij voelen zich dan ook gecontroleerd wanneer zij blazen. Dit is voor de meeste patiënten echter niet bezwaarlijk. Bijna alle deelnemers geven aan eerlijk te zijn in het rapporteren van de rookstatus. Hierdoor is controle voor hen persoonlijk niet relevant. Zij zien de aanwezigheid van de CO monitor waarschijnlijk als een algemeen aspect van de begeleiding, wat niet voor hen specifiek gebruikt wordt. Deze deelnemers geven aan dat controle met de monitor hen een tastbaar bewijs van succes geeft tegenover de begeleider. De patiënten die de controle wel als bedreiging ervaren, voelen zich gewantrouwd. Zij hebben minder kennis over de werking van de CO monitor, waardoor eventuele andere functies wellicht aan hen voorbij gaan. Het verstrekken van informatie over de CO monitor is voor alle deelnemers dan ook van groot belang.

Het wordt de Stoppen-met-roken polikliniek aanbevolen om de CO monitor te blijven gebruiken binnen de begeleiding. Als een nieuwe patiënt volledig ingelicht wordt over de werking en functie van de monitor, kan hij of zij zelf beslissen of dit als een zinvolle toevoeging aan het programma wordt gezien. Het valt aan te bevelen om de CO monitor vooral als feedbackinstrument te profileren. De patiënt zal hier zelf uit kunnen afleiding dat de counselor op deze manier ook inzicht heeft in het rookgedrag. Het gebruik van de monitor is voor patiënten die voor de rookreductie methode kiezen, op de lange termijn waarschijnlijk zinvoller.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	4
	1.1 Stoppen met roken.....	4
	1.1.1 Stoppen-met-roken polikliniek.....	4
	1.1.2 Motivatie.....	5
	1.2 Zelfrapportage.....	6
	1.3 Misleiding.....	7
	1.3.1 Sociale wenselijkheid.....	8
	1.4 Biochemische validatie.....	9
	1.4.1 Voor- en nadelen.....	9
	1.4.2 Bogus pipeline.....	11
	1.4.3 Verschillende soorten biomarkers.....	12
	1.4.4 Vergelijking biomarkers.....	14
	1.5 CO monitor.....	15
	1.6 Onderzoeksvraag.....	16
2.	Methode.....	17
	2.1 Respondenten.....	17
	2.2 Instrument.....	17
	2.3 Procedure.....	18
	2.4 Data Analyse.....	18
3.	Resultaten.....	19
	3.1 Begeleiding.....	19
	3.1.1 Interpersoonlijke communicatie.....	20
	3.1.2 Begrip en aandacht.....	20
	3.1.3 Werkstijl counselors.....	21
	3.1.4 Informatie.....	21
	3.1.5 Effectiviteit.....	22
	3.1.6 Tijdsbesteding.....	23
	3.2 Stoppoging.....	23
	3.2.1 Redenen.....	23
	3.2.2 Alternatieven.....	24
	3.2.3 Barrières.....	24
	3.2.4 Reductie.....	25
	3.1.5 Terugval.....	25
	3.1.6 Deceiving.....	26
	3.3 CO-Monitor.....	27
	3.3.1 Kennis.....	27
	3.3.2 Feedback.....	28
	3.3.3 Reactie begeleiding.....	29
	3.3.4 Waargenomen nut.....	29
	3.3.5 Validatie.....	30
	3.3.6 Motivatie.....	31
	3.3.7 Invloed.....	32
	3.3.8 Acceptatie.....	33
4.	Discussie.....	33
	4.1 Begeleiding.....	34
	4.2 Stoppoging.....	35
	4.3 CO-Monitor.....	36
	4.4 Aanbevelingen.....	38
5.	Referenties.....	39
6.	Bijlage: Interviewschema.....	41

1. Inleiding

Met de ingang van het nieuwe jaar zullen veel mensen zich weer gestort hebben op het volbrengen van wellicht één van de meest voorkomende goede voornemens: stoppen met roken. Aangezien roken door haar aandeel in longkanker, coronaire hartziekten, chronisch obstructieve longziekte (COPD) en beroertes de belangrijkste oorzaak is van vroegtijdige ziekte en sterfte (Willemsen, Wagena en van Schayk, 2003), lijkt dit voornemen meer dan gerechtvaardigd. Ook in de Verenigde Staten worden ongeveer een half miljoen sterfgevallen per jaar toegeschreven aan de gevolgen van roken (US Dept of Health and Human Services, 1989). Stoppen met roken heeft een positieve invloed op de gezondheid en prognose van de ex-roker. Toch wordt het effect van stoppen wellicht nog onderschat. Dit komt voornamelijk doordat sommige rokers beweren te zijn gestopt, terwijl dit niet het geval is. Dit wordt ook wel misleiding (deception) genoemd. De data die verzameld worden bij deze zogenaamde ex-rokers worden meegenomen in onderzoeken, en zorgen daardoor voor verstoring van het gemeten effect op de gezondheid (Sillett, Wilson, Malcolm en Ball, 1978). Eerlijkheid van de roker is bovendien belangrijk voor die rokers die professionele hulp zoeken om van de sigaretten af te komen. Alleen wanneer zij correcte informatie geven over hun rookstatus, kan er gepaste begeleiding gegeven worden.

Zowel door middel van zelfrapportage als biochemische validatie is het mogelijk de rookstatus van de roker te meten. Beide hebben zowel voor- als nadelen. Het huidige onderzoek zal zich richten op wat er gebeurt wanneer een professionele Stoppen-met-roken polikliniek een vorm van biochemische validatie toevoegt aan haar gebruik van zelfrapportage als validatie. In de onderstaande tekst zal aandacht gegeven worden aan de aard van de polikliniek, gevolgd door enkele belangrijke aspecten van stoppen met roken, evenals de verschillende vormen van biochemische validatie. Uiteindelijk zal deze informatie verwerkt worden in twee onderzoeksvragen.

1.1 Stoppen met roken

1.1.1 *Stoppen-met-roken polikliniek*

De locatie van het huidige onderzoek is de Stoppen-met-roken polikliniek van Medisch Spectrum Twente (MST). In deze polikliniek werken drie counselors die rokers helpen te stoppen door middel van meerdere individuele afspraken, over een tijdsspanne van ongeveer een jaar. De rokers die zij behandelen zijn doorverwezen door de longarts, en zijn derhalve meestal goed tot zeer goed gemotiveerd. In een eerste intakegesprek met de rokers komen enkele onderwerpen aan de orde. Aan de hand van een door de patiënt ingevulde vragenlijst wordt het rookgedrag, de mate van verslaving en medische informatie doorlopen. Ook worden de verschillende hulpmiddelen besproken en uitgelegd. Uiteindelijk wordt de stopmethode gekozen. De keuze bestaat uit in één keer stoppen, of rookreductie. Wanneer in één keer gestopt wordt (de meest gebruikte methode, met betere resultaten), kiest de patiënt een stopdatum en rookt bewust de allerlaatste sigaret. Bij rookreductie wordt eerst inzicht in het rookgedrag vergaard, waarna overgegaan wordt op vermindering van het sigarettengebruik, en uiteindelijk het stoppen.

Vervolgens is het aan de patiënt om de gekozen methode in de praktijk te brengen. Na het intakegesprek zijn de meeste rokers enthousiast en gemotiveerd, maar na een aantal weken is het stoppen al minder nieuw (ook voor de omgeving) en wordt de roker toch soms verleid tot het nemen van een trekje of een sigaret. De begeleidsters in de Stoppen-met-roken polikliniek geven op dit soort momenten de benodigde steun en begrip aan de rokers. Zij geven voorlichting over

de lichamelijke en geestelijke onthoudingsverschijnselen, evenals tips die het stoppen eventueel makkelijker maken. De patiënt wordt, op een manier die voor hem/haar het meest succesvol blijkt, gemotiveerd om het niet op te geven en door te zetten. Deze vorm van begeleiding wordt ook wel Motivational Interviewing genoemd (Miller en Rollnick, 2002).

Of een stoppoging succesvol verloopt, hangt af van een aantal factoren. Ten eerst is de motivatie die de patiënt heeft, erg belangrijk. De patiënt moet vertrouwen hebben in zijn eigen kunnen, en beschikken over het benodigde doorzettingsvermogen. Ook de manier waarop de omgeving reageert op de stoppoging, heeft invloed op zijn succes. Dit geldt ook voor de leefsituatie van de roker. Wanneer er sprake is van ruzie, stress of andere zorgen, wordt een stoppoging al snel in gevaar gebracht. Ook het hulpmiddel dat hij/zij kiest moet goed aansluiten bij de behoeften van de roker.

1.1.2 Motivatie

Zoals gezegd is de mate van motivatie een goede indicatie voor het verloop van de stoppoging. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Het verschil tussen beide ligt in de oorzaak voor de wil om te stoppen. Bij intrinsieke motivatie is er sprake van een oorzaak *binnen* de persoon zelf, een interne beloning zoals persoonlijke gezondheid. Bij extrinsieke motivatie is iemand gedreven tot de gedragsverandering onder invloed van oorzaken *buiten* der persoon zelf, externe beloningen of bestraffingen. In dit geval doet de persoon iets niet voor zichzelf, maar meer voor een ander. Uit onderzoek blijkt dat gedragsverandering die geïnspireerd wordt door intrinsieke motivatie, vaker een positieve uitkomst heeft (Curry, Grothaus en McBride, 1997). Door middel van Motivational Interviewing (MI) wordt de intrinsieke motivatie van de roker vergroot. Deze persoonsgerichte gesprekstechniek beoogt de roker te laten inzien dat hij het stoppen in eigen hand heeft, zij vergroot de autonomie van de roker. Dit komt tot stand door het gedrag van de roker te verhelderen, en continue empathie te bieden voor de problemen die de roker ondervindt. De begeleider die MI gebruikt, reflecteert op het gedrag van de patiënt, waardoor deze inzicht krijgt in zijn eigen gedrag en de betekenis van het stoppen vergroot wordt. Door middel van herattributie worden problemen waar de patiënt tegenaan loopt, op een andere (positieve) manier belicht. Belangrijk is dat de begeleider de confrontatie met de patiënt niet aangaat - dit vergroot de kans op uitval aanzienlijk (Millner en Rollnick, 2002).

Een manier om de mate van motivatie tot stoppen van een roker in kaart te brengen, is het Stages of Change model (Prochaska, DiClemente en Norcross, 1992). Dit model ziet gedragsverandering als een proces met een bepaald tijdsverloop, en zes verschillende stadia. Deze stadia doorloopt men niet lineair, maar in een zogenaamde spiraalvorm. Terugval naar eerdere stadia is altijd mogelijk, evenals het meerdere malen doorlopen van bepaalde stadia. Per stadium verschil de mate van motivatie tot gedragsverandering. Dit is vooral belangrijk voor de begeleiding bij het stoppen met roken, omdat bij het soort begeleiding rekening gehouden moet worden met de hoeveelheid motivatie die de roker bezit.

De zes stadia van het Stages of Change model zijn, in het kort, de volgende (toegepast op het stoppen met roken):

Precontemplatie: In dit stadium is de roker niet van plan in de nabije toekomst te stoppen met roken. Hij is zich niet voldoende bewust van de nadelen die het roken met zich meebrengt, en ziet daardoor geen reden om te willen stoppen.

Contemplatie: In dit stadium is de roker zich bewust van zijn probleem en overweegt om te stoppen met roken. Hij onderneemt echter nog geen concrete stappen om dit daadwerkelijk te doen.

Voorbereiding: Rokers in het voorbereidingsstadium willen gaan stoppen met roken in de komende maand. Zij hebben bovendien eerder al een onsuccesvolle poging tot stoppen gewaagd. Kleine gedragsveranderingen, zoals reductie, zijn wellicht al merkbaar.

Actie: Wanneer de rokers in het actiestadium zitten, nemen zij directe stappen om hun gedrag, ervaringen en omgeving te veranderen. Dit stadium vereist de meeste toewijding en energie. De roker blijft zes maanden in deze fase, tot hij doorstroomt naar het volhouden.

Volhouden: Tijdens het volhouden werkt de ex-roker aan het tegenwerken van een terugval, en het vastleggen van de voordelen die hij haalt uit het niet-roken. In deze fase is het van belang om aan de doorgevoerde veranderingen vast te blijven houden.

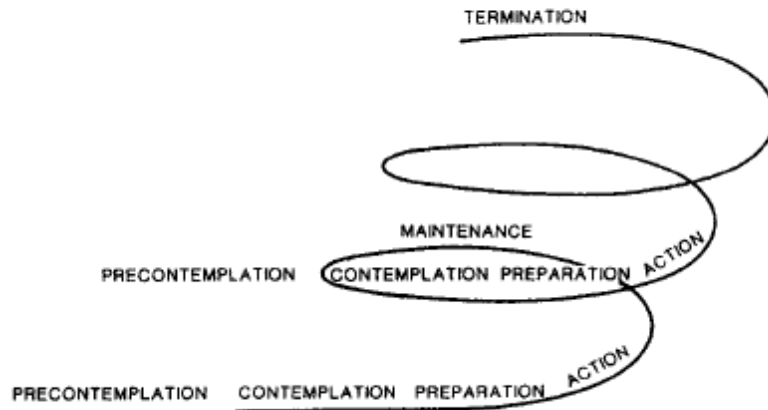
Terugval: In de meeste gevallen is een stoppoging niet direct succesvol. De kans op een terugval naar een vorige fase is dan ook groot. De meeste rokers vallen terug naar de contemplatie of voorbereidingsfase (Prochaska et al., 1992).

Wanneer rokers hulp zoeken in de Stoppen-met-roken polikliniek, is het de zaak van de counselors om de begeleiding aan te passen aan de persoonlijke behoeftes van de patiënt. De rokers die bij de counselors terecht komen, bevinden zich hoogstwaarschijnlijk in de voorbereidingsfase. Zij moeten geholpen worden met het betreden van de actiefase, het doorbrengen van de actiefase, en de uiteindelijke overgang naar het volhoudenstadium. Omdat ook in de polikliniek terugval niet afwezig is, moeten patiënten die terugvallen weer voldoende gemotiveerd worden om het niet op te geven, maar het opnieuw te proberen. Al met al is motivatie een van de belangrijkste aspecten binnen de begeleiding. In de komende secties zal gekeken worden naar enkele andere aspecten van de begeleiding en de stoppoging van de roker.

1.2 Zelfrapportage

De meest gebruikte manier om het rookgedrag van een deelnemer of patiënt te meten, is zelfrapportage. Bij zelfrapportage wordt de roker verbaal of op papier gevraagd naar zijn of haar rookstatus. Binnen de Stoppen-met-roken polikliniek wordt hier verbaal naar geïnformeerd. De grootste voordelen van zelfrapportage zijn de lage kosten, het gemak en de uitvoerbaarheid

A Spiral Model of the Stages of Change



Figuur 1: Stages of Changes model (Prochaska et al., 1992)

(Stevens en Munoz, 2004). Het invullen van de vragenlijsten of het beantwoorden van vragen is niet vervelend voor de deelnemer en wanneer de anonimiteit verzekerd wordt, is het aantal weigeringen meestal gering.

De validiteit van zelfrapportages wordt echter vaak in twijfel getrokken. In een meta-analyse van zelfrapportage (Patrick, Cheadle, Thompson, Diehr, Koepsell en Kinne, 1994) bleek dat de gemiddelde specificiteit¹ (89%) en sensitiviteit² (87%) van zelfrapportage behoorlijk hoog is. Toch varieerden deze waardes per studie, wat volgens de onderzoekers suggereert dat bepaalde factoren zoals setting, populatie, meetmethode en doel van de studie, een effect hebben op de validiteit. Wanneer rokers hun rookgedrag moesten rapporteren tegenover een interviewer, was de validiteit hoger dan wanneer zij zelf een vragenlijst in moesten vullen. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de aanwezige interviewer eventuele aanwijzingen met betrekking tot rookgedrag op kan pikken. Denk hierbij aan een rookgeur, nicotinevlekken op handen of tanden, en zelfs zichtbare sigaretten. Vanwege de aandacht die aan roken besteed wordt door bijvoorbeeld de media, en het rookverbod in openbare ruimtes, werkomgevingen, ziekenhuizen en binnenkort ook de horeca, zijn rokers zich extra bewust van hun gedrag. Hierdoor willen rokers de mate waarin hun gedrag conformeert aan dat van de sociale norm nog wel eens overdrijven (Patrick et al., 1994). Wanneer dit gebeurt, is er sprake van lieggedrag, ook wel misleiding genoemd.

1.3 Misleiding

Of en hoe vaak misleiding voorkomt, hangt af van een aantal factoren. Er zijn bepaalde subgroepen waarbij misleiding vaker voor lijkt te komen, bijvoorbeeld adolescenten (Patrick et al., 1994), zwangere vrouwen (Windsor, Boyd en Orleans, 1998), en rokers die moeten stoppen vanwege een medische conditie (From Attebring, Herlitz, Berndt, Karlsson en Hjalmarson, 2001).

Over de prevalentie van misleiding is veel onduidelijkheid. Hoewel sommige onderzoekers verwaarloosbare cijfers rapporteren (Patrick et al., 1994), reppen andere artikelen over percentages van 8% (in publieke vragenlijsten) tot 20% (in klinische settings) (Weissfield et al., 1989) en zelfs 40% (Sillett et al., 1978).

Maar waarom liegen mensen over hun rookgedrag? Weissfield, Holloway en Korschot (1989) suggereren een aantal factoren die misleiding beïnvloeden. De neiging tot onderrapporteren van het rookgedrag is volgens hen een gevolg van 1) de sociale onwenselijkheid van roken; 2) bedreiging van het zelfbeeld of het zelfvertrouwen wanneer het niet lukt om te stoppen; 3) het willen behagen van een begeleider. Een waargenomen druk om te stoppen lijkt de overkoepelende reden voor lieggedrag te zijn (From Attebring et al., 2001). Als een roker hier niet in slaagt, komen de voorgaande factoren in het spel bij een eventueel besluit tot misleiding. Een dergelijke druk wordt voornamelijk gevoeld wanneer er verwacht wordt dat de roker stopt (Patrick et al., 1994) (bijvoorbeeld in een klinische setting), als een begeleider veel tijd en moeite in de roker stopt (From Attebring et al., 2001), of wanneer de roker deelneemt aan een promotionele anti-roken interventie (Murray, Connert, Lauger en Voelker, 1993).

Wanneer deze factoren toegepast worden op de Stoppen-met-roken polikliniek, zou men kunnen verwachten dat ook hier misleiding voor komt. Er is sprake van patiënten die in de meeste gevallen doorverwezen worden door de longarts, en dus een medische reden hebben om te

¹ *Specificiteit* betekent het percentage niet-rokers dat door de meting correct als niet-roker wordt geclassificeerd.

² *Sensitiviteit* is het percentage rokers dat door de meting correct als dusdanig gedetecteerd wordt.

stoppen. Bovendien is er een begeleider in het spel die tijd en moeite in de patiënt steekt, waardoor men meer de neiging heeft om haar te behagen.

Murray et al. (1993) hebben een aantal demografische- en rookfactoren gevonden die lieggedrag op een significante manier kunnen voorspellen. Wanneer er een partner in het spel is die niet rookt, en die liever heeft dat de roker stopt, geeft dit de roker een gevoel van mislukking, en dit werkt lieggedrag in de hand. Misleiding komt dan ook vaker voor bij mensen die getrouwd zijn in plaats van gescheiden of alleenstaand, en bij mensen met een partner die gestopt zijn of nooit gerookt hebben. Deze factoren hebben in meer of mindere mate te maken met sociale wenselijkheid.

1.3.1 Sociale wenselijkheid

Het concept van sociale wenselijkheid bias werd in 1957 voor het eerste voorgesteld door Edwards (Edwards, 1957 in King en Bruner, 2000). Hij beschreef de sociale wenselijkheid bias als de neiging van deelnemers om goedkeuring van anderen te willen verdienen door zichzelf op een sociaal geaccepteerde manier te presenteren bij het beantwoorden van test items. Zoals hierboven vermeldt, hangt misleiding in hoge mate samen met deze bias. Het is voor een roker, zeker wanneer hij of zij intensieve begeleiding ontvangt, moeilijk om toe te geven dat het stoppen met roken niet gelukt is. Gevoelens van mislukking jegens hemzelf, mogelijke angst voor de teleurstelling van de begeleider, of medische relevantie van het stoppen, leiden door middel van de sociale wenselijkheid bias tot misleiding.

King en Bruner (2000) beschrijven enkele omstandigheden waarbij de kans op bias groot is, en lieggedrag in de gaten gehouden moet worden (niet alleen in verband met roken). Het gaat hier om: situaties waarin men aan zelfrapportage doet; onderzoeken waarbij het gaat om gevoelige onderwerpen; situaties waarin anonimiteit niet gewaarborgd (kan) worden; en zaken waarbij de deelnemer op het antwoord kan anticiperen. Wanneer aan meer dan één van de factoren wordt voldaan, is de kans op bias des te groter.

Hiertegenover schetsen dezelfde onderzoekers de situaties waarbij op sociale wenselijkheids bias juist *niet* geanticipeerd hoeft te worden. Wanneer de antwoorden gebaseerd zijn op belangrijke persoonlijke uitkomsten, en deze uitkomsten ook nog eens van intrinsieke waarde zijn voor de deelnemer, is hij of zij minder geneigd te conformeren aan de norm. Ook wordt de neiging tot bias kleiner naarmate men ouder wordt. Stevens en Munoz (2004) voegen hier nog aan toe dat verzekeren van anonimiteit of vertrouwelijkheid de waarheid ten goede komt.

Wanneer deze factoren betrokken worden op de situatie van de patiënten in de Stoppen-met-roken polikliniek, kan de sociale wenselijkheid bias twee kanten op gaan. Er is sprake van een situatie waarin men aan zelfrapportage doet, die bovendien niet anoniem is, maar persoonlijk overgedragen wordt aan de begeleider. Roken is een gevoelig onderwerp, waardoor effectief stoppen wellicht als extra belangrijk gezien wordt. Aan de andere kant is het stoppen van groot persoonlijk belang voor de roker, en komt dit belang (hoewel niet in alle gevallen) voort uit een intrinsieke waarde. Dit zou de roker er toe aan kunnen zetten om toch eerlijk te zijn over de rookstatus.

Als laatste, meest voor de hand liggende situatie waarin sociale wenselijkheid bias niet waarschijnlijk is, noemen King en Bruner (2000) de situaties waarin er metingen gebruikt worden die objectieve kennis verschaffen, zodat onwaarheden verkopen zinloos is. Met deze laatste situatie komen we aan bij het gebruik van biochemische validatie.

1.4 Biochemische validatie

Een andere manier om te controleren hoeveel/of een persoon gerookt heeft en of de zelfrapportage correct is, is het toepassen van biochemische validatie. Een zogenaamde 'biomarker' is een meting die de interactie blootlegt tussen een biologisch systeem en een chemische, fysieke of biologische 'agent' (Haufrond en Loison, 1998 in Stevens en Munoz, 2004). De mens is in dit geval het biologische systeem, de 'agent' is tabaksrook. Gebruik van of de blootstelling aan tabak wordt gemeten door middel van analyse van een bepaald fysiologisch aspect van ingeademde tabaksrook. Deze rook is opgebouwd uit zowel gasvormige als vaste componenten. Het gasvormige component bestaat uit kamerlucht, CO (koolmonoxide), nicotine en bepaalde koolwaterstofverbindingen, zoals waterstof cyanide. Het voornaamste vaste component van tabaksrook is teer (Stevens & Munoz, 2004). De aanwezigheid van deze stoffen in het lichaam kan gemeten worden, waarnaar conclusies met betrekking tot het rookgedrag kunnen worden getrokken. Biochemische validatie wordt voornamelijk gezien als een meting van de punt prevalentie van het huidige rookgedrag. De drie meest gebruikte biochemische metingen zijn cotinine (in plasma, speeksel of urine), thiocyanate (in plasma of speeksel) en koolmonoxide (in uitgedemde lucht) (Patrick et al., 1994).

Het gebruik van biochemische metingen wordt in de jaren 80 populair in het werkveld (Glasgow et al., 1993). Zelfrapportage wordt niet langer gezien als foutloos, maar als gevoelig voor bias en misleiding. Omdat over het algemeen aangenomen wordt dat biochemische validatie objectiever en accurater is dan zelfrapportage, wordt deze meting beschouwd als de 'gouden standaard' binnen validatie studies (Patrick et al., 1994). Bovendien is er (nog) geen andere manier om het rookgedrag te meten (From Attebring et al., 2001).

De eerste populaire biomarker is het koolmonoxide gehalte in uitgedemde lucht. Deze populariteit was te danken aan het relatief kleine niveau van ongemak, de directe resultaten en de lage kosten. Al snel blijkt echter dat koolmonoxide een relatief korte half-life heeft, wat betekent dat de aanwezigheid van de stof in het lichaam al na 4 tot 6 uur gehalveerd is. Hierdoor is het lastiger om abstinentie over meer dan een paar uur te bevestigen. Veel onderzoekers stappen over op thiocyanate uit speeksel gedurende de midden jaren 80. Ook deze biomarker blijkt echter enkele nadelen te bezitten, namelijk het ontbreken van een hoge specificiteit en sensitiviteit, en de verstoring van het gehalte door bepaalde diëten. Uiteindelijk wordt gekozen voor metingen van nicotine of cotinine, vanwege de hoge specificiteit en sensitiviteit. Cotinine is nog steeds favoriet, maar heeft ook enkele nadelen (Glasgow et al., 1993). Meer hierover in de bespreking van de individuele biochemische metingen.

1.4.1 Voor- en nadelen

Niet iedereen in de medische wereld is tegenwoordig nog overtuigd van het nut van biochemische validatie naast zelfrapportage. Zie tabel 1 voor een opsomming van de argumenten. De voor- en nadelen per biomarker (en dus niet slechts voor cotinine zoals in tabel 1) worden verderop in het verslag uitgebreid besproken.

Het belangrijkste argument voor biochemische validatie is de onbetrouwbaarheid van zelfrapportage. Wanneer zelfrapportage altijd betrouwbaar is, is biochemische validatie overbodig. Het lieggedrag hangt in de meeste gevallen (zoals eerder vermeld) echter af van

enkele factoren. In sommige situaties zou theoretisch gezien dan ook geen of zeer weinig misleiding verwacht worden. In deze situaties is zelfrapportage voldoende.

In een onderzoek van Glasgow et al. (1993) werden mensen een jaar na het begin van het experiment gevraagd naar hun rookstatus. Na het invullen van de vragenlijst kregen de mensen die niet rookten te horen dat ze enige tijd later biochemisch getest zouden worden. Een opvallend resultaat was dat 12% van de mensen die beweerden te zijn gestopt, in de periode tussen de vragenlijst en de validatie een terugval ervoeren. Aangezien het onredelijk lijkt (ook in vergelijking met andere terugvalcijfers) te denken dat al deze mensen daadwerkelijk een terugval hadden, kan geconcludeerd worden dat niet alle zelfrapportages klopten. In dit geval was biochemische validatie gerechtvaardigd.

Zaak	Voor	Tegen
Lieggedrag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zelfrapportages zijn onbetrouwbaar 2. Karakteristieke eisen voor condities 3. Overtuigen van sceptici en critici 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Weinig lieggedrag in low-intensity settings 2. Eisen hangen af van situatie en context, biochemische validatie niet altijd nodig 3. Weinig power om karakteristiek lieggedrag tussen condities te detecteren
Capabiliteit biomarker (in dit geval cotinine)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zeer specifieke en sensitieve test 2. Kan met speeksel relatief goedkoop gebruikt worden 3. Bogus-pipeline effect vergroot validiteit zelfrapportage 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niet valide als deelnemers nicotinevervangende middelen gebruiken 2. Stofwisseling van nicotine verschilt per etniciteit 3. Kan stoppen op lange termijn niet verifiëren
Non-participatie/weigering	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meeste weigeraars zijn rokers 2. Weigeraars kunnen behandeld worden als rokers 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er zijn vele redenen voor weigering (veel gedoe, drugtest, wantrouwen) 2. Resultaten van deelnemers zijn niet representatief 3. Statistische power verminderd wanneer weigeraars als rokers behandeld worden
'Terugval' na zelfrapportage van stoppen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geeft aan dat initiële zelfrapportage niet klopte 2. Kan deze hoeveelheid nooit weten als er niet getest wordt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geeft natuurlijke geschiedenis van terugval aan 2. Moeilijk te interpreteren door tijd tussen zelfrapportage en confirmatie

Tabel 1: Voor- en tegenargumenten biochemische validatie (Glasgow et al., 1993)

Volgens Velicer, Prochaska, Rossi en Snow (1992) zijn er bepaalde situaties waarin het gebruik van biochemische validatie nuttiger is dan in andere. Dit nut hangt af van drie factoren: (a) type populatie; (b) type interventie; (c) de eisen die gesteld worden.

(a) Type populatie: Het type populatie waar mee gewerkt wordt is in zoverre belangrijk, dat er bij bepaalde (sub)groepen een grotere kans op lieggedrag bestaat. Hierdoor wordt ook de

wenselijkheid van biochemische validatie vergroot. Zo blijken adolescenten vaker lieggedrag te vertonen dan volwassenen (Murray, O'Connell, Schmidt en Perry, 1987).

(b) Type interventie: Velicer et al. (1992) maken onderscheid tussen vijf verschillende soorten interventies. Bij een *self-change study* vindt er geen interventie plaats en zijn alle veranderingen in rookgedrag afhankelijk van de motivatie en de middelen die de roker heeft. Er is sprake van een *minimal intervention study* wanneer er bepaalde hulpmiddelen beschikbaar zijn voor de roker die het natuurlijke veranderingsproces in de hand werken, bijvoorbeeld een zelfhulp handboek. Bij *minimal interaction studies* zijn dezelfde hulpmiddelen voorhanden, maar zijn deze hulpmiddelen afgestemd op de individuele roker. Hiervoor is direct contact nodig met hulpverleners. *Clinic studies* vereisen dat de roker persoonlijk contact heeft met een hulpverlener, meerdere keren, voor op zijn minst een korte periode. Hier is bijvoorbeeld sprake van wekelijkse groepsbijeenkomsten. Wanneer er sprake is van contact met een hulpverlener over een langere periode, of intensief over een korte periode, wordt dit door Velicer et al. (1992) geclassificeerd als *intensive intervention study*. De meer intensievere studies vereisen vaak van de roker dat zij een stopdatum zetten, en daadwerkelijk laten zien dat er vooruitgang geboekt wordt. Door deze omstandigheden kunnen rokers eerder lieggedrag gaan vertonen wanneer hun stoppoging faalt.

(c) Gestelde eisen: Deze factor hangt nauw samen met het type interventie en populatie. De mate van *sociale wenselijkheid* wordt mede beïnvloed door deze factoren. Om de invloed van de factor te verkleinen, kan in bepaalde situaties gebruik gemaakt worden van de *bogus pipeline*.

Andere onderzoekers ondersteunen deze beweringen (Glasgow et al., 1993). Of het gebruik van biochemische validatie als zinvol beschouwd kan worden, verschilt dus per situatie. De eisen die gesteld worden aan de deelnemers, maar ook de relevantie van nauwkeurigheid en de aanwezigheid van financiën spelen een rol. Binnen de Stoppen-met-roken polikliniek zijn er, naar de maatstaven van Velicer et al. (1992), een hoop factoren aanwezig die het gebruik van biochemische validatie rechtvaardigen. Zoals eerder vermeld, is het type populatie van dusdanige samenstelling dat misleiding niet ondenkbaar is. Velicer et al. classificeren de begeleiding als een *intensive intervention study*, waardoor de patiënten een grotere druk voelen om succesvol te zijn. Ook hierdoor is de kans op misleiding aanwezig, en is gebruik van biochemische validatie zinvol.

1.4.2 Bogus pipeline

Het principe van de bogus pipeline is simpel. Deelnemers aan een Stoppen-met-roken interventie worden op de hoogte gesteld van de aanwezigheid van een biomarker, en de mogelijkheid tot biochemische validatie. Deze biochemische validatie vindt echter ofwel in zijn geheel niet plaats, ofwel de resultaten worden nooit geanalyseerd (Weissfield, Holloway en Korschot, 1989; Patrick et al., 1994; Velicer et al., 1992; Murray et al., 1987; Stevens en Munoz, 2004).

Deze methode wordt vooral gebruikt om de nauwkeurigheid van zelfrapportage te verbeteren. Wanneer deelnemers vermoeden dat zij gecontroleerd gaan worden, is de neiging om te liegen over het rookgedrag kleiner. Deze methode werd in 1977 voor het eerst toegepast op roken door Evan, Hansen en Mittelmark (Evan, Hansen en Mittelmark, 1977 in Murray et al., 1987). Zij wordt vooral gebruikt in onderzoek naar het rookgedrag van adolescenten (Velicer et al., 1992; Murray et al., 1987). Zoals eerder vermeld heeft deze groep een vergrootte kans op lieggedrag.

Het effect van de bogus pipeline wordt echter door sommige onderzoekers in twijfel getrokken. Onderzoek door Murray et al. (1987) wijst uit dat er bepaalde condities zijn

waaronder het pipeline effect optimaal is. Deze condities zijn: (a) de aanwezigheid van druk om onder te rapporteren; (b) een geloofwaardige pipeline boodschap. Wanneer de deelnemers geen druk voelen om te liegen (bijvoorbeeld bij verzekering van anonimiteit), is het valideren van zelfrapportage niet relevant. Als de gebruikte meting niet accuraat is of bekend, komt de boodschap wellicht minder overtuigend over. Herkenbaarheid van de test is ook een belangrijke factor.

Weissfield et al. (1989) waarschuwen voor een omgekeerd effect van de bogus pipeline. Wanneer deelnemers verteld wordt dat zelfrapportage van niet-roken leidt tot biochemische validatie, kunnen enkele niet-rokers beslissen om aan te geven dat zij wel roken. Deze neiging zou voort kunnen komen uit een angst voor het ongemak of uit angst dat het specimen gebruikt wordt voor andere doeleinden (bijvoorbeeld drugs- of AIDS testen). Over nader onderzoek van dit fenomeen reppen zij echter niet.

1.4.3 Verschillende soorten biomarkers

Zoals eerder vermeld zijn de drie meest gebruikte biochemische cotinine, koolmonoxide (CO) en thiocyanate. Hieronder zullen de eigenschappen, voor- en nadelen van deze vormen van validatie besproken worden. Zie tabel 2 voor een opsomming van de belangrijkste eigenschappen van de individuele biomarkers.

Thiocyanate (SCN)

Tabaksrook bevat een hoge concentratie van het giftige waterstofcyanide gas. Dit gas wordt echter door de lever snel omgezet in thiocyanate (ofwel SCN). SCN kan gebruikt worden als biomarker omdat zij zich opbouwt in lichaamsvloeistoffen als speeksel, urine en bloed. Bij het meten van thiocyanate in speeksel moet rekening gehouden worden met de vorm van speekselstimulatie die gebruikt wordt – deze kan invloed hebben op de nauwkeurigheid van de meting (Stevens en Munoz, 2004). Hoewel thiocyanate een lang biologisch half-life heeft (10 tot 14 dagen) zitten er enkele nadelen aan deze biomarker.

De sensitiviteit van SCN is laag, vooral bij het detecteren van lichte rokers. Ook de specificiteit is een probleem, omdat verschillende voedselproducten (bijvoorbeeld bier, broccoli, bloemkool, amandelen en suikerriet) zorgen voor een verhoogd thiocyanate gehalte in het lichaam (Velicer et al, 1992; Stevens en Munoz, 2004).

Vanwege de lage specificiteit en sensitiviteit is het nut van thiocyanate in twijfel getrokken en wordt het gebruik van deze biomarker als validatie veelal afgeraden. Tegenwoordig wordt thiocyanate dan ook niet tot weinig meer gebruikt als biochemische validatie.

Cotinine

De meeste nicotine die in het lichaam terecht komt, wordt omgezet in cotinine. Hoeveelheden cotinine kunnen gevonden worden in bloedserum, urine, speeksel, haar, vruchtwater en cervicale (baarmoederhals) afscheiding. Cotinine is aanwezig in deze stoffen bij zowel rokers als niet-rokers die aanraking zijn geweest met tabaksrook. Cotinine heeft een half-life van 15 tot 40 uur, waarbij een relatief stabiel niveau gehandhaafd blijft gedurende de dag dat men rookt. Deze schommelingen in het gemiddelde half-life zijn het resultaat van verschillen in metabolisme, maar ook van verschillen tussen rokers en niet-rokers. Het duurt ongeveer vier

dagen voordat het cotinine niveau van een roker gedaald is tot dat van een niet-roker (From Attebring et al, 2001; Velicer et al., 1992; Stevens en Munoz, 2004).

Er zijn op het moment methoden ontwikkeld om het cotinine niveau te meten uit speeksel, urine, en bloedserum. Gehaltes in urine blijken te variabel te zijn om een goed beeld te geven. Metingen van speeksel en bloed zijn stabiel. Vooral het gebruiken van speeksel is wijdverbreid, vanwege het gemak en de nauwkeurigheid van de meting (Velicer et al., 1992). Cotinine wordt dan ook veelal aangewezen als de meest waardevolle biomarker voor het meten van nicotinegehaltes in rokers, om rokers van niet-rokers te onderscheiden, en voor het meten van blootstelling aan passief roken. Een ander voordeel van cotinine is de hoge sensitiviteit. Een cotinine biomarker kan de lage waardes van passief roken onderscheiden van de waardes die met roken worden geassocieerd. Ook lichte rokers en mensen met een onregelmatig rookpatroon worden door deze biomarker gedetecteerd (Gilbert, 1993; Stevens en Munoz, 2004).

Bij het verzamelen van speeksel voor cotinine metingen moet, net als bij thiocyanate, gelet worden op de standaardisatie van speekselstimulatie. De verschillende technieken (bijvoorbeeld het gebruik van een suikerklontje) kunnen verschillende hoeveelheden speeksel opwekken, wat zorgt voor variërende pH waardes. Dit leidt weer tot variërende cotinine niveaus. Ook van invloed kan zijn wanneer een deelnemer voor het laatst gegeten of gerookt heeft (Stevens en Munoz, 2004). Deze factoren moeten zorgvuldig gestandaardiseerd worden, zodat de biomarker accuraat blijft.

Cotinine niveaus kunnen beïnvloed worden door bepaalde voedselpatronen, bijvoorbeeld bloemkool, aubergine, aardappelen, tomaten en zwarte thee, maar het effect hiervan is verwaarloosbaar. Wel kunnen cotinine gehaltes beïnvloed worden door nicotinevervangende middelen zoals nicotine kauwgum, pleisters en inhaleerders (Stevens en Munoz, 2004).

Koolmonoxide (CO)

Tabaksrook bevat een hoge concentratie koolmonoxide (CO). De koolmonoxide wordt na inhalatie snel opgenomen in de bloedbaan, en hecht zich ook aan hemoglobine waar het carboxyhemoglobine (COhb) vormt. Door deze hechting is minder zuurstof aanwezig voor het herstellen van weefsel. Koolmonoxide kan direct gemeten worden in de uitgedemde lucht, en het COhb gehalte kan uit bloed gehaald worden. Het COhb gehalte bij een roker kan variëren van 5% (1 pakje per dag) tot 9% (2-3 pakjes per dag). Zware sigarenrokers kunnen zelfs percentages van maar liefst 20% halen (Stevens en Munoz, 2004).

De meest gebruikte methode voor het meten van koolmonoxide is de uitgedemde lucht. Deze methode is goedkoop, makkelijk en niet ongemakkelijk voor de deelnemer. Er bestaan verschillende draagbare apparaten waarmee het gehalte gemeten kan worden, en de methode vereist geen dure opslag en analyse omdat de uitslag van de meting direct in beeld verschijnt.

De half-life van CO is relatief kort, namelijk maar 4 tot 5 uur, en nog korter in actieve personen. Hierdoor kunnen rokers die een dag vóór de biochemische validatie niet roken, niet meer geclassificeerd worden als roker. Vanwege deze korte tijd worden CO gehaltes beïnvloed door de tijd van de dag en de tijd sinds de laatste sigaret.

Meting	Commentaar
Thiocyanate	Half-life: 10 tot 14 dagen Meest gebruikte bron: speeksel Sensitiviteit: laag Specificiteit: laag Factoren die nauwkeurigheid beïnvloeden: overmatige speekselstimulatie, bepaald voedsel.
Cotinine	Half-life: 15 tot 40 uur Meest gebruikte bron: speeksel Sensitiviteit: 90%+ Specificiteit: 98% Factoren die nauwkeurigheid beïnvloeden: dagelijks ritme, passief roken.
Koolmonoxide	Half-life: 4 tot 5 uur Meest gebruikte bron: uitgeademde lucht Sensitiviteit: 80% tot 85% Specificiteit: 84% tot 98% Factoren die nauwkeurigheid beïnvloeden: dagelijks ritme, luchtvervuiling, passief roken.

Tabel 2: Eigenschappen belangrijkste biomarkers (Velicer et al., 1992)

Aangeraden wordt om metingen later op de dag te doen, en bij te houden wanneer men voor het laatst gerookt heeft (Velicer et al., 1992; Gilbert, 1993; Horan, Hackett en Linberg, 1978). De sensitiviteit is laag voor lichte rokers. Ook kan de specificiteit beïnvloed worden door luchtvervuiling (door industrie of verkeer) of passief roken. Hierdoor kunnen niet-rokers die blootgesteld worden aan CO onterecht aangewezen worden als deceiver (Velicer et al., 1992; Horan et al., 1978).

1.4.4 Vergelijking biomarkers

Er zijn vele onderzoeken gedaan naar de nauwkeurigheid van de verschillende biomarkers, en naar de bruikbaarheid in verscheidene situaties (Velicer et al., 1992; Jarvis, Tunstall-Pedoe, Feyerabend, Vesey en Saloojee, 1987; Gilbert, 1993; Middleton en Morice, 2000; Jarvis, Tunstall-Pedoe, Feyerabend, Vesey en Saloojee, 1984; Secker-Walker, Vacek, Flynn en Mead, 1997). Geen enkele meting is in staat tot een nauwkeurigheid van honderd procent. Daarvoor is bijvoorbeeld passief roken een te grote factor, en roken sommige rokers zo onregelmatig of inhaleren zo weinig dat hun gebruik amper van passief roken onderscheiden kan worden (Jarvis et al., 1987).

Over het algemeen komt cotinine als winnaar uit de bus. Van de drie biomarkers beschikt cotinine over de hoogste specificiteit en sensitiviteit, en is daardoor het nauwkeurigst in het classificeren van rokers en niet-rokers. Ook kleinere cotinine waarden kunnen zorgvuldig gemeten worden. De verschillende methodes om speeksel en urine specimen te verzamelen zijn niet overdreven ongemakkelijk voor een deelnemer. Het opslaan van de monsters zorgt echter voor hoge kosten, en de analyse voor een verhoogde complexiteit.

Daarnaast is koolmonoxide een goedkoper alternatief, met simpele methodes voor het meten en verwerken van de gegevens. CO is wel minder nauwkeurig in het classificeren van de deelnemers. Hoewel rokers de detectie in theorie zouden kunnen vermijden door een dag van tevoren niet te roken, blijkt dit voor de zware roker in de praktijk dusdanig lastig dat dit niet vaak

voorkomt (Jarvis et al., 1987). De gedeelde conclusie van onderzoekers is dat thiocyanate als biomarker niet langer als nuttig beschouwd kan worden.

Welke biomarker gekozen wordt, hangt af van de situatie en de eisen die gesteld worden aan de meting. Er moet een compromis gevonden worden tussen de nauwkeurigheid en de kosten. Wanneer het van het allergrootste belang is dat rokers correct geïdentificeerd worden, is cotinine de beste keuze. Hetzelfde geldt voor metingen waarbij abstinentie over een langere periode gemeten wordt. CO is een bruikbaar alternatief voor situaties waar precisie een minder grote rol speelt. Deze biomarker is gevoeliger voor korte periodes van abstinentie (Velicer et al., 1992) en kan ook gebruikt worden in situaties waar gebruik wordt gemaakt van nicotinevervangende middelen (Gilbert, 1993). Gebruik van een draagbare CO monitor is gemakkelijk en vereist slechts minimale training, waardoor het een simpele methode is die in verschillende situaties en locaties gebruikt kan worden.

Stevens en Munoz (2004) geven een uiteindelijke opsomming van factoren die in overweging genomen moeten worden wanneer men twijfelt over biochemische validatie: a) de benodigde nauwkeurigheid van de rookmeting: CO is minder nauwkeurig dan cotinine; b) de behoefte aan directe feedback: een draagbare CO monitor geeft directe feedback, cotinewaarden moeten eerst verwerkt worden; c) eerlijkheid van de doelpopulatie: wanneer de doelpopulatie een risicogroep is, is biochemische validatie überhaupt een goed hulpmiddel; d) het gelijktijdige gebruik van nicotinevervangende middelen: CO waarden worden niet verstoord door aanwezigheid van nicotinevervangende middelen, cotinewaarden wel; e) of er verschil tussen reductie en abstinentie gemeten moet worden: cotinine geeft preciezere waarden aan, waardoor reductie goed gemeten kan worden. Beide biomarkers kunnen gebruikt worden voor het meten van abstinentie; f) de behoefte aan validatie van het rookgedrag: wanneer hier geen behoefte aan is, is biochemische validatie minder relevant; en g) de aanwezigheid van middelen: CO is gemakkelijker te meten met minimale onkosten, cotinine vergt meer financiën en tijd.

Wanneer deze afwegingen toegepast worden op de situatie binnen de Stoppen-met-roken polikliniek, wordt snel duidelijk welke biomarker eventueel het best gebruikt zou kunnen. Een CO biomarker lijkt de meest voor de hand liggende manier van biochemische validatie. Grote nauwkeurigheid is binnen de polikliniek niet van belang, zolang maar gemeten kan worden of de aangegeven rookstatus correct is. Directe feedback is handig, omdat dit de roker van extra informatie voorziet over zijn rookstatus en vorderingen. Aangezien de rokers in de meeste gevallen kiezen voor direct stoppen met roken, hoeft bij die patiënten slechts de abstinentie gemeten worden. Wanneer rookreductie als methode wordt toegepast, kan dit echter ook tot op zekere hoogte bijgehouden worden door middel van een CO biomarker. Bovendien is een draagbare CO monitor simpel in gebruik en zijn de onkosten laag.

1.5 CO monitor

Sinds kort wordt er op de polikliniek gebruik gemaakt van een CO monitor, de Smokerlyser Pico (Bedfont Instruments; Kent, UK). De introductie van deze monitor was het gevolg van een onderzoek door een andere psychologie studente van de Universiteit Twente. Vanwege het enthousiasme van zowel counselors als rokers is besloten het apparaat ook buiten dit onderzoek om te gebruiken tijdens de sessies.

Een CO monitor meet het CO niveau in zogenaamde parts per million (ppm). Deze meting wordt gedaan naar aanleiding van een omzetting van CO₂ naar CO door een actieve elektrode in het apparaat. Wanneer men de adem inhoudt, vormt de CO in het bloed een balans

met de CO in de longen. Hierdoor is er een hoge mate van correlatie tussen het niveau van CO in de adem en COhb concentratie in het bloed. Vanwege deze correlatie is de CO monitor in staat om het COhb gehalte te schatten vanuit de uitgeademde lucht (Middleton en Morice, 2000).

Bij het gebruik van de monitor wordt de roker gevraagd geheel uit te ademen, diep in te ademen en de adem voor 15 seconden in te houden. Hierna moet, langzaam, zo ver mogelijk uitgeademd worden in de blaastuit van het apparaat. Zowel Stevens en Munoz (2004) als Secker-Walker et al. (1997) opereren een extra functie van een CO monitor. Omdat het apparaat de waarde van het CO niveau direct laat zien, wordt de roker hiermee



Figuur 2: CO monitor

geconfronteerd. De onderzoekers stellen dat deze confrontatie het rookgedrag van de deelnemer eventueel zou kunnen beïnvloeden, omdat het gevaar voor de gezondheid op deze manier opvallender en zwart op wit is. Deze mogelijkheid brengen zij echter slechts speculatief en zonder verdere onderbouwing. Een positieve indicatie voor deze mogelijkheid blijkt echter uit een onderzoek door Jamrozik, Vessey en Fowler (1984), waarin deelnemers aan een stoppen met roken interventie zo onder de indruk van de CO monitor waren, dat zij bij de follow-up een jaar na dato nog steeds repten over hun ‘blaastest’.

1.6 Onderzoeksvraag

Het huidige onderzoek wordt uitgevoerd naar aanleiding van de literatuur over lieggedrag en biochemische validatie, en overkoepelend onderzoek van een medestudente. Biochemische validatie wordt tot nu toe overwegend slechts gebruikt als validatie. Binnen het overkoepelende onderzoek was het de bedoeling dat de rokers weinig informatie kregen over de CO monitor, en werd er bovendien minimale feedback gegeven over de resultaten. Buiten dit onderzoek om werd er echter ook gebruik gemaakt van de monitor. Wanneer de counselors tijdens een sessie toelichtten wat de precieze functie van de CO monitor was, waren de cliënten veelal enthousiast en geïnteresseerd. Dit is een goede indicatie van het nut van de monitor en de informatie die hierover verschaft wordt. Als de rokers snappen waar de monitor voor gebruikt wordt, is het voor hen persoonlijk wellicht relevanter om rekening te houden met de mogelijkheid van controle. Wellicht zorgt de monitor echter ook voor andere effecten bij rokers. Binnen dit onderzoek wordt daarom voornamelijk gekeken naar de eventuele invloed van een CO monitor in een stoppen met roken programma. Deze invloed zal bij enkele deelnemers aan een stoppen met roken programma gemeten worden door middel van een semi-gestructureerd interview. De onderzoeksvragen die tijdens deze interviews gehanteerd zal worden is de volgende:

- *Wat voor invloed heeft een CO monitor binnen een stoppen met roken programma op de motivatie van de roker?*
- *Wat voor invloed heeft een CO monitor binnen een stoppen met roken programma op het gevoel dat de roker gecontroleerd wordt?*

Besloten is om de nadruk van het interview te leggen op de invloed van de monitor op de motivatie, en het gevoel dat men gecontroleerd wordt. Deze keuze is gemaakt op basis van de literatuur over Motivational Interviewing. Confrontatie tijdens counseling zou tegendraads werken; de vraag is dan ook hoe de patiënten omgaan met de directe feedback die de CO monitor

geeft. Het kan echter ook zo zijn dat deze visuele feedback zorgt voor een extra impuls, die de motivatie versterkt. Binnen het interview zal bovendien aandacht gegeven worden aan een evaluatie van de therapie.

Door middel van interviews van ongeveer een half uur zullen de deelnemers de kans krijgen hun ervaringen te uiten. Het voordeel van het gebruiken van interviews is dat er open vragen gesteld worden, in plaats van de overwegend gesloten vragen die men vindt in vragenlijsten. Open vragen zorgen voor een grotere variatie in antwoorden – de geïnterviewde wordt geen antwoorden voorgeschoteld en hij vertelt bovendien alleen datgene dat hem echt interesseert. Ook hebben open vragen een grotere validiteit dan gesloten vragen. Enkele nadelen zijn er ook. Het verwerken van de data is een tijdrovend proces en de diversiteit van de antwoorden is soms zo groot dat het trekken van geldige conclusies lastig is. Dit hangt samen met de lage betrouwbaarheid van open vragen – de generaliseerbaarheid is lager dan bij gesloten vragen. Een belangrijk laatste punt is dat verondersteld wordt dat de respondent zich adequaat kan uitdrukken, wat uiteraard niet altijd het geval is (Babbie, 2007).

2. Methode

Respondenten

Twaalf (ex-)rokers namen deel aan het onderzoek; vijf mannen en zeven vrouwen. De leeftijd van de deelnemers liep van 27 tot 61 jaar ($M = 44$, $SD = 13$). De mannen ($M = 51.6$, $SD = 9.1$) waren gemiddeld gezien ouder dan de vrouwen ($M = 38.7$, $SD = 12.7$). Vijf van de deelnemers waren afkomstig uit de controle groep, zeven van hen werden geworven uit de experimentele groep. Drie van de deelnemers waren op het moment van deelname (tijdelijk) gestopt met de stoppen-met-roken begeleiding.

In totaal werden er ongeveer dertig patiënten telefonisch benaderd. Non-participatie had uiteenlopende redenen; van desinteresse tot vakantieplannen en verhuizing. Ondanks het lange verloop van de werving, werden alle potentiële deelnemers slechts één maal benaderd.

Instrument

Naar aanleiding van de onderzoeksvragen en het kwalitatieve karakter van het onderzoek werd besloten te werken met semi-gestructureerde interviews. Een interviewschema werd opgesteld, met daarin enkele hoofdvragen over de te onderzoeken thema's. Deze hoofdvragen dienden als leidraad voor het interview, en werden geformuleerd op een manier die de deelnemer zou uitnodigen veel te vertellen over het onderwerp. Het doel was te zien welke onderwerpen de geïnterviewden zouden aansnijden naar aanleiding van een brede vraag. Ook werden enkele ondersteunende vragen in het interviewschema opgenomen. Deze vragen dienden vooral om de onderwerpen die nog niet besproken waren, alsnog aan de orde te brengen. Vanwege de vrije associatie werd er geen vaste volgorde van de vragen vastgelegd. Het definitieve interviewschema is te vinden in bijlage 1.

Uiteindelijk werden vrijwel alle vragen in het interviewschema behandeld. Gedurende het verloop van het onderzoek werden enkele formulering nog aangepast, of vragen verwijderd en toegevoegd. Ook tijdens interviews werd het vanzelf duidelijk welke vragen wel of niet relevant waren. Om de deelnemers tegemoet te komen, werd er bovendien redelijk veel gepraat over niet relevante zaken die de rokers aan het hart lagen.

Procedure

Respondenten werden geworven uit een groep rokers onder begeleiding van de Stoppen-met-roken polikliniek. Deze rokers hadden in een eerdere fase meegedaan aan het CO-onderzoek van een medestudente, of waren hier nog mee bezig. Deze groep bestond uit een experimentele en een controle groep. Het streven was voornamelijk respondenten te werven uit de experimentele groep, aangezien zij intensiever in contact waren geweest met de CO monitor. Potentiële deelnemers werden telefonisch benaderd met de vraag of zij medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. In eerste instantie werden alleen rokers uit Enschede benaderd – toen bleek dat niet voldoende mensen op deze manier geworven konden worden, werden ook rokers uit omliggende gebieden gebeld. Hen werd uitgelegd wat het doel was van het interview en wat er van hen verwacht werd. Wanneer men geïnteresseerd was, werd een afspraak gemaakt bij de respondent thuis.

Voor het interview plaatsnam, werd de roker verteld dat het interview vertrouwelijk afgenomen werd, en hun begeleiders in de Stoppen-met-roken polikliniek niet te horen zouden krijgen wat er gezegd werd. Tevens werd hen gevraagd om goedkeuring voor het opnemen van het interview op taperecorder. Een CO monitor werd meegenomen naar de interviews om de deelnemer een beter beeld te geven van de context. Het interview duurde gemiddeld ongeveer twintig minuten. Na afloop van het interview kregen de deelnemers als bedankje een cadeauverpakking Merci chocolade aangeboden.

Achteraf werd het interview uitgeschreven.

Data Analyse

Data analyse gebeurde aan de hand van de uitgeschreven interviews. Deze transcripten werden gebruikt om de onderliggende thema's te identificeren en coderen. Per interview werd gekeken naar de onderwerpen die aan bod kwamen, en de achterliggende thema's die deze onderwerpen overkoepelden. Deze thema's kregen ieder een eigen code, en werden getest op alle transcripten. Op deze manier werd uiteindelijk een lijst met codes gecreëerd, waar alle relevante informatie in onderverdeeld kon worden. Voor elke code werd een heldere beschrijving geschreven, met een bijpassende benaming. Op het moment dat alle informatie op een bevredigende manier kon worden onderverdeeld in één van de thema's, werden bovendien overkoepelende categorieën geïdentificeerd waar enkele verschillende codes binnen vielen. De gebruikte coderingen staan beschreven in tabel 2.1.

Aan de hand van deze codes werd vervolgens per code geanalyseerd wat de deelnemers hierover te zeggen hadden. De citaten werden gebruikt om de gevonden codes te illustreren, evenals de bevindingen die binnen deze codes gedaan werden. Het resultaat van deze methode is te zien in de Resultaten sectie. In de Discussie worden overkoepelende conclusies getrokken uit deze antwoorden en citaten.

Hoofdcodes	Subcodes	Definities
A. Begeleiding	A1 Interpersoonlijke communicatie	Face-to-face contact met individuele begeleider
	A2 Begrip en aandacht	Counselors bieden persoonlijke aandacht en tonen begrip voor problemen bij stoppen
	A3 Werkstijl counselors	Variatie in werkwijze, bijv doelgericht doorpakken of stap-voor-stap lange termijn
	A4 Voorlichting/informatie	Kennisoverdracht tijdens counseling
	A5 Effectiviteit	Is de poli-begeleiding effectief bij stoppen?
	A6 Tijdsbesteding poli	Duur van afspraken en invulling daarvan
B. Stoppoging	B1 Redenen	Geeft de roker een expliciete reden of aanleiding voor zijn of haar stoppoging?
	B2 Alternatieven	Welke alternatieven heeft men al gebruikt of wil men gaan gebruiken?
	B3 Barrières	Welke moeilijkheden ondervindt de roker?
	B4 Reductie	Reductie als strategie
	B5 Terugval	Treedt relapse op en hoe gaat dit?
	B6 Deceiving	Liegen over (hoeveelheid) sigaretten, redenen
C. CO-Monitor	C1 Kennis	Op de hoogte zijn van doel CO-monitor (geinformeerd)
	C2 Feedback	Ervaringen met CO waarden en feedback
	C3 Reactie begeleiding	Wat is de reactie van de begeleiding op de behaalde waardes?
	C4 Waargenomen nut	Hoe nuttig wordt het gebruik van de CO monitor gevonden
	C5 Validatie	Nut van CO als controle
	C6 Motivatie	CO monitor als stimulans
	C7 Invloed	Wat was de invloed van de CO monitor op de stoppoging?
	C8 Acceptatie	Tolereren patienten CO mon als validatie in poli?

Tabel 3: Coderingsschema

3. Resultaten

De gebruikte citaten zijn het resultaten van de antwoorden op het interview. De gebruikte vragen zijn te vinden in het interviewschema, bijlage 1.

3.1 Begeleiding

Binnen het interview is ruimte gemaakt voor enkele vragen over de begeleiding zelf. Dit is gedaan om een globaal beeld te krijgen van wat de deelnemers vinden van de Stoppen-met-roken polikliniek, zodat evaluatie mogelijk is. Er werd de deelnemers in het algemeen gevraagd wat men vond van hun begeleiding in het ziekenhuis. Zoals in het codeerschema te zien is, konden de antwoorden op deze vragen in zeven verschillende subcodes onderverdeeld worden.

3.1.1 Interpersoonlijke communicatie

Onder de subcode Interpersoonlijke communicatie vallen de opmerkingen die aangeven op welke manier de deelnemer zijn contact met de counselor ervaren heeft, en hoe dit face-to-face contact in de praktijk verliep. Het gaat hier vooral om of men het persoonlijk kon vinden met de begeleider. Over dit onderwerp werd doorgaans niet veel gezegd. Toch maakten enkele deelnemers uit zichzelf (positieve) opmerkingen over hun begeleider. *'Ik heb met haar afgesproken dat ik bij haar blijf, ik wil niet elke keer een ander. Zij weet nu een beetje hoe ik in elkaar zit, en ik vind dat ze goed is,'* (vrouw, 58 jaar) is een van de voorbeelden. Twee andere citaten zijn: *'Ik vind het een hartstikke leuke vrouw. Ik kan goed met d'r opschieten. We lachen veel,'* (man, 61 jaar) en *'Maar ja, [...] Zij was ook wel heel aardig hoor'* (vrouw, 33 jaar).

3.1.2 Begrip en aandacht

Binnen de subcode Begrip en aandacht vallen de opmerkingen die gemaakt worden met betrekking tot de mate van aandacht die de begeleider aan de roker geeft, en in hoeverre zij begrip heeft voor eventuele moeilijkheden waar de roker tegenaan loopt. Ook hier waren de ervaringen uitsluitend positief. In de meeste gevallen werd de houding van de begeleider als een steun in de rug ervaren. Zoals één deelnemster (27 jaar) het noemt: *'Ik heb al wel vaker geprobeerd om te stoppen, maar... Mijn man die gelooft niet zo dat ik kan stoppen. Dus dan is het wel handig om iemand achter de hand te hebben die het wel gelooft.'* Deze opmerking kan gezien worden als waardering voor het vertrouwen dat de counselors uitstralen. De persoonlijke aanpak wordt wel degelijk gewaardeerd. *'Ja wat dat betreft hebben die mensen er wel veel aandacht voor. Dat wel. Het is niet zo van er komt weer een klantnummer'* (man, 40 jaar).

Ook geven de deelnemers aan dat zij het gevoel krijgen dat het niet erg is wanneer zij een keer een terugval hebben, of wanneer het niet zo soepel loopt als gepland. Zij kunnen dit gerust mededelen aan de counselor, en krijgen daar begrip voor terug. Bij de volgende deelnemer werd bovendien herattributie succesvol toegepast: *'Als je even denkt dat het niet zo goed gaat dan weten zij dat altijd wel behoorlijk te relativiseren'* (man, 44 jaar).

Eén deelnemer (man, 40 jaar) gaf aan dat zijn begeleider het niet erg zou hebben gevonden als hij een terugval had gehad (wat niet het geval was), en legde uit waarom hij dat dacht: *'Omdat zij zelf zei van, er zijn meer mensen die in een keer stoppen met roken, dat dat niet lukt. En dat ze af en toe toch nog wel een sigaretje roken. En dan zegt ze van, mocht je dat doen, dan moet je gewoon proberen de draad weer op te pakken. Nee, dat weet ik wel zeker. Dat had ze niet erg gevonden.'* Ook een pauze inlassen, of in zijn geheel stoppen met de begeleiding, wordt niet als vervelend ervaren. *'Ja ik heb gewoon uitgelegd hoe de vork in de steel zat en dat vond ze wel goed. Toen zei ze ook van, misschien moeten we even een pauze inlassen'* (vrouw, 33 jaar). Een deelnemster (31 jaar) die voor een tijd gestopt is met de begeleiding, gaf bovendien aan dat zij een eventuele afkeuring niet had getolereerd: *'Als ze dat niet had [begrip voor een pauze] was ik niet meer teruggekomen. Nee dan was ik echt nooit meer teruggekomen, als je iemand iets gaat dwingen.. En dat doet ze ook niet.'*

Eén deelnemster (34 jaar) is longpatiënt en werd doorverwezen naar de Stoppen-met-roken polikliniek. *'Nou, het werkt sowieso als je met iemand praat, als je zelf een stevige roker bent geweest. En dan komt je er ook niet in één keer vanaf. En dat begrijpen zij. En wat mij bij hen zo goed bevalt, normaal als je een dokter of iets anders spreekt is het gelijk van, het eerste wat je hoort: stoppen met roken. En dat ben ik ook wel met ze eens. Maar zij [de counselors] zeggen gewoon eerlijk, als je gewoon echt veel gerookt hebt, is het gewoon moeilijk, voor de één wel voor de ander niet, om gelijk te stoppen. En dat vind ik gewoon fijn.'*

Deze citaten illustreren de toepassing van Motivational Interviewing binnen de Stoppen-met-roken polikliniek.

3.1.3 Werkstijl counselors

De deelnemers geven ook aan dat het belangrijk is wat precies de werkstijl is van elke individuele counselor. Zijn zij het met deze werkstijl eens? Wordt de aanpak toegespitst op de problemen van de roker? Sommige rokers stoppen in één keer met roken, terwijl anderen stap voor stap het aantal gerookte sigaretten afbouwen. Niet iedere werkstijl wordt even hoog gewaardeerd. Een deelnemer (man, 58 jaar) kreeg met twee verschillende begeleiders te maken, en gaf een duidelijke voorkeur aan. *‘Ik was toen een paar keer geweest en ik kwam toen op een gegeven moment bij mevrouw A. Die was wel even heel snel. Wat dat betreft is, [...] mevrouw A doelgericht. Ze maakte echt korte metten. Kort en bondig. Terwijl mevrouw B het eigenlijk een beetje op lange termijn doet. Die doet het eigenlijk iets meer uitgebreider zal ik maar zeggen, en beetje van week tot week er wat afhalen. [...] Langzaam aan doen. Vind ik voor mezelf ook fijner.’*

Toch zijn sommige deelnemers ook zeer tevreden met de manier waarop aan hun begeleiding vorm gegeven wordt. Zo is de volgende deelnemer (man, 44 jaar) te spreken over de manier waarop hij behandeld wordt wanneer hij meer heeft gerookt dan de bedoeling was. Dit is een voorbeeld van de confrontational counseling stijl. *‘Dan gaat ze heel leuk doen hè. Zo van: ‘Oh ja natuurlijk, dat zou ik dan ook doen. Ik had er eigenlijk meteen maar twee gedraaid.’ Ja, uitermate kleinerend is dat. Maar ja, dat werkt bij mij wel. En dat heeft ze denk ik ook goed in de gaten. En je weet het toch, je weet het zelf ook wel. Maar dan wrijft ze dat er op zo’n manier in, en dan denk je toch van, hm ja. Ja, dat werkt wel. Ik denk dat ze best wel weet wat ze tegenover zich heeft en dat ze ook weet hoe ze daar mee om moet gaan.’* En op de vraag of er nog iets mist binnen de begeleiding, antwoordt een deelnemster (31 jaar): *‘Nee, ik weet niet wat er meer bij zou moeten komen eigenlijk. Want zij is zo fanatiek met het uitleggen en dergelijke.[...] Ze blijft gewoon zeggen, alles ligt in je eigen hand. Je doet het voor jezelf. Toch dingen die je toch wel raken, aan de ene kant. En toch denkt van, oh zij denkt aan mij. Op die wijze. Die gesprekstechnieken heeft ze wel.’*

De opmerking ‘je doet het voor jezelf’ komt bij vrijwel alle geïnterviewden terug, en is duidelijk iets waar vanuit de polikliniek veel nadruk op wordt gelegd. Hoewel dit een duidelijke vorm van Motivational Interviewing is, weten de begeleidsters wel afstand te doen van deze techniek wanneer dit nodig is. De werkstijl wordt toegespitst op de behoeftes van de patiënt.

3.1.4 Informatie

Binnen de subcode Informatie vallen de opmerkingen die te maken hebben met de aard van en de hoeveelheid informatie die de deelnemers van de counselors krijgen. Vinden zij dit voldoende en kunnen ze er wat mee? Lang niet alle deelnemers maakten opmerkingen over het soort informatie en/of voorlichting dat zij ontvangen. Of de verstrekte informatie als positief gezien wordt, verschilt sterk per roker. Zo zegt een deelnemster (34 jaar): *‘En ja, je krijgt ook andere tips. In plaats van gelijk stoppen, niet in de kamer, niet in de keuken. Dat soort dingen. Het duurt wat langer, maar het stimuleert wel, vind ik,’* terwijl iemand anders het hier niet direct mee eens is: *‘Ze komt niet echt met ideeën van wat je zou kunnen proberen. Alleen dat ik minder moet roken met gewoontedingen. Telefoneren en dat soort dingen. Niets nieuws’* (vrouw, 33 jaar).

De tips en het soort informatie worden ook toegespitst op wat een individuele roker nodig heeft. Zo is er verschil te zien tussen cognitieve en gedragsmatige counseling. De deelnemers van drieëndertig en vierendertig jaar die hierboven geciteerd worden, krijgen tips op het gedragsmatige vlak. De volgende deelnemster (58 jaar) wordt op het cognitieve vlak bijgestaan: *‘En zij geeft ook duidelijke aanwijzingen aan mij. Ik heb dus gemerkt dat ik mezelf altijd straf als het niet lukt. Dan kan ik mezelf niet uitstaan. En dan komt er nog een sigaret bij en dan zijn het er dan negen, of tien. Dus nou dat moet ik dus niet doen. Maar dat weet je dan zelf niet, maar dat vertelt ze je zelf. En dan gaat er een lichtje op dat je denkt, ja dat is ook wel zo.’*

Of die tips ook werken, ligt aan de situatie. De vrouw (33 jaar) die hierboven opmerkte dat zij de tips ‘niets nieuws’ vindt, geeft ook aan dat zij deze bovendien niet lang in de praktijk kan brengen. *‘Ik heb wel die tips gedaan wat zij zei. Achter de computer zitten rook je niet meer, en de telefoon. En dat gaat een tijdje goed. Dan ga je een tijdje buiten roken. En in het begin dat mijn dochter was geboren deed ik dat ook wel, maar het sluipt er naar een tijd gewoon weer in. Het is koud buiten en het regent, vandaag rook ik wel weer binnen. Nou, en dan doe je het een keer, doe je het tien keer – weet je wel?’* Deze opmerking hangt nauw samen met de volgende subcode, namelijk de effectiviteit van de begeleiding.

3.1.5 Effectiviteit

Eén van de belangrijkste vragen over de Stoppen-met-roken polikliniek is uiteraard hoe effectief zij nou eigenlijk is. De vraag is hier wat de perceptie van de deelnemers is, of zij de begeleiding ervaren als een hulpmiddel. Sommigen van de geïnterviewden waren ten tijde van het interview al gestopt met de begeleiding omdat, en geven ook aan waarom zij tot dit besluit zijn gekomen. Zo geeft een deelnemer (man, 40 jaar) zijn teleurstelling kort en bondig weer: *‘Nou, een ander zal het misschien wel nuttig vinden. Ik had er niet echt baat bij. Een kopje koffie drinken kan ik thuis ook.’* Een andere deelnemster (33 jaar) is het hier globaal mee eens: *‘Dus eigenlijk, ja weet ik niet, zou ik ook zelf op die manier kunnen stoppen.’* Deze twee deelnemers waren nog niet gestopt met roken, maar besloten niet verder te gaan met de begeleiding.

Sommigen twijfelen ook aan het tastbare nut van de begeleiding, maar geven wel aan door te willen gaan. *‘Ja.. of ze nou een steun in de rug is, dat weet ik eigenlijk nog niet. Als het nou helemaal verkeerd loopt of ik kom er niet uit, [...] dan heb ik er misschien wel hulp aan. Ik wil niet zeggen dat ik er niets aan heb, dat is natuurlijk onzin. Het is een klein duwtje in de rug’* (man, 61 jaar). Voor deze deelnemer staat de begeleiding niet centraal in de stoppoging, net als voor de persoon achter het volgende citaat: *‘Als je er echt afhankelijk van bent, als je er echt naartoe moet, dan heb je er niet zo heel veel aan vind ik. Maar dan ben ik even heel eerlijk. Dat vind ik niet zo.. ja je kunt er wel heen bellen, als je denkt ‘ik zit in de put’ ofzo, maar goed, daar heb je het denk ik ook wel mee gehad. [...] je hebt wel die dwang en dan komt dat er nog weer es bij, dus je hebt wel zoiets van, het moet gewoon van jezelf’* (man, 55 jaar).

Zoals misschien te verwachten is, zijn de meeste rokers die nog naar de polikliniek gaan, wel te spreken over de effectiviteit van de begeleiding. Voor de volgende deelnemster (31 jaar) is het dwingende van een afspraak maken erg behulpzaam: *‘Maar het is toch een motivatie als je daar weer bent. Dat zit toch iedere keer weer in je hoofd. Al maak je er soms een potje van, zelf. Op een gegeven moment denk je van ‘Okee, ik ga daar weer heen. Ik word nog een keer gepushed, dus door al die dingen wat ze zeggen van, goh daar is het slecht voor, daar is het slecht voor. Dan denk je van, okee.’* Een erg inspirerend voorbeeld is de volgende: *‘Ja ik ben er geweest op woensdag, en ik ben op zondag gestopt’* (vrouw, 27 jaar). Toch vergaat het niet

iedereen zo soepel. *'Het gaat veel moeilijker dan ik verwacht had. Maar we zijn er in elk geval doorheen en het gaat redelijk goed'* (man, 58 jaar)

3.1.6 Tijdsbesteding

Het thema Tijdsbesteding kwam alleen spontaan ter sprake wanneer men het niet helemaal eens was met de manier waarop de tijd in de polikliniek werd ingedeeld. Er is dus slechts sprake van negatieve opmerkingen. Hier kan wellicht uit afgeleid worden dat de andere deelnemers geen problemen hadden met de duur of de kwaliteit van de tijd die aan hen besteed werd. In de meeste gevallen werden er opmerkingen geplaatst over de duur van een gesprek. Deze vonden drie rokers (25%) rokers te kort. *'Af en toe een beetje kort. Soms is het tien minuten en soms is het maar een minuut of vijf. Ja, ik weet ook niet of het iets te maken heeft met de drukte. Je weet het toch niet, je komt op een gegeven moment op een bepaalde tijd. En soms zitten er drie mensen te wachten en soms niemand'* (man, 58 jaar). Deze roker voegt er echter wel het volgende aan toe: *'Nee, ik denk dat als het langer gaat duren, dat je dus gewoon teveel informatie gaat krijgen waar je niets mee kunt. [...] Je hoort het wel, maar als je buiten komt ben je het vergeten. Dan kom je thuis, een tijd nadien, en dan moet je terughalen van wat er gedaan is. En ik denk dat dat gewoon moeilijker is. Ik denk dat kort en bondig handiger is.'* Anderen zijn minder coulant. *'Ja je gaat erheen, je hebt even een kwartiertje een gesprekje. Je moet gewoon niet roken en dit en dat, en dat soort dingen allemaal. Nou, okee. En dan maak je even een afspraak voor de volgende keer en dat heb je het eigenlijk al gehad. Dat kwartier is zo voorbij'* (man, 55 jaar) en *'Ja, het is iedere keer een tien minuten gesprek en dan ben je weer weg eigenlijk. Dus. Laatste keer had ik daar ook maar tien minuten gezeten'* (vrouw, 33). De meeste rokers maken geen opmerkingen over de tijdsduur of -indeling.

3.2 Stoppoging

De hoofdcode Stoppoging is vooral bedoeld om een beter beeld te krijgen van de manier waarop de deelnemers vorm geven aan hun stoppoging. Enkele factoren die hier wellicht invloed op hebben, worden behandeld.

3.2.1 Redenen

Geeft de roker een expliciete reden of aanleiding voor zijn of haar stoppoging? Is er bijvoorbeeld een ziekte in het spel waardoor de wens om te stoppen met roken uit een externe motivatie voortvloeit? Slechts één deelnemer geeft geen reden voor haar stoppoging. Voor anderen gelden met name gezondheidsredenen. *'Maar ja, toch wil ik er mee stoppen. Vooral nu ik heel slecht kan ademhalen. Dus dan heb ik zoveel geïnhaleerd, omdat ik zoveel gerookt had, dat mijn stem iedere keer verdwijnt. Dat is gewoon balen'* (vrouw, 31 jaar); *'Nou voor je gezondheid hè, neem ik aan? Tenminste, bij mij. Je gezondheid is natuurlijk de drijfveer'* (man, 61 jaar); *'En we zijn nou bezig met een tweede kindje en dat wil nog niet helemaal lukken. En nou is roken ook niet heel verstandig als je zwanger wilt worden of zwanger bent'* (vrouw, 27 jaar). Anderen hebben een specifieke ziekte die de noodzaak om te stoppen verhoogt. *'Want ik ben erheen verwezen door mijn huisarts. Want ik had iedere keer benauwd. En toen heb ik foto's laten maken en toen bleek ik longemfyseem te hebben. Dan heb je allemaal van die blaasjes op de longen en als je dan een pakje per dag rookt.. dat is niet goed'* (man, 40 jaar); *'Dus zeg maar omdat ik een dubbele longembolie [heb], dus in korte tijd moet ik gewoon zorgen dat ik eraf kom'*

(vrouw, 34 jaar). Ziekte van mensen in de nabije omgeving van de rokers wordt ook als drijfveer opgegeven. *‘Maar ik moet wel. M’n moeder is eraan gestorven. Die heeft ook gerookt. En iedere keer dat je een sigaret op steekt dan denk je ook wel van, moet je niet meer doen’* (vrouw, 33 jaar); *‘Nu ga ik er echt aan onderdoor. M’n opa is daaraan overleden, m’n oma gaat nu ook heel slecht aan toe’* (vrouw, 31 jaar).

Tot slot geven de deelnemers aan dat zij de Stoppen-met-roken polikliniek gekozen hebben voor ondersteuning, omdat eerdere stoppogingen onsuccesvol bleken te zijn. *‘En nou heb ik gewoon dit aangegrepen om dit te gaan doen. Althans, mijn vrouw kwam op het idee om dat te gaan doen’* (man, 55 jaar); *‘Ik had in het begin wel het vermoeden dat ik het wel nodig zou wezen. Omdat ik al vaker had geprobeerd te stoppen. Ik denk, dan maar op die manier’* (man, 40 jaar); *‘En ik had ook zoiets van, het lukt me niet zonder hulp. Dus toen heb ik een beetje rondgekeken en kwam ik hier op uit’* (vrouw, 27 jaar); *‘Ja, ik denk, ik ben al zo vaak gestopt met roken. Dat wordt niet wat. Laat ik het zo eens proberen’* (man, 44 jaar).

3.2.2 Alternatieven

Gebruikt de deelnemer ook nog andere methoden? Zijn er in het verleden wellicht al alternatieven uitgeprobeerd, en hoe bevielen deze? Gaan er verderop in de stoppoging wellicht nog hulpmiddelen gebruikt worden? De helft van de rokers geeft aan gebruikt te hebben gemaakt, of nog te gaan maken, van lasertherapie. De suggestie tot lasertherapie komt in alle gevallen vanuit de Stoppen-met-roken polikliniek zelf. Drie van de vier patiënten (75%) die de lasertherapie al gehad hebben, zijn hier niet positief over. *‘Alleen, ik heb gelasert, en dat vond ik een aanfluiting. Want ik zat in de auto nadat ik dat gedaan had, en ik had zin in een sigaret. Dus als ze mij ook vragen over dat laser dan zeg ik, ‘nou je moet erin geloven’* (vrouw, 56 jaar); *‘Ik heb ook lasertherapie gehad, dat werkte niet. Dat heeft mijn man ook gehad. Die rookt ook nog steeds’* (vrouw, 32 jaar); *‘Ik heb in het verleden ook lasertherapie gehad en dat heeft ook niet veel uitgehaald, dus ik ben wel een aardig verstokte roker’* (vrouw, 33 jaar). Slechts één deelnemer (40 jaar) geeft aan dat de lasertherapie zo effectief was, dat hij achteraf geen behandeling meer nodig had: *‘Ik heb vanaf dat ik die laserbehandeling heb gehad, in principe niet meer gerookt.’*

Een antidepressivum (met aangepaste dosering) dat gebruikt wordt als hulpmiddel bij het stoppen met roken, genaamd zyban, wordt door twee deelnemers als alternatief genoemd. Er is hier echter ook geen sprake van strikt positieve reacties: *‘Begon ze op een gegeven moment over zyban. Dat is een middel dat gebruikt wordt voor Amerikaanse veteranen. Tegen de stress. En die pil kon ik dan wel gebruiken, maar die was dan weer ontzettend duur. Kom je bij de apotheek voor een proefpakketje, kost het honderdvijftig euro’* (vrouw, 33 jaar); *‘[...] mijn man heeft dat gedaan met zyban, met tabletten, en dat is toch beter. Maar dat is gewoon veel duurder’* (vrouw, 56 jaar). De kosten van zyban zijn voor deze deelnemers een obstakel. Een derde deelnemster (32 jaar) die wel al gebruik heeft gemaakt van het middel, merkt wel positieve effecten: *‘Maar sinds anderhalve maand neem ik die pil in. [...] Ja, dat is een antidepressiva. Die moet je negen weken lang inslikken. En dat helpt tegen roken, het helpt echt.’*

3.2.3 Barrières

Tegen welke moeilijkheden lopen de deelnemers aan tijdens hun stoppoging? En hoe gaan zij hier mee om? De twee redenen die aangegeven worden voor het minder succesvol stoppen, zijn stress en een rokende omgeving. Opvallend is dat voornamelijk vrouwelijke rokers

(80%) stress opgeven als barrière. *‘Dat is toch die stress. Toen moest alles van boven naar beneden verhuisd worden, en dat nog, en dat nog. Op het laatst had ik echt zoiets van, geef me een sigaret of ik draai helemaal door. En dat had ik helemaal niet verwacht, want ik kan normaal goed met stress omgaan’* (vrouw, 56 jaar); *‘Maar op het moment, als het even niet kan, dan ben je te druk, te gestresst. Met alles. Dan gaat het gewoon niet. En dan ook nog dat stoppen met sigaretten, ja.. Dan gaat dat even niet’* (vrouw, 31 jaar); *‘Ik heb heel veel stress gehad de laatste tijd, dus dan ga je alleen maar meer roken’* (vrouw, 33 jaar); *‘Ja ik heb hier kinderen en andere dingen waren aan de orde. Ja, dat speelt op je gevoel. Het zit wel tussen je oren, het zit gewoon in je hersens dan. Maar je hebt toch het gevoel, als je dan zo ’n sigaretje hebt gehad..’* (vrouw, 34 jaar).

Eén mannelijke deelnemer (55 jaar) geeft stress als reden aan, in combinatie met rokende collega’s: *‘Ik zit op een afdeling, allemaal dames bijna, en die roken verdorie allemaal. [...] Gaan ze allemaal pauzeren, sta je bij de fietsenstalling. Even omdraaien, even proberen wat anders te denken. Maar dan ga je soms weer, vooral als de stress toeslaat.’* Ook de volgende deelnemster (33 jaar) heeft hier last van: *‘Maar ja, op mijn werk ook, daar rookt ook iedereen. En ja, probeer dan maar eens te stoppen. Ik zit nu op een planning, en ook daar roken ze waar het eigenlijk niet mag. En dan zeg je vaak genoeg van, ga buiten maar heen, maar ja.’*

3.2.4 Reductie

Er zijn twee opties die de rokers in overweging kunnen nemen: direct stoppen met roken, of langzaam afbouwen (reductie). Binnen deze subcode wordt eerste bekeken welke optie de voorkeur geniet, en waarom. Hoewel de begeleidsters van de Stoppen-met-roken polikliniek er naar streven om een roker in één keer te laten stoppen, proberen de geïnterviewde rokers in de meeste gevallen te stoppen door geleidelijk af te bouwen. Acht van de deelnemers (67%) geven aan reductie als strategie te gebruiken. De meeste van hen zijn nog bezig met dit proces, maar geven over het algemeen geen uitgebreid commentaar op hoe het afbouwen hen afgaat. Eén deelnemster (34 jaar) geeft aan dat reductie voor haar een goede methode is: *‘Want ik ben aan het afbouwen, en ik zit nu op 14, 15 sigaretten per dag. Das best veel. Dat weet ik ook, maar ik heb er dertig gerookt. Dus dan zit ik op de helft.’* Een andere deelnemster (31 jaar) vindt het minderen niet zozeer lastig, maar het stoppen wel. *‘In Brabant heb ik dat gedaan. En dan had je ook van dat sigaretten minderen. Dat hielp wel. Totdat je helemaal niks meer zou moeten roken. Dat vond ik dan moeilijk.’*

Twee deelnemers zijn direct gestopt met roken, het zogenaamde ‘cold turkey’. De ene deelnemer (40 jaar) deed dit naar aanleiding van lasertherapie (zie 3.2.3 *Alternatieven*), de ander (55 jaar) had er zijn redenen voor: *‘Nou dat kan ik beter doen, want afbouwen gaat bij mij helemaal fout. Als ik met een pakje sigaretten op zak loopt gaat het toch niet goed. Nee, dat moet ik niet doen.’* De overige twee deelnemers maakten geen opmerkingen over hun stopstrategie.

3.2.5 Terugval

Aangezien stoppen met roken over het algemeen als lastig gezien wordt, valt te verwachten dat de deelnemers niet allemaal in één keer kunnen stoppen. Hoe zit het met hun terugvallen (relapse), en hoe gaan ze hier mee om?

Slechts vier van de twaalf deelnemers (33%) zeggen niets over terugval, wat uiteraard niet betekent dat zij hier geen last van hebben gehad. Bij de andere rokers verliep het stoppen in ieder geval niet altijd even soepel. Vorige stoppogingen eindigden vaak in een relapse. Twee van de

deelnemers (17%) merkten een negatief effect op hun gemoedstoestand. *'Ik was wel 1 keer eraf, 3 weken. Maar het blijkt dus dat ik geen hormoonpleisters en alles mag, omdat ik bloedverdunners heb. En dan is het gewoon moeilijker. Dus ik kwam echt in die fase van, ik was niet te genieten. De kinderen vonden me helemaal niet meer aardig. En toen op een gegeven moment ging ik ook de mist in'* (vrouw, 34 jaar); *'Ik heb het ook al wel vaker geprobeerd. Vier, vijf keer. Maar dat werd niets. Ik werd er chagrijnig van en prikkelig. Er hoefde maar een of ander scheerwoord te vallen en dan was het alweer raak'* (man, 40 jaar). Twee andere deelnemers geven geen concrete reden aan voor hun terugval: *'Er was een tijd dat het heel goed ging, en ja soms val je gewoon weer terug'* (man, 55 jaar); *'Nou, in de periode dat ik gestopt was, ben ik op een gegeven moment weer gaan roken. Toen werd ik echt helemaal maf'* (man, 44 jaar).

3.2.6 Deceiving

Een belangrijk deel van het interview gaat over de rapportage van de rookstatus. Dit hangt ook samen met de eventuele controlerende functie die uit gaat van de CO monitor (zie volgende sectie). Zoals te lezen is, lopen de rokers vaak tegen moeilijkheden aan, en is het stoppen niet altijd even succesvol. Zeggen zij eerlijk tegen de begeleiders hoeveel zij gerookt hebben?

Acht van de twaalf (67%) deelnemers geven aan dat zij wel eens meer hebben gerookt dan gepland. Slechts één van hen zei bovendien dat zij tegen haar begeleidster had gezegd dat ze wel minder had gerookt. *'Ja, ik heb toen gezegd dat ik wel was verminderd. Maar van twintig naar negentien [sigaretten] was natuurlijk niet heel erg. Maar toen ik moest blazen en er kwam negentien uit, toen dacht ik van 'Shit. Nu komen ze erachter dat ik niet helemaal eerlijk ben geweest''* (vrouw, 32 jaar). De andere deelnemers zeggen allen eerlijk te zijn over hun rookgedrag. Zij geven hierbij duidelijk aan dat zij voor zichzelf stoppen, en dat misleiding van de counselor, in hun ogen, ook misleiding van henzelf is. *'Ja maar dat heeft geen zin. Dan zit ik mezelf ook te vernachelen. Toch? Dan doe ik er niet meer aan mee'* (man, 55 jaar); *'Maar als ik zondig dan kan ik het net zo goed eerlijk vertellen, anders hou ik twee mensen voor de gek. Het is al dom genoeg dat je jezelf voor de gek houdt soms. Niet dan?'* (man, 44 jaar); *'En ik wil er ook eerlijk mee zijn. Want het heeft geen nut om iemand voor te liegen terwijl je iets wilt bereiken, want dan lieg je jezelf voor'* (vrouw, 31 jaar); *'Maar ik heb altijd gezegd: ik heb een hekel aan liegen. En ik zeg, ik ga er ook niet om liegen als ik meer gerookt heb. Want dat heeft voor mij geen zin, want dan zit ik de zaak te belazeren en dan kan ik er net zo goed mee stoppen'* (vrouw, 58 jaar); *'Ik heb mezelf ermee, zo denk ik dan zelf. Als ik zeg van drie en ik heb er twintig gehad, dan lieg ik mezelf voor eigenlijk. En niet hun. Het is mijn gezondheid en niet die van hun'* (vrouw, 34 jaar). Eén deelnemster (33 jaar) voegt daar nog aan toe dat ze bovendien niet weg zou komen met misleiding: *'Ik ga niet zeggen van, ik heb helemaal niet gerookt, terwijl ik er twintig heb gerookt. Maar daar komen ze daar toch wel achter. Anders was ik daar ook niet heen gegaan natuurlijk.'* De overige vier deelnemers geven aan zich te houden aan de afgesproken hoeveelheid, of zijn al gestopt.

Opvallend is dat de meeste deelnemers, ook al zijn zij zelf wel eerlijk, niet denken dat anderen net zo eerlijk zijn als zijzelf. Op de vraag of zij denken dat anderen eerlijk zijn over hun rookgedrag, antwoorden zij dan ook ontkennend. Wel geven zij aan persoonlijk niet in te zien waarom men hier niet eerlijk over zou zijn. *'Mijn moeder zat ook bij de longarts. En die zei dat ze gestopt was met roken, maar die rookte nog wel tien per dag. En dat konden ze met dat apparaat precies meten. Sommigen mensen zijn denk ik niet altijd eerlijk. Je weet gewoon dat je teveel rookt. En dat je tegen andere mensen ga zeggen dat je er maar tien rookt. Terwijl je er twintig rookt, op een dag'* (vrouw, 33 jaar); *'Zoals voor die mensen die roken de hele dag*

gewoon door en dan de volgende dag moeten ze daar naartoe. Gauw nog even een sigaretje roken en dan komen ze daar en je moet blazen. Daar ga je zwaar door de mand mee. Ja, terwijl je hebt gezegd van 'ik rook niet meer'. Daar doe ik niet aan mee, hè. Dan wordt je wel heel hard met de neus op de feiten gedrukt' (man, 55 jaar); 'Maar er zijn gewoon veel mensen, dat hoor je gewoon vaak, die gewoon niet echt eerlijk zijn. Die niet eerlijk een verhaal vertellen. Dat hoor je op een gegeven moment altijd wel. Dat klopt gewoon dan niet. En als je eerlijk bent, ik vind dat nooit een probleem. Ik ben daar heel anders in' (vrouw, 34 jaar).

Wat de deelnemers er van vinden om aan de counselor toe te moeten geven dat zij (meer) gerookt hebben, verschilt per persoon. De een vindt het niet vervelend: *'Vind ik niet zo erg. Dan ben ik gewoon eerlijk. Ik kan wel zeggen van, ik heb niet gerookt. Daar heb je jezelf ook alleen maar mee' (vrouw, 33 jaar); 'Ja, eigenlijk niet erg op dat moment. Want dat is bij mij zo van ja, hoe kan dat nou' (vrouw, 34 jaar).* Terwijl anderen het niet fijn vinden: *'Ja daar baal ik toch iedere keer van' (vrouw, 31 jaar); 'Maar ja, dan ga je er niet echt lekker heen [...] Het is voor jezelf niet fijn, maar voor haar ook [niet]' (man, 44 jaar); 'Tja, ik heb het al gedaan. Wat moet ik dan nog doen? Tuurlijk voel ik me daar lullig bij' (vrouw, 56 jaar).*

3.3 CO Monitor

Het voornaamste gedeelte van het interview betreft de vragen over de aanwezigheid van de CO monitor. Omdat er sprake is van twee ongelijke groepen, moet bij de resultaten ook gekeken worden naar eventuele verschillen binnen de antwoorden. De experimentele groep kreeg van te voren meer informatie over de CO monitor dan de controle groep. Dit zou in principe moeten zorgen voor enkele aanwijsbaar verschillende tendenties binnen de antwoorden, bijvoorbeeld op het gebied van kennis. Per citaat wordt dan ook aangegeven of het een deelnemer uit de experimentele groep (EG) of controle groep (CG) betreft. De antwoorden die gegeven werden op de interviewvragen, zijn ingedeeld in acht verschillende subcodes. Naar Validatie, Motivatie en Kennis werd expliciet gevraagd, en dit zijn dan ook de meest belangrijke subcodes binnen de vragen over de CO monitor.

3.3.1 Kennis

De deelnemers werden expliciet gevraagd naar de mate van kennis over de CO monitor. Wisten zij waar deze precies voor diende? En zo niet, hebben zij de begeleider om uitleg gevraagd? Belangrijk binnen deze subcode is vooral of de rokers hadden onthouden dat de CO monitor bedoeld is om het koolmonoxide-gehalte in de longen te meten, of in ieder geval dat het een giftige stof in de longen betreft en dus meet hoeveel men gerookt heeft. Dit blijkt in de meeste gevallen niet zo te zijn. Slechts twee van de twaalf deelnemers (17%) weten dat koolmonoxide gemeten wordt. Ook opvallend is dat het hier zowel iemand uit de experimentele groep als iemand uit de controle groep betreft. Andere opmerkingen over de werking van de CO monitor waren minder accuraat: *'Ja, dat meet het eh.. hoe heet het toch ook alweer? Het teergehalte geloof ik?' (man, 58 jaar, EG); 'Ehm ja, druk van de longen of zoiets. Nicotine, wat dan ook. Ze heeft het wel gezegd, maar ik weet het niet meer precies,' (man, 40 jaar, EG); 'Je blaast en dan vertelt dat ding hoeveel je hebt gerookt,' (vrouw, 31 jaar, EG) 'Ja, ik weet dat ze daarmee meten wat je longinhoud is. Geloof ik?' (vrouw, 33 jaar, EG); 'Ze heeft gezegd, dan kun je zien of ik schoon was, of zoiets. En verder weet ik er ook niets van,' (vrouw, 56 jaar, CG); 'Volgens mij was het iets van dat als je stopt met roken, krijg je steeds meer lucht in je longen. Om te kijken hoeveel lucht je dan hebt na verloop van tijd' (vrouw, 27 jaar, CG).*

De kennis over de werking van de monitor is niet groot. Ook is er niet direct een verschil aan te wijzen tussen de experimentele groep en de controle groep. Wel geven de meeste deelnemers aan te weten dat hoge waardes niet goed zijn. Lang niet iedereen lijkt te weten dat de CO monitor ook bedoeld is om te meten hoeveel men gerookt heeft. Voor sommige deelnemers was al een tijd geleden dat de CO monitor gebruikt werd, wat er wellicht voor gezorgd heeft dat de verstrekte informatie enigszins weggezakt is. Een voorbeeld hiervan is een 31-jarige deelnemster (EG): *‘Nee, ze legde heel goed uit. Maar ja, ik vergeet het altijd. Maar ze had wel wat uitgelegd, ja. Maar je mag het straks nog wel een keer uitleggen, ik vergeet het toch altijd. Als ik het een paar keer gehoord heb, dan weet ik het wel weer.’*

Ondanks het gebrek aan accurate kennis, heeft geen van de deelnemers het gevoel dat zij extra informatie hadden moeten krijgen. Op de vraag of zij tevreden waren met de uitleg, antwoorden alle twaalf deelnemers bevestigend. Ook wanneer de rokers zelf aangeven niet alles te weten over de CO monitor, zeggen zij niet om meer informatie gevraagd te hebben. Sommige rokers geven zelfs expliciet aan dat zij geen behoefte hadden aan meer voorlichting over het apparaat. *‘Ja, het interesseerde me denk ik ook niet echt hoor. Ja, het is voor dat onderzoek. En dat onderzoek is mijn pakkie an verder niet’* (man, 44 jaar, CG); *‘Ja, op dat moment denk je er niet bij na. Je komt daar voor je gesprek, en ze vragen tussendoor of ik er even op wou blazen.[...] Maar dan ga je weer verder over je eigen roken en het kwam eigenlijk verder niet aan de orde’* (vrouw, 34 jaar, CG). Eén deelnemster van zesenvijftig (CG) gaf zelfs aan niet te willen weten wat haar waardes precies betekenden, omdat ze wist dat dit niet positief zou zijn: *‘Ik had zoiets van, nou het is toch al niet goed. Ik wil het helemaal niet weten! Heb ik al zo lang gezegd dat ik niet gerookt heb, ben ik nog helemaal niet schoon.’*

3.3.2 Feedback

Elf van de twaalf deelnemers (92%) hebben ervaring met het blazen in de CO monitor. Zij hebben derhalve ook de waardes gezien die hier uit voort kwamen. De vraag is hoe zij omgingen met deze waardes. Wisten zij überhaupt wat de waarde betekende, en wat vonden zij hiervan? Opvallend is dat er hier wel een verschil te zien is tussen de experimentele groep en de controle groep. Deelnemers uit de experimentele groep zijn opvallend meer bezig geweest met het blazen, en de waardes die daar uit voort kwamen. Zij weten allemaal, op één deelnemster na (86%), nog welke waardes zij hadden. Dit is niet het geval binnen de controle groep, waar niemand melding maakt van exacte waardes. Uit de volgende opmerkingen blijkt niet alleen dat de deelnemers in de experimentele groep bewust bezig zijn geweest met de CO monitor, maar dat zij hier elk andere redenen voor hadden. De volgende deelnemer (40 jaar) was vooral nieuwsgierig naar zijn waardes: *‘Ik was alleen na de eerste keer blazen heel nieuwsgierig wat ik de tweede keer zou blazen. Daar zat ik wel aan te denken, dat moet ik wel eerlijk zeggen.’* Voor de volgende deelnemer (61 jaar) was het het confronterende karakter van de monitor dat er voor zorgde dat hij er mee bezig was: *‘Ik had het lager verwacht ja, inderdaad. En dan na vier sigaretten stond ie al op zeven. Ik dacht, nou dat gaat hard.’* Ook trots is een reden: *‘Nou, een keer dat ik de nul had, dat was hartstikke te gek’* (vrouw, 31 jaar); *‘De eerste keer was dat.. tweeëndertig. Dat was vrij hoog. En daarna sloeg het in een keer op negen. Dus dat ging vrij hard. En toen dacht ik, nou dat vind ik toch wel goed van mezelf’* (vrouw, 58 jaar).

3.3.3 Reactie begeleiding

De counselors van de Stoppen-met-roken polikliniek waren vooraf geïnstrueerd om de deelnemers niet te confronteren met de CO-waardes die de rokers haalden. Wat vonden de rokers zelf hiervan? En is er eventueel een verschil tussen de deelnemers wiens waardes gestaag zakten, en de deelnemers wiens waardes dit niet deden?

De meeste deelnemers geven aan dat hun begeleidster inderdaad niet tot weinig liet merken wat zij vond van de behaalde waarde. Wel was er een verschil tussen of de waarde wel of niet aan de verwachting voldeed. Wanneer deze bijvoorbeeld lager was dan de vorige keer, werd er in enkele gevallen wel positief gereageerd. Een deelnemster van achtenvijftig jaar (EG) kreeg een mooie reactie toen haar waarde flink gedaald was: *'Oh, die vond het prachtig, die vond het prachtig.'*

De meeste deelnemers geven aan dat de behaalde waardes wel vaak hoger waren dan zij eigenlijk hoopten. Wanneer dit het geval was, gaf de aanwezige counselor eigenlijk alleen te weten dat dit geen ramp betrof, en dat de roker niet bij de pakken neer moest gaan zitten. Dit sluit wederom aan bij de gesprekstechniek Motivational Interviewing. De deelnemers geven bijna allemaal (92%) aan niet het gevoel te krijgen dat de begeleidster hen iets kwalijk nam. Een aantal reacties op de vraag hoe de counselor reageerde: *'Ja, normaal. Die begrijpt dat. Die heeft daar begrip voor. Maar het is wel op een gegeven moment van, wat gaan we nu doen. Hoe gaan we het nu aanpakken. Er wordt wel een oplossing gezocht, zeg maar'* (vrouw, 34 jaar, CG); *'Ja, dat jammer natuurlijk, zei ze dan. Maar toch proberen het er weer in te krijgen'* (vrouw, 33 jaar, EG); *'Daar hangt ze wel een verhaal aan. Geen preek. Ze blijft gewoon zeggen, alles ligt in je eigen hand. Je doet het voor jezelf'* (vrouw, 31 jaar, EG). Slechts één deelnemer (44 jaar, CG) gaf aan dat hij wel degelijk het gevoel kreeg dat zijn counselor het hem kwalijk nam: *'Op die manier zoals ze dat zegt dan, ja. Ook toen dat ik gestopt was en dat ik weer een sigaretje had genomen. 'Ja, waarom had je dat gedaan? Want ik had het ook gedaan, ja zeker ik had meteen eentje gedraaid.'* *Op zo'n manier van, dat is de makkelijkste weg, zo zou ik het ook doen.'* Op deze deelnemer werd de confrontational counseling stijl toegepast.

Het is opvallend dat een hoop deelnemers het erg waarderen dat zij niet op de vingers getikt worden. Het is zelfs zo, dat zij aangeven het niet te tolereren wanneer dit wel het geval zou zijn. Op de vraag of zij zich dit zouden kunnen voorstellen, komen een paar pittige reacties. *'Dat zou ook niet terecht zijn. Ze heeft toch geen recht om daar boos over te zijn? Teleurgesteld mag ze zijn, maar ja, ik zie het nut er niet van in'* (man, 61 jaar, EG); *'Ja luister, ik ben vijftien jaar. Wat ik doe is nog altijd mijn eigen zaak. Ik bedoel, ik vraag wel om begeleiding en ik probeer het te gaan doen. Maar goed, als ik een keer de regels overtreed, dan overtreed ik ze voor mezelf. Ja, sorry – we zitten niet op de lagere school'* (man, 55 jaar, CG); *'En als ze het wel zouden doen, kwam ik er niet weer. Dan denk ik van, kom, ik ben geen klein kind dat zich laat bestraffen hier. Want ik kom er vrijwillig heen en ik moet niets, ik mag'* (vrouw, 56 jaar, CG).

3.3.4 Waargenomen nut

Een belangrijke vraag is of de deelnemers zelf de monitor als nuttig zien. Kunnen zij er wat mee? Wellicht heeft de hoeveelheid kennis die men heeft over de CO monitor invloed op hoe zinvol de aanwezigheid ervan gevonden wordt. Wat opvalt in de reacties die over het nut gegeven worden, is dat men uit zichzelf al vaak over de controlerende functie van de monitor begint. Dit is interessant, aangezien de validatie van te voren al als onderdeel was opgenomen in het interview. *'Kijk wat ik zeg, zo'n apparaat is op een gegeven moment nuttig, omdat ook andere mensen mee*

kunnen controleren. Dan is er toch ergens een registratie die iets aangeeft van, komt hij nou goed over of niet' (man, 58 jaar, EG). Een andere deelneemster (58 jaar, EG) is het hier mee eens: *'Ik weet niet hoe andere mensen daarover denken. Of die zeggen, 'nou ik heb er acht gerookt,' terwijl ze er veertien hebben gerookt. [...] En als jij zo'n apparaatje hebt kun je dat altijd controleren. Dat geeft ook iemand de kans om eerlijk te zijn. Als ze weten dat ze moeten blazen, dat ze dan niet zeggen van 'ik heb er acht gerookt,' terwijl het er veertien zijn,' evenals een deelneemster van tweeëndertig jaar (EG): 'Ja, anders kun je zo dingen zeggen die niet waar zijn. Dat kunnen ze niet bewijzen.'* Ook de volgende roker sluit zich hier bij aan: *'Blijf af van dat spul, want ze kunnen het zo controleren. Je kunt wel jokken, maar dat heeft geen zin'* (man, 55 jaar, CG).

De volgende deelnemers geven aan dat zij de CO monitor (extra) nuttig zouden vinden, wanneer er meer informatie over verstrekt werd. Ook bij frequent gebruik vanaf het begin van de behandeling, vinden zij dat de monitor een grotere rol zou spelen. Een deelneemster (31 jaar, EG) formuleert het als volgt: *'Als ik zou zeggen, goh ik ga wekelijks daar naar toe, naar de Stoppen-met-roken poli, dan zou dat ding hartstikke handig zijn. Want dan beurt het jezelf ook op, als je iedere keer ziet dat het daalt.'* Ook een deelnemer van vierenveertig jaar (CG) denkt hier zo over: *'Als je dat de hele tijd doet, en je ziet inderdaad die lijn naar beneden gaan, dan maakt het misschien veel meer uit. Dan was ik er ook mee bezig geweest. Ik ben er nu helemaal niet mee bezig geweest. Ik weet dat het ding bestaat,'* evenals een deelneemster (27 jaar, CG): *'Ja als je het standaard erbij gebruikt, gewoon elke keer als je komt. En het is goed uitgelegd, dan denk ik wel dat het effect heeft.'* Het gaat hier om deelnemers die de rookreductie methode toepassen.

Eén deelnemer geeft aan het nut van de monitor niet direct in te zien. Wel vindt hij dat het apparaat een 'leuke' toevoeging is voor het stoppen met roken. Hij (61 jaar, EG) formuleert dit als volgt: *'Ik bedoel, je stopt of je stopt niet. Of je nou meet of niet. Dus dat maakt niets uit. Als je voor jezelf weet dat je gestopt bent, dan maakt zo'n meting niks uit. [...] Maar het is wel leuk om te kijken hoe zoiets werkt.'*

3.3.5 Validatie

Dat validatie gezien wordt als een belangrijk en zinvol aspect van de CO monitor, blijkt al uit de subcode Waargenomen nut. Veel deelnemers brengen controle uit zichzelf naar voren. Wat zeggen de deelnemers over validatie wanneer zij expliciet gevraagd worden naar hun ervaringen met de controle? Hebben zij persoonlijk het gevoel dat ze gecontroleerd worden door middel van de CO monitor, en wat vinden zij daarvan?

Alle twaalf deelnemers geven aan dat de CO monitor in hun ogen (ook) gebruikt wordt ter controle. Wel is er een verschil tussen of men het een controle vindt voor zichzelf, of een controle voor de begeleiding. De meeste deelnemers geven aan dat controle vooral interessant is voor de begeleiding. *'Voor hen, denk ik meer. Dat ze kunnen zien of je meer of minder rookt'* (vrouw, 33 jaar, EG); *'Nou voor mezelf weet ik dus hoe ik zat in mijn roken. Dat weet ik zelf. Maar voor de begeleiders is dit wel een controle, dat je geloofwaardig over komt. Kijk, want ik kan wel gaan zitten zeggen van, we doen zoveel minderen. Maar als ze dan op een gegeven moment zeggen van, blaas even, en het stijgt elke keer. Dan klopt het niet. En als het zakt, dan komt het wel geloofwaardig over'* (man, 58 jaar, EG); *'Maar het is gewoon het feit van, nou het apparaatje is er. Heeft zij een vermoeden [...] dat iemand meer heeft gerookt. Dan kan ze vragen, nou zou u even willen blazen. Dan kan ze gelijk zien of het hoger of lager is'* (vrouw, 58 jaar, EG); *'Meer tegenover haar ook dat je echt gestopt bent. Ja, je zit daar gewoon in dat hokje, en je kunt wel een heel verhaal ophangen. Maar ja, ik ga na twintig minuten weg en dan ben ik buiten, en dan*

kan ik net zo goed weer een sigaret opsteken. Dus ja, tegenover haar is het dan weer zoiets van, zie je wel dat ik toch gestopt ben' (vrouw, 27 jaar, CG).

Hoe wordt deze controle ervaren? Ook hier zijn verschillen te vinden in hoe men omgaat met de aanwezigheid van een CO monitor als optie tot validatie. Sommige deelnemers zien dit in zijn geheel niet als een bedreiging. Hier liggen verschillende redenen aan ten grondslag. Eén deelnemer (61 jaar, EG) ziet de controle als een vrijwillige daad: *'Er zit nergens dwang achter. Ik rook en een ander niet, en als iemand me helpt, nou hartstikke fijn. Maar het is geen gevangenisstraf die je opgelegd krijgt, dus er zit niks dwingend achter [...] Misschien zien sommige mensen het als een bedreiging ofzo. Extra controle, dat een bedreiging. Maar zo zie ik dat niet.'* Een andere deelnemster (31 jaar, EG) ziet de meting niet als controle, en heeft niets te vrezen: *'Dat speelt niet echt een rol. Want je doet het voor jezelf, zegt zij ook. Dus dat gevoel heb ik dan niet. En ik wil er ook eerlijk mee zijn. Want het heeft geen nut om iemand voor te liegen terwijl je iets wilt bereiken, want dan lieg je jezelf voor.'* Een derde deelnemer (58 jaar, EG) ziet de CO monitor wel als controle, maar vindt dit gerechtvaardigd: *'Dat vind ik terecht eigenlijk. Kijk, je begint ergens aan. Het is een procedure die eigenlijk toch wel de nodige euro's kost. [...] En die procedure heb je dan gedaan en dan kom je bij hen terecht. Je betaalt in principe genoeg geld en dan moet je daar zelf ook mee kunnen leven. En dat je gecontroleerd wordt op die manier, dat vind ik ook terecht.'*

Voor anderen is de controle niet altijd even fijn. Ook hier lopen de redenen uiteen. *'Soms leuk, soms niet leuk. Dat ligt aan de situatie. Ik vind het niet vervelend. Omdat je ook echt moeite doet en dat kunnen ze ook zien van 'hey, ze doet het, ze is echt gestopt''* (vrouw, 32 jaar, EG). De volgende deelnemster (33 jaar, CG) vindt de fysieke daad zelf vervelend: *'Het was maar eventjes om erin te blazen, maar toch. Dat heb ik ook met alcoholcontrole. Dat vind ik ook niet fijn, om daar in te blazen.'* Een deelnemer van vierenveertig jaar (CG) vindt de tegenstrijdigheid tussen controle en vrijwillig stoppen opvallend: *'Als het op die manier moet gebeuren, dan ben je ook niet meer vrijwillig aan het stoppen. Het kan gebeuren natuurlijk. Maar ik zou er geen voorstander van zijn.'* Een deelnemster vindt de controle enigszins vernederend: *'Nee, ik vond het niet prettig. Ik had zoiets van, je bent net een klein kind. Want ze geloven je niet. Je vertelt het wel eerlijk, maar je moet toch nog blazen'* (vrouw, 56 jaar, CG).

Is deze controle ook zinvol in de ogen van de deelnemers? Zoals eerder te lezen valt in de resultaten over Deceiving, zeggen elf van de twaalf deelnemers (92%) eerlijk te zijn over hun rookgedrag. Zien zij desalniettemin het nut in van een validerende functie? Eén deelnemster (32 jaar, EG) zag het nut van controle zeer sterk in, toen haar begeleidster niet geloofde dat zij sterk geminderd was: *'Ja, ik kon het aan haar gezicht zien. Ze zei nog, 'kijk in mijn ogen en zeg het dan.' Ik zeg, 'ja, ik rook nog één à twee sigaretten.' 'Niet meer?' zei ze. Ik zeg, 'nee.' Maar dat gesprek was net of zij mij niet geloofde. Op het laatst moest ik dan blazen en toen was het zo van, zie je wel. Ik rook echt niet!'* Een opmerking van een deelnemster (27 jaar, CG) laat duidelijk zien hoe controle en motivatie ook in elkaar overlopen: *'Misschien heb je dan wel het idee, dat je denkt van 'ik kan wel een sigaret opsteken, [...] maar ik moet ook nog blazen,' en dan... Toch wel extra motivatie om het niet te doen.'*

3.3.6 Motivatie

Binnen het interview werd ook gevraagd naar een eventuele motiverende werking van de CO monitor. Wat doet het met de deelnemers wanneer zij hun waardes zien dalen? En wat gebeurt er wanneer deze waardes juist stijgen? Negen van de twaalf deelnemers (75%) gaven aan

dat de CO monitor wel degelijk een motiverende functie had. Waar deze functie in ligt, verschilt. De volgende deelnemer (40 jaar, EG) vindt vooral het visuele bewijs van voortgang motiverend: *‘Omdat je kunt zien dat je voortgang boekt. Want eerder konden ze dat niet. Ik denk dat dat ding wel effect heeft op mensen die daar echt problemen mee hebben. Want dan kunnen ze wel zien van, hey kijk, het werkt wel.’*; Ook voor de volgende deelnemster werkt het visuele bewijs stimulerend: *‘Nou, het is voor mij een stimulans om van acht naar vijf te gaan, naar vijf sigaretten. En ik hoop dat ik, eer dat zij terug komt, dat is natuurlijk mijn streven, dat ik er vanaf ben [van de sigaretten]’* (vrouw, 58 jaar, EG); De volgende roker (61 jaar, EG) is meer prestatiegericht, en gebruikt de monitor om doelen te stellen: *‘Nou, steun.. ik weet niet of dat het woord steun is. Dat is meer, nou ja, misschien ook wel steun, ja. Het is meer dat je zoiets hebt van, potverdomme, nu moet ik er toch wel weer dik onder zitten!’* Het volgende citaat geeft aan de motivatie voortkomt uit het positieve effect op de stemming: *‘Als dingen goed gaan, dan word je er vrolijk van. En hoe meer dingen goed gaan, hoe vrolijker je wordt. Dus hoe meer dingen je hebt om aan te tonen dat het goed gaat met het stoppen, hoe beter het is. Kijk, je weet voor jezelf wel dat je dan niet rookt. Maar het is tegenover de buitenwereld ook wel zo’n idee’* (vrouw, 27 jaar, CG); Voor een deelnemer van 58 jaar (EG) is de CO monitor een reminder van de rookstatus: *‘Het is eigenlijk op het moment dat je gemeten wordt. Dat je er weer aan denkt van, het is toch een stuk minder geworden. Maar je gaat er zelf ook wel een klein beetje op letten, dat je dus minder rookt.’* De aard van deze motivatie lijkt te liggen tussen enerzijds het bewijs tegenover de begeleider dat er echt niet gerookt is, en het bewijs voor de roker zelf dat het stoppen de goede kant op gaat en een positief effect bewerkstelligt.

De drie overige deelnemers zagen de CO monitor niet als een motivatie. *‘Ik heb zoiets van, dat had mij ook niet geholpen. Als ik zo’n apparaatje thuis had gehad, dan had ik ook niet zoiets van: oei. Dan had ik misschien gedacht van, nou jammer. Hij is niet zoals ie moet wezen, nou volgende week beter’* (vrouw, 56 jaar, CG); *‘Het is al vervelend genoeg. En dan moet het nog met zo’n apparaatje, en dan gaat het voor je gevoel niet snel genoeg. Ja, ik weet het niet. Het lijkt me demotiverend werken’* (man, 44 jaar, CG); *‘Nee, het is niet motiverend van ‘ik stop nu met roken’ ofzo. De motivatie is meer mijn moeder om te stoppen met roken, niet zo’n apparaat. Zo van, de waarde gaat omhoog’* (vrouw, 33 jaar, CG). Of de CO monitor motiverend of demotiverend werkt, lijkt hier vooral te maken te hebben met hoe succesvol de deelnemer is in het stoppen met roken.

3.3.7 Invloed

De vraag is wat de precieze invloed van de CO monitor is. Heeft het gebruik van de monitor nog enig effect op de stoppoging van de deelnemers? Houden de rokers de aanwezigheid van de monitor in hun achterhoofd tussen twee afspraken in? Opvallend in de reacties, is dat de deelnemers die nog weinig actief bezig zijn geweest met de monitor, wel vermoeden dat het apparaat op een bepaalde manier door zou werken in de stoppoging, met name op de motivatie. *‘Ja, misschien wel. Dat je daar rekening mee houdt, ja. Dat zou best kunnen’* (vrouw, 34 jaar, CG); *‘Ik weet niet of het anders zou verlopen. Misschien heb je dan wel het idee, dat je denkt van ‘ik kan wel een sigaret opsteken’, dat je dan denkt, ‘ja maar ik moet ook nog blazen’, en dan... Toch wel extra motivatie om het niet te doen’* (vrouw, 27 jaar, CG); *‘Ja dat soort dingen gaan meespelen. Ja, natuurlijk’* (man, 55 jaar, CG).

Dit in tegenstelling tot de deelnemers die wel al vaker met de monitor te maken hebben gehad, en die daardoor minder hypothetisch antwoorden. Zij zien geen cruciale rol voor de CO monitor binnen de stoppoging. Deze deelnemers geven expliciet aan niet minder gerookt te

hebben vanwege de aanwezigheid van de monitor binnen de Stoppen-met-roken polikliniek. *‘Het heeft niets veranderd aan het rookgedrag’* (vrouw, 33 jaar, EG); *‘Maar of ik daar nou verder bij na zat te denken, als ik misschien een sigaret aan wilde steken.. nee. Dat heb ik eigenlijk helemaal niet gehad’* (man, 40 jaar, EG); *‘Nee. Of ik het nou wel of niet had gehad, het was hetzelfde gelopen. Dit was de vierde stoppoging, en ook de laatste. Als het nu weer niet lukt, dan is het mooi geweest’* (vrouw, 56 jaar, CG); De volgende deelnemer denkt bij invloed direct aan de controlerende functie van de CO monitor. Hij geeft aan dat controle niet relevant is vanwege de vrijwillige basis van het stoppen: *‘Nee, omdat je daar niet aan denkt eigenlijk. Je denkt alleen op het moment dat je daar bent. Daar wordt ie ook gebruikt. Bij mij speelt het eigenlijk niet door. [...] je kunt wel denken van ‘ik moet minder roken want straks moet ik blazen. En dan kunnen ze me toch controleren.’ Maar het moet uit jezelf eerst komen. Als je de hele tijd met dat ding in je hoofd gaat lopen, ben je volgens mij verkeerd bezig’* (man, 58 jaar, EG). Voor deze deelnemster is de CO monitor niet relevant, omdat zij haar rookstatus hoe dan ook naar waarheid rapporteert. *‘Nee. Ik doe het hoofdzakelijk voor mijzelf. Dan speelt dat geen rol, hoor. Ik ben daar gewoon eerlijk in. Als ik gesmokkeld heb, heb ik gesmokkeld. Ik ga daar niet over liegen. Ik hou daar niet van. Dat apparaatje doet me dan niks’* (vrouw, 58 jaar, EG).

3.3.8 Acceptatie

Als laatste aspect van de CO monitor kwam naar voren in hoeverre de deelnemers het accepteren dat de monitor aanwezig is en gebruikt wordt. Aangezien alle geïnterviewden eerder al instemden in het gebruiken van de CO monitor, is het niet verrassend dat zij hier bijna allemaal positief over zijn. Enkele citaten geven duidelijk weer dat men geen problemen heeft met de monitor. *‘Goed. Geen vervelende ervaringen’* (vrouw, 32 jaar, EG); *‘Niet vervelend ofzo’* (vrouw, 27 jaar, CG); *‘Ja, vind ik prima dat er zo’n apparaat is’* (man, 61 jaar, EG); *‘En het stelt niets voor dus, je moet blazen en dat is het. Het is ook niet lastig. Nee, ik ben er positief over’* (vrouw, 34 jaar, CG); *‘Ik had er geen probleem mee. Nee’* (vrouw, 58 jaar). Slechts één deelnemster (8%) (33 jaar, EG) geeft aan de monitor niet zo’n prettige aanwezigheid te vinden: *‘Nou, ik denk dat het ook met mijn moeder te maken heeft. Vaak met haar naar het ziekenhuis, en dan moest ze ook blazen in zo’n ding. En als je met dat soort dingen in aanraking komt gaat het steeds verder, dan ga je dezelfde kant op als je moeder, weet je wel? Eng.’*

4. Discussie

Naar aanleiding van de gevonden resultaten, kunnen de onderzoeksvragen beantwoord worden. De conclusies worden gevolgd door enkele kanttekeningen, een uitgebreide discussie, en aanbevelingen voor de Stoppen-met-roken polikliniek.

- *Wat voor invloed heeft een CO monitor binnen een stoppen met roken programma op de motivatie van de roker?*

Wanneer de deelnemer gebruik maakt van de rookreductie methode, zouden zijn of haar CO waarden bij elke afspraak moeten dalen. Wanneer dit inderdaad het geval is, is er binnen de waarden een dalende lijn zichtbaar. De geïnterviewden geven aan dat dit op hen een motiverende uitwerking zou hebben. Wanneer de stoppoging echter niet succesvol verloopt, kunnen de stijgende (of niet-dalende) CO waarden een demotiverende werking hebben. Het succes van de stoppoging is dan ook belangrijk voor de mate van motivatie die van de CO monitor uitgaat.

Bovendien is deze motivatie voor geen van de deelnemers van dusdanig belang dat de stoppoging erdoor beïnvloedt wordt.

- *Wat voor invloed heeft een CO monitor binnen een stoppen met roken programma op het gevoel dat de roker gecontroleerd wordt?*

De geïnterviewden geven aan de CO monitor voornamelijk als controlemiddel te zien. Zij voelen zich dan ook gecontroleerd wanneer zij blazen. Dit is voor de meeste patiënten echter niet bezwaarlijk. Bijna alle deelnemers geven aan eerlijk te zijn in het rapporteren van de rookstatus. Hierdoor is controle voor hen persoonlijk niet relevant. Zij zien de aanwezigheid van de CO monitor waarschijnlijk als een algemeen aspect van de begeleiding, wat niet voor hen specifiek gebruikt wordt. Deze deelnemers geven aan dat controle met de monitor hen een tastbaar bewijs van succes geeft tegenover de begeleider. De patiënten die de controle wel als bedreiging ervaren, voelen zich gewantrouwd. Zij hebben minder kennis over de werking van de CO monitor, waardoor eventuele andere functies wellicht aan hen voorbij gaan. Het verstrekken van informatie over de CO monitor is voor alle deelnemers dan ook van groot belang.

Kritiekpunten

Voordat met de discussie kan worden begonnen, moeten er een aantal kanttekeningen gezet worden bij de opzet van dit onderzoek. Hoewel afname van de interviews in geen van de gevallen slecht verliep, kan het zijn dat er enkele foutjes ingeslopen zijn, in de vorm van bijvoorbeeld een sturende vraagstelling. Dit kan als gevolg hebben dat enkele reacties voortkomen uit het beeld dat de deelnemers hadden van een gewenst antwoord. Bij het schrijven van de transcripts bleek achteraf bovendien dat niet alle vragen consequent op dezelfde manier of volgorde gesteld zijn. Het ontbreken van een pilot heeft er voor gezorgd dat, gedurende de maanden dat het onderzoek liep, het interviewschema geleidelijk aan bijgestuurd werd. Het gaat hier voornamelijk om formulering van vraagstellingen. Hierdoor zijn niet aan alle deelnemers dezelfde vragen gesteld. Dit is echter geen probleem. De uiteindelijke interviews zijn globaal gezien op eenzelfde manier afgenomen, en hierbij kwamen de belangrijkste onderwerpen bij alle deelnemers aan bod. Hierdoor is het ook mogelijk om tendenties binnen de antwoorden te vinden en te bespreken.

Een ander belangrijk punt is de kleine omvang van de proefpersoneelgroep (n=12). Binnen deze groep was bovendien sprake van enkele subgroepen, zoals experimentele en controle groep en variatie in het aantal keer dat men in aanraking was gekomen met de CO monitor. De vraag is dan ook in hoeverre de huidige resultaten generaliseerbaar zijn naar een grotere populatie. Omdat het hier kwalitatief onderzoek betreft met een beperkt aantal potentiële deelnemers, kunnen de resultaten gezien worden als voorbereiding op een eventueel grootschaliger, kwantitatief experiment.

4.1 Begeleiding

Hoewel de meeste deelnemers goed te spreken zijn over de begeleiding in de Stoppen-met-roken polikliniek, zijn sommigen het niet helemaal eens met de manier waarop aan deze begeleiding vorm gegeven wordt. Enkele van deze deelnemers waren ten tijde van het interview dan ook al gestopt met de begeleiding. Het is uiteraard ook niet te verwachten dat iedereen geholpen is met de begeleiding zoals die gegeven wordt. Wel is men het er unaniem mee eens dat

de counselor zelf hun uiterste best doen, en het qua interpersoonlijke communicatie ook prima werkt. Wat persoonlijk contact betreft, heeft geen van de deelnemers negatieve opmerkingen. Zij spreken lovend over het begrip en de aandacht die zij ontvangen van de counselors. Ook bij eventuele terugvallen voelen zij zich nog altijd gesteund en gemotiveerd. Deze uitsluitend positieve feedback zou te maken kunnen hebben met social desirability bias tegenover de interviewer. Wel is geprobeerd deze bias te vermijden door duidelijk te maken dat de interviews vertrouwelijk behandeld worden, en de interviewer geen banden heeft met de Stoppen-met-roken polikliniek. Toch zijn de opmerkingen die gemaakt worden over begrip, aandacht en ondersteuning allen terug te voeren op Motivational Interviewing (MI), de gesprekstechniek waar de counselors gebruik van maken. Ook de opmerking ‘je doet het voor jezelf’ komt bij alle deelnemers terug, en is een product van deze techniek. Er kan geconcludeerd worden dat het gebruik van MI het gewenste effect bewerkstelligt, en dat de patiënten tevreden zijn met de toepassing. Het vermijden van confrontaties wordt aanbevolen binnen MI, en de patiënten zijn ook op dit vlak te spreken over de reacties van de counselors. Slechts één van de twaalf deelnemers (8%) geeft aan dat de confrontational counseling stijl op hem toegepast wordt, maar zegt dat deze techniek goed bij zijn behoeftes aansluit. Hier kan uit geconcludeerd worden dat de counselors bovendien in het oog houden wat een patiënt nodig heeft, en durven af te wijken van de gebruikte techniek wanneer dit nodig blijkt.

De rokers die stopten met de begeleiding gaven als reden vooral dat zij persoonlijk niet gebaat waren bij de manier waarop de tijd in de polikliniek ingedeeld werd. Te korte tijdsduur van de afspraken (67% van de uitvallers) is het voornaamste punt van kritiek. Wat niet duidelijk wordt uit de interviews, is wat deze deelnemers aan alternatieven voor ogen hebben. Het zou interessant zijn dit alsnog na te gaan. Toch betrekken deze rokers de uitval ook voornamelijk op zichzelf, of geven zij de indruk niet voldoende gemotiveerd te zijn geweest.

Wanneer er goede matching plaatsvindt tussen de behoeften van de deelnemer en de door de counselor gebruikte werkstijl, neemt de waargenomen effectiviteit van de begeleiding ook toe. Hoewel lang niet iedereen overtuigd is van de effectiviteit van de begeleiding, wordt zij in de meeste gevallen toch op zijn minst als een steun in de rug ervaren. Over het algemeen zijn de rokers redelijk tevreden met de begeleiding die zij ontvangen, al zien zij het niet als de cruciale factor in hun stoppoging. Wellicht vertrouwen zij toch meer op medicijnen en andere hulpmiddelen dan op mentale ondersteuning. Toch wordt de counseling wel degelijk als een steuntje in de rug gezien, als een plek waar zij onvoorwaardelijk geholpen worden in hun poging te stoppen.

4.2 Stoppoging

Elf van de twaalf deelnemers (92%) geven aan dat gezondheidsredenen, van henzelf of hun omgeving, de aanleiding zijn voor het stoppen met roken. Zij kiezen hierbij voor de begeleiding omdat eerdere, individuele stoppogingen niet succesvol bleken te zijn. Een deel van de deelnemers (58%) kiest ervoor om naast de counseling ook medicijnen of andere alternatieven (bijvoorbeeld lasertherapie) te gebruiken. Dit wordt aangemoedigd vanuit de polikliniek. Of lasertherapie succesvol is, valt te betwijfelen. Van de vier deelnemers die gebruikt maakten van dit hulpmiddel, geeft 75% aan dat zij er geen baat bij hebben gehad. Twee anderen moeten de lasertherapie nog proberen.

Zoals uit de literatuur al blijkt (Prochaska et al., 1992), is er binnen stoppogingen vaak sprake van terugval. Ook geven zeven van de twaalf deelnemers (58%) aan dat bepaalde barrières het succes van de stoppoging ondermijnen. In maar liefst 86% van deze gevallen gaat het om

stress. Opvallend is dat vooral vrouwen stress als obstakel ervaren. In sommige gevallen leiden deze barrières tot een terugval in het rookgedrag, terwijl anderen (17%) terugval rapporteren zonder aanwijsbare reden. In totaal geeft 67% van de deelnemers aan wel eens een terugval gehad te hebben (tijdens of buiten de begeleiding om).

Wat vrijwel alle geïnterviewden als belangrijk punt ter sprake brachten, is dat zij het stoppen voor zichzelf doen, en niet voor de begeleiders. Dit is, zoals gezegd, een product van MI. Dit inzicht zorgt er waarschijnlijk ook voor vrijwel alle deelnemers (92%) zeggen altijd eerlijk over het rookgedrag geweest te zijn tegenover de begeleiding. Dit is niet verwonderlijk, omdat de deelnemers zich op eigen initiatief moeten melden bij de Stoppen-met-roken polikliniek, en ze gemotiveerd zijn om te stoppen met roken bij de start van het programma. Uit de literatuur bleek dat er binnen de polikliniek bepaalde factoren aanwezig waren die misleiding in de hand kunnen werken. Het gaat hier om de aanwezigheid van een begeleider die zich inzet voor de deelnemer, de afwezigheid van anonimiteit, zelfrapportage, een gevoelig onderwerp, en in sommige gevallen een medische reden voor de stoppoging. In deze situatie lijkt het persoonlijke belang van stoppen met roken echter op te wegen tegen de factoren die misleiding in de hand werken. Het is hier de vraag of sociale wenselijkheid een rol heeft gespeeld in de antwoorden die men geeft. Bovendien is het totale aantal deelnemers te klein om te kunnen generaliseren naar de populatie binnen de polikliniek. Of het percentage misleiders binnen deze populatie daadwerkelijk zo klein is, kan niet met zekerheid gezegd worden.

4.3 CO Monitor

Wanneer een roker direct stopt met roken, kan er slechts één keer een verschil aangewezen worden in behaalde CO-waarde (er vanuit gaande dat de roker geen terugval heeft). Rokers die hun sigarettenverbruik afbouwen, kunnen bij elke afspraak het positieve effect op de monitor zien. Zij geven zelf ook aan dat dit wel degelijk motiverend werkt. Met de monitor hebben ze niet alleen een tastbaar bewijs dat hun rookgedrag de goede kant op gaat, het is ook een extra motivatie om elke keer toch weer een lagere waarde te behalen. Hier kan uit geconcludeerd worden dat de CO monitor vooral een motiverende werking heeft wanneer de patiënt gebruik maakt van de rookreductie methode. Wel moet rekening gehouden worden met hoe goed de stoppoging verloopt. Enkele rokers geven aan dat zij de waardes juist als demotiverend zouden zien, wanneer deze iedere keer zouden stijgen (of in ieder geval niet dalen).

De algehele tendens is echter om de CO monitor vooral te zien als extra hulpmiddel voor de counselors. In principe zou dit gezien kunnen worden als een vorm van controle, maar verrassend genoeg betrekken de meeste deelnemers deze functie niet op hen persoonlijk. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat bijna alle deelnemers zeggen eerlijk te zijn over hun rookgedrag. Omdat zij toegeven wanneer er (teveel) gerookt is, is controle voor hen persoonlijk niet relevant. Met behulp van de monitor kunnen de rokers tegenover hun begeleider bewijzen dat zij echt geminderd of gestopt zijn. Dit blijkt voor veel deelnemers een belangrijk aspect te zijn. In dit opzicht is de CO monitor ook van belang voor de patiënt zelf. De meeste deelnemers zeggen te denken dat andere rokers minder eerlijk zijn over de hoeveelheid sigaretten die zij roken. Dit verklaart wellicht waarom er maar weinig vraagtekens gezet worden bij het gebruik van de CO monitor als controlemiddel – men ziet dit als een algemeen aspect van de begeleiding, niet iets dat voor hen specifiek gebruikt wordt. Er zijn ook slechts enkele deelnemers die het gevoel krijgen niet vertrouwd te worden, al is het wel belangrijk op te merken dat deze mensen er zijn. Juist vanwege de kans dat men zich als een klein kind behandeld voelt, is het belangrijk om de rokers die in aanraking komen met de CO monitor, goed voor te lichten.

Het feit dat sommige deelnemers zich op de vingers getikt voelen, ligt aan de CO monitor zelf, niet aan de begeleiders. De counselors binnen de Stoppen-met-roken polikliniek hebben goed door hoe zij het best kunnen reageren op de waardes die de rokers halen. Wanneer deze waarde goed is, reageren zij enthousiast en geven de roker op die manier een goed gevoel over zichzelf en de stoppoging. Bij een minder goede waarde, geven zij de deelnemers over het algemeen niet het gevoel dat hen dit kwalijk genomen wordt. Zij confronteren de patiënt niet. In plaats daarvan proberen zij hen opnieuw te motiveren om vooral niet verder terug te vallen, maar juist de draad weer op te pikken. De deelnemers zeggen deze methode (die voortvloeit uit MI) te waarderen. Bovendien zouden zij het niet tolereren wanneer een hoge waarde hen kwalijk genomen werd. Zoals vaak terugkomt in de interviews, stoppen zij voor zichzelf en niet voor de begeleider. Daarom willen zij niet het gevoel krijgen dat ze iets niet goed doen in de ogen van hun counselor. De vraag is wat er gebeurt wanneer een patiënt een hoge CO waarde haalt, maar ontkent te hebben gerookt. Om de vertrouwensband tussen counselor en roker te waarborgen, lijkt het verstandig dat de counselor vasthoudt aan het principe van MI, en de deelnemer hier verder niet mee geconfronteerd wordt.

Zoals hierboven al gezegd, blijkt goede voorlichting over het gebruik van de CO monitor erg belangrijk te zijn voor eventuele extra motivatie en waargenomen nut. De deelnemers uit de controle groep kregen vrijwel geen informatie over de werking van de monitor, en wisten derhalve niet precies waarvoor deze gebruikt werd. Vanwege dit gebrek aan informatie waren zij bovendien niet echt bezig met de CO monitor, en geven zij aan geen behoefte te hebben aan extra voorlichting. Deelnemers uit de experimentele groep kregen wel informatie, en konden daardoor meer betekenis halen uit de waardes die zij hadden. Wel moet gezegd worden dat ook de deelnemers die voorlichting kregen, deze informatie bijna nooit volledig onthielden. De extra informatie zorgt ervoor dat men op een zinvolle manier na kan denken over de CO monitor, het blazen, en de eventuele consequenties hiervan. Het is wederom geen verrassing dat de aanwezigheid van een CO monitor op de polikliniek zinvoller en betekenisvoller is, wanneer de deelnemers precies weten waar deze voor gebruikt wordt. Het lijkt van belang te zijn dat alle rokers die in aanraking komen met de monitor, goed uitgelegd wordt wat dit betekent. Omdat de meeste deelnemers niet doorhebben dat zij geen correct beeld hebben van de monitor, is het ook belangrijk om goed te peilen of de rokers daadwerkelijk de correcte informatie opslaan.

Uiteraard wordt de CO monitor niet door iedere roker als positief gezien. Sommigen geven aan dat zij de controle wel degelijk als een vorm van wantrouwen beschouwen, en worden liever niet op een dergelijke manier behandeld. De vraag is wat eventuele andere rokers van de CO monitor vinden wanneer zij volledig geïnformeerd worden over de werking en functie van het apparaat. Al met al lijkt de aanwezigheid van een CO monitor geen cruciale rol te spelen binnen de begeleiding. De deelnemers geven wel aan dat de aanwezigheid van de CO monitor er niet voor zorgt dat de stoppoging anders verloopt. Eén deelnemer gaf aan eerlijk te zijn vanwege de monitor, en dat is in principe al reden genoeg om de rokers toch te controleren. Verder lijkt de CO monitor vooral een leuk extra hulpmiddel te zijn voor de rokers die er geen moeite mee hebben gecontroleerd te worden. Een meerderheid van de deelnemers geeft aan dat zij de aanwezigheid van een CO monitor als nuttig zou beschouwen wanneer deze consequent vanaf de eerste afspraak in gebruik genomen wordt. Deze waarneming is geen verrassing. De meeste deelnemers hebben slechts enkele keren geblazen, en kunnen daarom minder makkelijk een lijn ontdekken in hun CO-waardes. Wanneer er sprake is van een beginwaarde, dus een meting bij de allereerste afspraak, kunnen alle daaropvolgende waardes hier tegen afgezet worden. Op deze manier zeggen de waardes veel meer over het verloop van de stoppoging. Het zou interessant zijn

te kijken naar een eventuele nieuwe lichting ‘stoppers’ die op deze manier in aanraking komen met de CO monitor.

4.4 Aanbevelingen

Moet de Stoppen-met-roken polikliniek nu wel of niet vasthouden aan het gebruik van de CO monitor? Uit dit onderzoek blijkt dat de monitor bij geen van de deelnemers een cruciale rol inneemt binnen de stoppoging. Zij zijn echter wel te spreken over de aanwezigheid van het apparaat. Wanneer de behaalde CO waardes dalen, blijkt dit een positieve uitwerking te hebben op de motivatie van de roker. Het gevoel dat men gecontroleerd wordt, neemt af naar mate de deelnemers meer correcte informatie over de monitor ontvangen. Bovendien ziet slechts een deel van de deelnemers de controle als vervelend. De meerderheid van de patiënten geeft aan de rookstatus naar waarheid te rapporteren, wat betekent dat zij van controle niets te vrezen hebben. Hierdoor ziet de roker de behaalde waardes ook als een bewijs van hun succes tegenover de counselor. Ook al geeft geen van de deelnemers aan dat de CO monitor invloed uitoefent op de stoppoging, denken zij wel dat deze meer stimulerend zou werken wanneer zij vanaf de eerste afspraak consequent gebruikt wordt.

De aanbeveling voor de Stoppen-met-roken polikliniek is dan ook om de CO monitor te blijven gebruiken binnen de begeleiding. Als een nieuwe patiënt volledig ingelicht wordt over de werking en functie van de monitor, kan hij of zij zelf beslissen of dit als een zinvolle toevoeging aan het programma wordt gezien. Het valt aan te bevelen om de CO monitor vooral als feedbackinstrument te profileren. De patiënt zal hier zelf uit kunnen afleiding dat de counselor op deze manier ook inzicht heeft in het rookgedrag. Het gebruik van de monitor is voor patiënten die voor de rookreductie methode kiezen, op de lange termijn waarschijnlijk zinvoller. Patiënten die direct stoppen met roken, kunnen met behulp van de CO monitor wel het directe effect van succesvol stoppen zien. Het zal moeten blijken of een consequent gebruik de werking van de CO monitor beïnvloedt of wellicht versterkt. Voor alle patiënten die geen moeite hebben met controle, geldt in ieder geval: baat het niet, dan schaadt het niet.

Referenties

- Babbie, E. (2007). *The practice of social research*. Belmont: Thompson Wadsworth. Eleventh edition.
- Curry, S.J., Grothaus, L., McBride, C. (1997). Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 727-739.
- From Attebring, M., Herlitz, J., Berndt, A.K., Karlsson, T. & Hjalmarson, A. (2001). Are patients truthful about their smoking habits? A validation of self-report about smoking cessation with biochemical markers of smoking activity amongst patients with ischaemic heart disease. *Journal of Internal Medicine*, 249, 145-151.
- Gilbert, D.D. (1993) Chemical analyses as validators in smoking cessation programs. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 295-307.
- Glasgow, R.E., Mullooly, J.P., Vogt, T. M., Stevens, V.J., Lichtenstein, E., Hollis, J.F., Lando, H.A., Severson, H.H., Pearson, K.A. & Vogt, M.R. (1993). Biochemical validation of smoking status: pros, cons and data from four low-intensity intervention trials. *Addictive Behaviours*, 18, 511-527.
- Horan, J.J., Hackett, G. Linberg, S.E. (1978). Factors to consider when using expired air carbon monoxide in smoking assessment. *Addictive Behaviours*, 3, 25-28.
- Jamrozik, K., Vessey, M., Fowler, G. (1984) Controlled trial of three different anti-smoking interventions in general practice. *British Medical Journal*, 288, 1499-1502.
- Jarvis, M., Tunstall-Pedoe, H., Feyerabend, C., Vesey, C. & Salloojee, Y. (1984). Biochemical markers of smoke absorption and self reported exposure to passive smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38, 335-339.
- Jarvis, M.J., Tunstall-Pedoe, H., Feyerabend, C., Vesey, C. & Saloojee, Y. (1987). Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *American Journal of Public Health*, 77, 1435-1438.
- King, M.F. & Bruner, G.C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing*, 17 (2), 79-103.
- Middleton, E.T. & Morice, A.H. (2000). Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Clinical Investigations*, 117, 758-763.
- Miller W.R. & Rollnick, S. (Ed.). (2002). *Motivation Interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

- Murray, D.M., O'Connell, C.M., Schmidt, L.A. & Perry, C.L. (1987) The validity of smoking self-reports by adolescents: a reexamination of the bogus pipeline procedure. *Addictive Behavior*, 12, 7-15.
- Murray, R.P., Connett, J.E., Lauger, G.G. & Voelker, H.T. (1993). Error in smoking measures: effects of intervention on relations of cotinine and carbon monoxide to self-reported smoking. *American Journal of Public Health*, 83, 1251-1257.
- Patrick, D.L., Cheadle, A., Thompson, D.C., Diehr, P., Koepsell, T. & Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: A review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 84, 1086-1093.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. en Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47, 1102-1114.
- Secker-Walker, R.H., Vacek, P.M., Flynn, B.S. & Mead, P.B. (1997). Exhaled carbon monoxide and urinary cotinine as measures of smoking in pregnancy. *Addictive Behaviors*, 22, 671-684.
- Sillett, R.W., Wilson, M.B., Malcolm, R.E. & Ball, K.P. (1978). Deception among smokers. *British Medical Journal*, 2, 1185-1186.
- Stevens, K.R. & Munoz, L.R. (2004) Cigarette smoking: evidence to guide measurement. *Research in Nursing & Health*, 27, 281-292.
- US Dept of Health and Human Services (1989) *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the surgeon general*. Washington, DC. DHHS Publication CDC 89-8411.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S. & Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111 (1), 23-41.
- Weissfield, J.L., Holloway, J.J. & Korschot, J.P. (1989). Effects of deceptive self-reports of quitting on the results of treatment trials for smoking: A quantitative assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 4, 231-243.
- Willemsen, M.C., Wagena, E.J. & van Schayk, C.P. (2003). De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: Een systematische review op basis van Cochrane gegevens. *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde*, 147 (19), 922-927.
- Windsor, R.A., Boyd, N.R. & Orleans, C.T. (1998). A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: Improving the science and art. *Health Education Research*, 13, 419-438.

Bijlage: Interviewschema

Enkele van de vragen gaan er vanuit dat er na afloop van het onderzoek nog verder gebruik is gemaakt van de CO monitor. Indien de respondent aangeeft dat dit niet het geval is, moeten deze vragen in hypothetische vorm gesteld worden. De vetgedrukte vragen zijn de hoofdvragen, die hopelijk door middel van vrije associatie ruim beantwoord kunnen worden. De andere vragen dienen als back-up.

A. Inleiding

A.1 Welkom

Hallo en ten eerste bedankt voor uw medewerking aan dit interview. Ik ben Roos Blokker en ik studeer Psychologie aan de Universiteit Twente. Binnen het thema Veiligheid & Gezondheid doe ik een onderzoek om mijn diploma te kunnen halen.

A.2 Doel

Ik heb u benaderd voor dit interview vanwege uw deelname aan het stoppen met roken programma van Medisch Spectrum Twente. Onderzoek doen naar de werking van de CO monitor, het apparaatje waar u ook gebruik van heeft gemaakt. **[laten zien]** Hier zal ik u een aantal vragen over stellen.

A.3 Duur

Interview duurt ongeveer een half uur. Het is niet erg als we uitlopen, dus voelt u zich vooral niet gehaast.

A.4 Opname

Heeft u er bezwaar tegen wanneer het interview wordt opgenomen met deze taperecorder, zodat ik de antwoorden achteraf uit kan schrijven? Als dit gebeurt is, wordt de tape vernietigd. De antwoorden die u geeft worden anoniem behandeld. Er wordt wel doorgegeven aan de counselors dat u mee heeft gedaan aan het interview zodat zij mogelijke vragen van uw kant kunnen beantwoorden, maar zij weten niet wat u heeft gezegd.

A.5 Vragen?

Er zijn geen goede of slechte antwoorden, u mag gewoon zeggen wat er in u opkomt. Heeft u nog vragen of opmerkingen?

B. CO monitor – Kennis

Het interview zal gaan over de CO monitor. Dit is een apparaatje waar u als het goed is een aantal keer in heeft geblazen tijdens uw sessies met de begeleider. Ik wil u graag wat vragen stellen over dit apparaat.

B.1 Zou u mij als eerste alles kunnen vertellen wat u weet over dit apparaat?

- Functie
- Werking
- Waartoe dient het?
- Wat betekenen de waardes?

B.2 Heeft de counselor u duidelijk uitgelegd waar het apparaat voor dient?

Wat heeft zij gezegd?

B.2.1 Zo ja, moest u zelf om deze uitleg vragen?

B.2.2 Zo nee, heeft u om uitleg gevraagd?

B.3 Indien u niet om uitleg gevraagd hebt, waarom heeft u dit dan niet gedaan? Kunt u hier een specifieke reden voor aangeven?

B.4 Was er informatie die u miste?

B.4.1 Zo ja, kunt u aangeven welke informatie dit was?

B.5 Wist u van te voren wat u kon verwachten van het apparaat?

C. CO monitor – Ervaringen en invloed

De CO monitor meet de hoeveelheid carbon monoxide in de uitgeademde lucht. Dit gehalte geeft aan hoeveel sigaretten er ongeveer gerookt zijn in de afgelopen 24 uur.

C.1 Hoe hebt u het gebruik en de aanwezigheid van de CO monitor ervaren?

(bijvoorbeeld – negatief of positief/ enthousiast)

(bij het blazen – vervelend/niet vervelend of leuk/niet boeiend)

C.2 Wat was uw eerste gedachte toen u verteld werd over de CO meting?

C.3 Wat vindt u van de CO meting binnen het stoppen-met-roken programma?

C.3.1 Ziet u de meting als meer motiverend of als meer controlerend?

C.3.2 Waarom ziet u dit zo? En hoe voelt u zich daarbij?

C.4 Ziet u de CO monitor op dit moment als nuttig binnen uw begeleiding?

C.4.1 Zo ja, wat vindt u er dan nuttig aan?

C.4.2 Zo nee, waarom vindt u de monitor niet nuttig?

- C.4.2.1** Kunt u zich een situatie voorstellen waarin de monitor voor u persoonlijk wel als nuttig wordt ervaren?
- C.5** Heeft de CO meting invloed op uw stoppoging?
- C.5.1** Zo ja, wat voor invloed is dit?
- C.5.1.1** Hoe voelt u zich hierbij?
- C.5.2** Zo nee, kunt u aangeven waarom niet?
- C.6** Denkt u dat de stoppoging anders verlopen was als de meting niet gedaan werd?
- C.6.1** Zo ja, hoe was de poging dan verlopen volgens u?
- C.6.2** Zo nee, waarom denkt u van niet?
- C.7** **Voordat ik verder ga met de vragen, zou ik graag willen weten wat tot nu toe uw algemene indruk is van uw begeleiding bij de Stoppen met roken polikliniek. Kunt u daar iets over vertellen?**
Hoe ervaart u het? Begeleiders? Hulp?

D. CO monitor als controle en motivatie

Dan nu een paar vragen die gaan over de controlerende en de motiverende functie van de CO monitor.

- D.1** **Kunt u aangeven of het apparaat uw motivatie verandert en zo ja, op welke manier?**
Waarom is dit zo? Gevoel bij hoge/lage waardes?
- D.2** **Kunt u aangeven of het apparaat u het gevoel geeft dat u gecontroleerd wordt en zo ja, waarom heeft u dat gevoel?** Invloed begeleider?
- D.2.1** Wat vindt u hiervan?
- D.3** Speelt de gedachte aan de CO meting wel eens een rol wanneer u het moeilijk heeft met niet roken? Wanneer?
- D.4** **Hoe behandelt uw begeleider de uitslagen van het apparaat?**
- D.5** **Heeft u wel eens gerookt terwijl u dit eigenlijk niet wilde?**
(Indien niet, stel je de volgende vragen als hypothetisch: Stel u voor dat dit toch gebeurd zou zijn, zou u hier dan eerlijk over zijn of niet?)
- D.6** **Hoe ging u hier mee om tijdens de bijeenkomst met de begeleider?**
- D.6** Was u hier eerlijk over tegen de begeleider?
- D.6.1** Zo ja, hoe voelde u zich daarbij?
- D.6.1.1** Hoe vond u het om dit toe te geven?

