

# Communiceren leidt tot produceren

*Onderzoek naar de werking van externe communicatie op patiëntenstroom*



*Afstudeeropdracht voor de Stoppen met roken poli van het  
Medisch Spectrum Twente*

# Communiceren leidt tot produceren

*Onderzoek naar de werking van externe communicatie op patiëntenstroom*

***Geschreven door:***

**Marnix Geesing**

***Afstudeerscriptie voor de opleiding***

**Toegepaste Communicatiewetenschap**

**Universiteit Twente, Enschede**

**in opdracht van de Stoppen met roken poli en het Medisch Spectrum Twente**

**1<sup>e</sup> begeleider: Dr. M.E. Pieterse**

**2<sup>e</sup> begeleider: Dr. L.C.A. Christenhusz**

## Voorwoord

Na mijn HBO diploma in 2004 kreeg ik het idee dat ik nog niet klaar was met studeren. Er was nog geen behoefte om fulltime te gaan werken, want van de vrije tijd kon ik nog geen afscheid nemen. De keuze voor de masteropleiding van Toegepaste Communicatiewetenschap was snel gemaakt, aangezien de studie veel raakvlakken heeft met mijn vorige studie en ik de studie in Enschede kon volgen.

Het niveau van de studie gaf enkele opstartproblemen, maar na een paar weken aanpassen was de draad snel weer opgepakt. In september van dit studiejaar kon ik beginnen aan mijn master-theses. Na een valse start in Utrecht ben ik in januari terecht gekomen bij de Stoppen met roken poli van het Medisch Spectrum Twente. Tijdens mijn eerste gesprek werd ik overdonderd door enthousiaste ideeën over de toekomst van de Stoppen met roken poli, waardoor ik meteen wist dat dit de perfecte afstudeeropdracht zou worden.

Tijdens het afstuderen heb ik een goede indruk gekregen het bedrijfsleven. De kennis die ik met mijn studie heb opgedaan heb ik goed kunnen toepassen in mijn afstudeerperiode. Dit heb ik niet alleen gedaan en wil daarom van het voorwoord gebruik maken alle mensen die mij geholpen hebben te bedanken voor hun bijdrage.

Als eerste wil ik mijn vriendin Marije en mijn familie bedanken voor alle hulp en steun tijdens mijn afstudeerperiode en de tijd die hieraan vooraf ging. Verder wil ik Lieke Christenhusz en Marcel Pieterse bedanken voor de goede hulp en begeleiding tijdens mijn afstudeerperiode. Van het Medisch Spectrum Twente wil ik vooral Paul van der Valk, Marcel Penterman en Job van der Palen bedanken voor de hulp en begeleiding vanuit het ziekenhuis. De verpleegkundigen wil ik ook bedanken voor de samenwerking en hun aanstekelijke enthousiasme, dit heeft veel invloed gehad op mijn motivatie! Tenslotte wil ik iedereen bedanken die ik vergeten ben, maar die wel een bijdrage hebben geleverd aan de afstudeeropdracht.



## Inhoudsopgave

	Voorwoord	2
	Abstract	5
	Samenvatting	6
1.	Achtergrond	7
1.1	Roken in de samenleving	7
1.2	Stoppen met roken	8
1.3	Mogelijkheden om te stoppen met roken	10
1.3.1	De interventiestrategie van de Stoppen met roken poli	11
2.	Marketing en communicatie	12
2.1	Informatie door middel van communicatie	12
2.2	Gezondheidsvoorlichting	13
2.3	Doelgroepkeuze	15
2.4	Naamsbekendheid en imago spelen een rol bij communicatie	16
2.5	Onderzoeksvragen	18
2.6	Marketingcommunicatiemiddelen	18
3.	Methode van onderzoek	20
3.1	Methode vooronderzoek	20
3.2	Methode effectmeting	22
3.2.1	Populatie	22
3.2.2	Verdeling huisartsen in test- en controlegroep	23
3.3	Design	23
3.4	Eindmeting onderzoek	24
3.5	Data-analyse	25
4.	Resultaten	26
4.1	Hypothese 1	26
4.2	Hypothese 2	27
4.3	Hypothese 3	28
4.4	Overige resultaten	29



5.	Discussie en conclusie	34
	Referenties	38
	Bijlage I Informatiebrief	I
	Bijlage II Poster	III
	Bijlage III Patiëntenbrochure	V
	Bijlage IV Survey	VIII

## **Abstract**

### ***Background***

The Stoppen met roken poli of the Medisch Spectrum Twente is an institution that gives accompaniment to people who are willing to quit smoking. The intake of patients exists at this moment especially from patients who are referred within the hospital to the institution. By means of external communication to general practitioners the institution wants reach also other people, to generate an external intake of patients this way. By this external intake of patients the Stoppen met roken poli will not be depending on the internal intake of patients in the future.

### ***Objective***

The aim of the research is to raise the intake of patients for the Stoppen met roken poli by means of external communication.

### ***Method***

To measure an objective impact of the intervention a qualitative preliminary analysis has been done to develop an information letter and a patient brochure. By means of a controlled study the intervention has been introduced and the impact of image and patient intake has been measured. The final measurement has been done by means of a survey under all general practitioners in Enschede, Boekelo and Glanerbrug

### ***Results***

The results of the survey have shown that marketing communication leads to a better image. On this part of the research a significant difference has been found between the test group and the control group, the test group in this case has received the information letter and the patient brochures. The knowledge concerning the Stoppen met roken poli does not increase significantly, although a difference has been measured between the test group and the control group. The impact of the intervention on the intake of patients has appeared not significant after the measurement.

### ***Conclusion***

Introducing a communication plan leads to a change of the intention and the image, but introducing a communication plan does not lead directly to a larger intake of patients

## **Samenvatting**

### ***Achtergrond***

De Stoppen met roken poli van het Medisch Spectrum Twente is een poli die begeleiding geeft aan mensen die willen stoppen met roken. De instroom van patiënten bestaat op dit moment vooral uit patiënten die binnen het ziekenhuis worden doorgestuurd naar de poli. Door middel van externe communicatie naar huisartsen wil de poli ook andere mensen bereiken, om op deze manier een externe instroom van patiënten te genereren. Door deze externe instroom van patiënten zal de Stoppen met roken poli in de toekomst niet afhankelijk zijn van de interne instroom van patiënten.

### ***Doel***

Het doel van het onderzoek is door middel van externe communicatie de instroom van patiënten voor de Stoppen met roken poli te verhogen.

### ***Methode***

Om een objectief effect van de interventie te meten is een kwalitatief vooronderzoek gedaan om een informatiebrief en patiëntenbrochure te ontwikkelen. Door middel van een gecontroleerde studie is de interventie ingevoerd bij huisartsen en het effect op het gebied van imago en patiënteninstroom gemeten. De eindmeting is gedaan door middel van een survey onder alle huisartsen in Enschede, Boekelo en Glanerbrug.

### ***Resultaten***

Uit de survey is naar voren gekomen dat marketingcommunicatie leidt tot een beter imago. Op dit onderdeel is een significant verschil gevonden tussen de testgroep en de controlegroep, waarbij de testgroep de informatiebrief en de patiëntenbrochures heeft ontvangen. De kennis over de Stoppen met roken poli neemt daarentegen niet significant toe, toch is hier wel een verschil gemeten tussen de testgroep en de controlegroep. Het effect van de interventie op de instroom van patiënten is na de meting niet significant gebleken.

### ***Conclusies***

Het invoeren van een communicatieplan leidt tot een verandering van de intentie en het imago voor huisartsen, maar het invoeren van een communicatieplan leidt niet direct tot een grotere instroom van patiënten.

## 1. Achtergrond

### 1.1 Roken in de samenleving

Roken blijft de grootste te voorkomen oorzaak van de dood in de westerse landen (Peto, Lopez, Boreham, Thun, Heath & Doll, 1996). Daarbij is roken tevens verreweg de grootste oorzaak voor het krijgen van Chronic Obstructive Pulmonary Disease, ofwel COPD. Deze rokersziekte is vervolgens een van de grootste oorzaken van gezondheidsproblemen en ook zelfs de dood (Calverley & Walker, 2003). Veel rokende mensen hebben meer kleine en grote gezondheidsklachten dan niet-rokers (Doll & Crofton, 1996). Om deze klachten te voorkomen of te minimaliseren is het noodzakelijk om te stoppen met roken. Indien men stopt met roken zal het risico voor vroegtijdig overlijden dalen en zal de huidige en toekomstige gezondheid sterk verbeteren (Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2004). Onder andere Becker, Grossman en Murphy (1994) hebben aangetoond dat roken een verslavende werking heeft, mede daardoor is het niet eenvoudig om zomaar te stoppen met roken.

Uit onderzoek van Stivoro, opgenomen in het jaarverslag van 2004, blijkt dat 27,9 procent van de Nederlanders roken. In ditzelfde jaar is net als in voorgaande jaren een daling geconstateerd van de groep rokers in Nederland. In 2004 zijn er ongeveer twee procent minder rokers dan in 2003. Het roken is daarnaast ook minder populair geworden. De verkoop van sigaretten en kerftabak ondersteunen deze constatering, aangezien de totale verkoop sterk gedaald is in 2004. Het rookverbod op de werkplek, in openbare gebouwen en ruimtes, de accijnsverhogingen en de massale stoppen-met-roken campagnes hebben waarschijnlijk samen bijgedragen aan deze ontwikkelingen (Stivoro, 2005).

Om de daling in de groep rokers door te zetten is de overheid enkele jaren geleden gestart met een ontmoedigingsbeleid op het gebied van roken. Hierbij voert de overheid steeds meer maatregelen in om de roker bewust te maken van de slechte eigenschappen, maar ook om mensen minder mogelijkheden te geven om te kunnen roken. Een van de maatregelen om het roken te ontmoedigen is het terugdringen van het aantal verkooppunten van tabak. Sinds 1 januari 2003 is het verboden om rookwaren te verkopen in overheidsinstellingen en overheidsbedrijven. Het verbod op verkoop van tabak voor instellingen die het algemeen belang dienen, zoals ziekenhuizen, gesubsidieerde sportaccommodaties, jeugdhonken, bibliotheken en scholen was daarvoor reeds van kracht. Ook verkoop via tabaksautomaten is in



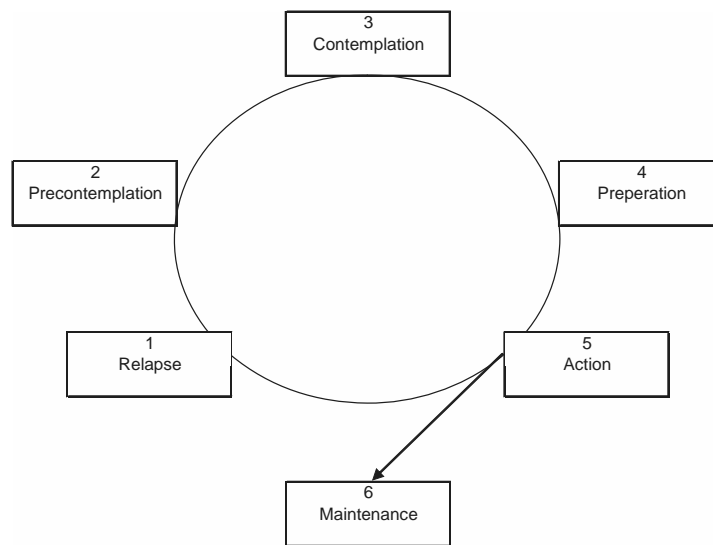


deze instellingen verboden (Stivoro, 2006). Gezien de ontwikkeling in de samenleving op het gebied van roken is het belangrijk om als Stoppen met roken poli aandacht te krijgen van de groep rokers die van hun rookverslaving af willen komen.

## 1.2 Stoppen met roken

Elk jaar doen ongeveer één miljoen mensen een poging om te stoppen met roken. Gemiddeld is slechts 10% van deze groep na een jaar nog steeds gestopt met roken. Er zijn veel manieren om te stoppen met roken en de resultaten van deze methoden lopen nogal uiteen (van den Berkmortel, Bootsma, Heijdra, van Spiegel en Wollersheim, 2000; van den Brink, 2000). De longarts adviseert patiënten veelvuldig om te stoppen met roken. Het effect hiervan is minimaal. Vooral patiënten met de rokersziekte COPD hebben een grote mate van nicotineafhankelijkheid (Jimenez-Ruiz, Masa, Miravittles, Gabriel, Viejo, Villasante en Sobradillo 2001), waardoor het stoppen met roken erg moeilijk is. Door de nicotineafhankelijkheid ontstaan bij het stoppen vaak ontweningsverschijnselen. Hierbij moeten rokers eigenlijk leren om te functioneren zonder de invloeden van het roken (Zeeman, 1999). Dit is tevens de reden waarom veel patiënten veel mislukte stoppogingen achter de rug hebben. Toch kan volgens Zeeman (1999) elke mislukte poging een stap in de goede richting zijn. Van vorige ervaringen kan worden geleerd en zodoende kunnen valkuilen uit vorige pogingen worden vermeden.

Deze stoppen met roken fasen kunnen in een model worden geplaatst waarbij veranderingen in verschillende stages worden weergegeven. In het Transtheoretisch 'Stages-of-Change' model van Prochaska en DiClemente (1983) kan de Stoppen met roken fase worden geïntegreerd. Het model bestaat uit een cyclische opeenvolging van fasen (stages) van gedragsverandering waarin de stoppers zich bevinden.



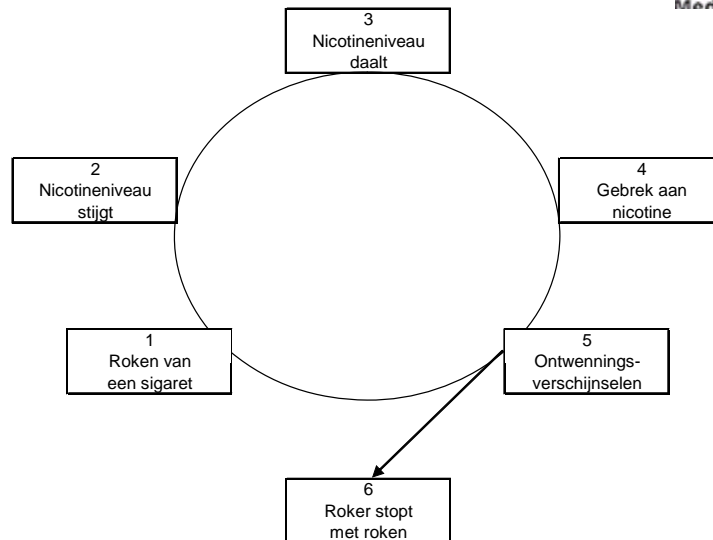
Figuur 1. Stages-of-Change, Prochaska en DiClemente (1983)

In het bovenstaande figuur zijn de processen weergegeven volgens het Stages-of-Change model van Prochaska en DiClemente (1983).

Om duidelijkheid te geven over het model kan elke fase als volgt worden ingevuld (Prochaska en DiClemente, 1983; Pieterse, 1999):

1. Relapse: De stoppoging mislukt door verschillende oorzaken en de roker zal hierdoor terug vallen in een van de eerste drie fasen.
2. Precontemplation: De roker overweegt nog niet om te stoppen, er is nog geen aandacht voor het veranderen van het gedrag.
3. Contemplation: De roker weet dat een gedragsverandering gewenst is, maar is er nog niet klaar voor.
4. Preparation: Er vindt een intentieverandering plaats. De roker is van plan of in de nabije toekomst te stoppen met roken.
5. Action: De daadwerkelijke stoppoging wordt ondernomen.
6. Maintenance: De roker houdt het niet-roken op lange termijn vol.

Een dergelijk model zou ook passen bij de werking van nicotineverslaving. Zeeman (1999) heeft de werking van nicotine ook weergegeven in een cirkelmodel. Een deel van dit model zou als onderdeel kunnen worden gezien van het grotere Stages-of-Change model en wel onder punt 5, waarbij de roker daadwerkelijk zal proberen te stoppen met roken. Het tweede deel van dit model, met de punten 4 tot en met 6 kunnen worden gezien als de actie die de roker neemt om te stoppen. De stappen 1 tot en met 3 vallen dan onder 'relapse' van het Stages-of-Change model.



Figuur 2. Stoppen met roken fasen, Zeeman (1999)

In het figuur hierboven zijn de stages van het model van Prochaska en DiClemente (1983) ingevuld naar aanleiding van de werking van nicotine. Terugval is een groot probleem met bijna alle soorten van interventies om gezondheidsproblemen te voorkomen. Het proces dat bijdraagt aan de terugval wordt vaak niet helemaal begrepen (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986). Ditzelfde geldt ook voor het stoppen met roken. Er zijn veel factoren afhankelijk die ervoor kunnen zorgen dat mensen weer terugvallen in het oude patroon, waardoor ze weer gaan roken. Om dit probleem beter te begrijpen zijn verschillende strategieën om terugval te voorkomen geëvalueerd (Curry & MCBride, 1994). Indien de roker deze vicieuze cirkel kan doorbreken en niet terug valt in het oude patroon, is het stoppen met roken een feit.

### 1.3 Mogelijkheden om te stoppen met roken

Jaarlijks proberen ruim 70.000 Nederlanders te stoppen met roken, maar helaas is het niet gemakkelijk om als roker uit de vicieuze cirkel van rookverslaving te stappen. Zonder hulp of na alleen een stopadvies slaagt slechts twee procent van de mensen. Dit percentage is erg laag aangezien er vele factoren, zowel psychisch als sociaal, een rol spelen bij het stopproces (Tromp en Weijers, 2001). In de afgelopen jaren zijn daarom veel therapeutische mogelijkheden op het gebied van stoppen met roken onderzocht. De methoden die het meeste voorkomen, zijn de methoden waarbij advies, ondersteuning en begeleiding, het gebruik van antidepressiva zoals bupropion (Zyban) en het gebruik van nicotinevervangers wordt aangeboden. Nicotinevervangers hebben een significante groei van onthouding laten zien bij rokers die proberen te stoppen (Silagy, Lancaster, Stead, Mant & Fowler, 2001). Er



zijn op dit moment verschillende nicotinevervangers beschikbaar bij een apotheek of drogist. Enkele voorbeelden hiervan zijn; nicotine kauwgom, nicotine pleisters, nicotine spray en nicotine inhalators. Verder zijn er ook nog een aantal alternatieve methoden, zoals een laserbehandeling, acupunctuur en verschillende trainingsdagen volgens bijvoorbeeld Allen Carr. Met deze beschikbare keuze dienen rokers duidelijke en objectieve informatie te krijgen over het product of dienst. Elke methode is op zijn beurt effectief, het is aan de patiënt om te zien welke methode het beste past.

### 1.3.1 De Interventie Strategie van de Stoppen met roken poli

Er zijn veel strategieën om ziekten te voorkomen en gezondheid te promoten. Deze strategieën kunnen worden ingedeeld in een programma dat individueel gefocust is tot programma's die zich richten op grote groepen mensen (Winnett, King & Altman, 1989). Hieraan voegt Nemcek (1990) toe dat het beschermen van een goede gezondheid effectiever en goedkoper is dan het genezen van mogelijke ziekten. Hierdoor is een preventieprogramma of een promotiecampagne op het gebied van gezondheid een effectieve strategie. De Stoppen met roken poli heeft volgens de ideeën van Nemcek (1990) een goede keuze gemaakt om een dergelijke begeleiding te bieden aan mensen die willen stoppen met roken.

De begeleidingsmethode die op dit moment wordt toegepast op de Stoppen met roken poli is een variant van de Minimale Interventie Strategie voor Longpatiënten. Deze L-MIS is een afgeleide van de MIS dat een aantal jaren geleden is ingevoerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze Minimale Interventie Strategie is een stoppen-met-roken protocol, waarbij de aandacht uitgaat naar het rookprofiel, motivatie, barrières, een stopafpraak, eventuele hulpmiddelen en nazorg voor een patiënt. (Pieterse, 1999). Bij deze Minimale Interventie Strategie krijgen de patiënten minimale begeleiding voor het stoppen met roken plan. Deze strategie bestaat normaal gesproken alleen uit vier individuele en telefonische gesprekken met de patiënt (Pieterse, van Dam-de Meij, in 't Veld & Helsloot, 1995). Met de Minimale Interventie Strategie voor Longpatiënten krijgt de patiënt drie individuele gesprekken met daarnaast vier telefonische gesprekken, daarnaast krijgen de patiënten tevens advies over farmacologische middelen. De kennis van deze L-MIS, samen met de kennis van de interventie strategie voor huisartsen, heeft



geleid tot een methode die nu wordt toegepast binnen de Stoppen met roken poli van Medisch Spectrum Twente.

De Stoppen met roken poli is in samenwerking met de afdeling longgeneeskunde een uitgebreide methode gestart, waarbij men eigenlijk niet meer kan spreken van een Minimale Interventie Strategie, maar van een Gematigde Interventie Strategie. In de begeleidingsmethode worden de patiënten als eerste door een longarts onderzocht, hierbij wordt een Thorax foto gemaakt en een longfunctie test gedaan. Na het gesprek met de longarts worden de patiënten doorgestuurd naar de verpleegkundigen van de Stoppen met roken poli, tenzij de patiënt onder begeleiding blijft van de longarts. Indien de patiënt onder begeleiding van de longarts blijft, zal hij of zij eventueel worden doorverwezen naar de rookstop begeleiding van longverpleegkundigen. Patiënten die zijn doorverwezen naar de Stoppen met roken poli zullen gedurende een jaar worden begeleid aan de hand van individuele en telefonische gesprekken. Er is geen maximum gesteld aan het aantal afspraken, deze worden afgestemd op de vorderingen van de patiënt. Naast deze gesprekken zullen de verpleegkundigen tevens enkele hulpmiddelen, zoals laserbehandeling en nicotinevervangers, voorleggen om het proces te ondersteunen voor de patiënt. Men gaat er van uit dat het resultaat van de begeleiding hoger is dan bij de Minimale Interventie Strategie. Fiore, Bailey, Cohen, Dorfman, Goldstein en Gritz (2000) geven in hun review ook aan dat naar mate de intensiteit van de interventies toeneemt, de effectiviteit ook zal toenemen.

De Stoppen met roken poli werkt samen met de afdeling longgeneeskunde en kan daardoor veel voordeel doen met de kennis die aanwezig is bij de afdeling longgeneeskunde over patiënten met een rookverslaving. De strategie die door de Stoppen met roken poli wordt toegepast is heeft geen specifieke naam. Een passende naam zou bijvoorbeeld MST kunnen zijn, de "Medium intensive Stop Therapy".

## **2. Marketing en communicatie**

### **2.1 Informeren door middel van communicatie**

Volgens Blackwell, Miniard en Engel (2001) is in de afgelopen jaren veel veranderd op het gebied van marketing. Daarbij is de belangrijkste taak van bedrijven niet alleen het verkopen van het product, maar speelt ook de positionering in de markt een grote rol. Positioneren kan men doen door middel van productkeuze, maar



vooral door middel van promotie en communicatie van het product. De schaarste van (luxe)producten in de Verenigde Staten en Canada eindigde rond 1950 en kwam er rond 1960 en 1970 een geheel nieuw tijdperk; het marketingtijdperk. De productie kwam in deze tijd ver boven de vraag. Eerst was de prijs het kenmerk waar consumentengedragstudies zich op richten, maar nu let men ook op kwaliteit, gemak, imago en reclames. Een statement dat Blackwell, Miniard en Engel (2001) hebben geplaatst in hun boek luid als volgt: “Een winkel verkoopt niets speciaals, het verkoopt datgene wat de klant wil”. Hiermee willen zij zeggen dat de winkels zich dienen aan te passen aan de wensen van de consument. Een centraal geplande economie verschuift hierdoor naar een vrijmarkteconomie.

Bedrijven moeten zich onderscheiden van elkaar, om zodoende de aandacht van de consument te krijgen. Door middel van marketingmix strategieën op het gebied van product, prijs, plaats, promotie proberen bedrijven zich te onderscheiden van haar concurrenten (Blackwell, Miniard & Engel, 2001; Verhage, 1998). Ook voor de Stoppen met roken poli is het belangrijk om zich te onderscheiden van concurrenten. Cummings en Fernandez (1985) benadrukken dit tevens in hun artikel, waarbij ze duidelijk maken dat zelfs het beste preventie programma zal mislukken als er geen aandacht wordt besteed aan marketing.

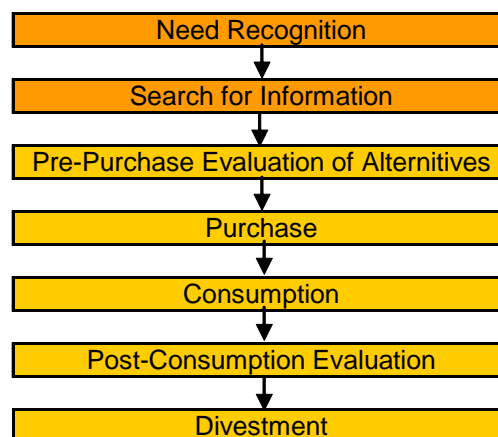
## 2.2 Gezondheidsvoorlichting

Door middel van communicatie, ofwel promotie van het product of dienst kan men afnemers informeren, overreden en herinneren aan ditzelfde product of dienst (Verhage, 1998). Om mensen te motiveren om te stoppen met roken door middel van de Stoppen met roken poli, is het belangrijk om deze mensen te informeren over de poli en haar mogelijkheden.

Motivatie kan bepalend zijn voor de kans van slagen in het stopproces. Indien mensen niet gemotiveerd zijn heeft de behandeling van de poli een veel kleinere kans van slagen. Indien de roker zich vrijwillig aanmeld voor de behandeling en dus gemotiveerd is, is kans op succes groter (van Weel et al., 2004). Door middel van communicatie en promotie kunnen mensen worden geprikkeld en gemotiveerd om te stoppen met roken. Gezondheidsvoorlichting is hiervoor een belangrijk middel om reactie en aandacht te krijgen van de mensen. Het kan mensen motiveren om uit eigen wil hun gedrag te veranderen, indien de voorlichting betrekking heeft op hen (Glanz, Lewis & Rimmer, 1997). Een groot nadeel is dat het erg lastig is om mensen

te bereiken die in aanmerking komen voor een preventie programma zoals de Stoppen met roken poli ook genoemd kan worden. Levant (1987) geeft in zijn artikel weer dat mensen zich pas aanmelden voor een preventie programma wanneer zij problemen ondervinden. Daarom is gerichte marketing via het juiste medium een essentieel onderdeel van een (preventie) programma.

Blackwell, Miniard en Engel (2001) hebben in hun boek Consumer Behavior een Consumer Decision Process (CDP) model weergegeven. Dit model geeft de stappen weer die een consument zal belopen voor zij een product of dienst kopen en uiteindelijk beoordelen. De mensen die voor de begeleiding van de Stoppen met roken poli in aanmerking komen kunnen worden gezien als de consument die de dienst, de begeleiding gaan consumeren. Zij zullen in dit geval geheel bovenaan in het model beginnen. Als eerste dienen ze de poli en haar methode te (her)kennen, vervolgens willen ze, indien ze geïnteresseerd zijn, informatie over het stoppen met roken. Deze twee fasen zijn in het model donker gekleurd, aangezien hier huisartsen een bepalende rol spelen voor de patiënten. Huisartsen kunnen worden gezien als intermediair, huisartsen zorgen voor kennismaking met en informatievoorziening over de Stoppen met roken poli. Daarna zullen patiënten eventuele andere producten en methoden overwegen. Uiteindelijk zullen ze dan overgaan tot actie. In het gunstigste geval wil men stoppen met roken met behulp van de begeleiding van de Stoppen met roken poli in Enschede.



Figuur 3. Consumer Decision Proces, Blackwell, Miniard en Engel (2001)

In een review van Kok, van den Borne en Dolan Mullen (1997) laten de schrijvers weten dat in de laatste 20 jaar veel veranderingen hebben plaatsgevonden op het gebied van promotie van gezondheid. Deze interventies van gezondheidspromoties zijn daarbij vaak getest op effectiviteit. Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek is



dat van Montazeri en McEwen (1997). In dit onderzoek zijn twee verschillende anti-roken advertenties vergeleken. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat een effectieve advertentie simpel, duidelijk en realistisch dient te zijn. Daarnaast dient de advertentie de aandacht te trekken van mensen. Voor ontwikkeling van de communicatiemiddelen dient rekening gehouden te worden met deze aspecten. Communicatie wordt vooral in de laatste jaren gezien als een specifieke kwaliteit in de gezondheidszorg. Cipolle, Strand en Morley (1998) bevestigen dit met een citaat uit hun boek: "Care means communication. Quality care means quality communication"

### 2.3 Doelgroepkeuze

De mensen die willen stoppen met roken dienen te worden bereikt door middel van de onderdelen uit de marketinginterventie (zie bijlage I, II en III). Om deze mensen te bereiken is niet gekozen voor een directe communicatielijn, maar voor een indirecte communicatielijn, via huisartsen. Huisartsen hebben een goede kijk op hun patiënten en weten welke patiënten roken en wellicht in welke mate deze patiënten roken. Hierdoor zal het probleem wat Levant (1987) heeft aangehaald in zijn artikel, dat het moeilijk is om mensen die roken te bereiken, voor een deel worden opgelost. Vaak zullen huisartsen hun rokende patiënten erop attenderen dat zij moeten stoppen met roken. Wellicht dat de patiënt naar aanleiding van het advies van de huisarts de keuze maakt voor een preventie programma als de Stoppen met roken poli.

De huisartsen zien een brede groep aan patiënten, terwijl bijvoorbeeld een longarts alleen maar longpatiënten ziet. Aan de hand van deze informatie kan de huisarts veel van zijn patiënten inlichten over de Stoppen met roken poli en haar werkwijze. Verder kunnen huisartsen gezien worden als autoriteit (Sagarin, Cialdini, Rice & Sagna, 2002), dit geeft als voordeel dat veel patiënten gemakkelijker aannemen en opvolgen wat de huisarts hen heeft verteld en geadviseerd. Onderzoekers onderkennen reeds lange tijd de kracht van autoriteit op het beïnvloedingsproces (Cialdini, 2001; Blass, 1991, 1999; Milgram, 1974). Volgens Sagarin, Cialdini, Rice & Sagna (2002) zal een autoriteit eerder worden geaccepteerd wanneer deze kan worden omschreven als een echte expert op zijn of haar gebied. Zij deden daarom onderzoek naar de overredingskracht van legitieme autoriteiten (bijvoorbeeld een arts of een directeur van het bedrijf dat het product produceert) en van niet-legitieme autoriteiten (bijvoorbeeld acteurs of modellen).





Daaruit bleek dat boodschappen waarbij gebruik werd gemaakt van niet-legitieme autoriteiten als minder persuasief en manipulatief werden beoordeeld. Uit dit onderzoek kan men concluderen dat de adviezen van huisartsen (legitieme autoriteit) daarom gemakkelijker worden geaccepteerd en opgevolgd. Dit kan leiden tot een poging om te stoppen met roken, eventueel met hulp van de Stoppen met roken poli.

Huisartsen dienen bij een advies naar de patiënten wel een juiste keuze te maken wanneer en naar wie zij gezondheids promotie interventies kenbaar maken. Law en Tang (1995). Huisartsen dienen bijvoorbeeld aan alle patiënten die roken aan te geven dat ze moeten stoppen en niet alleen de patiënten te informeren die al gezondheidsklachten hebben. Ashenden, Silagy en Weller (1997) en Silagy en Stead (2003) laten in hun artikelen weten dat een proactieve houding van gezondheidsdeskundigen zoals huisartsen ten opzichte van preventieprogramma's inderdaad de patiënten kunnen beïnvloeden om zich aan te melden voor een interventiestrategie zoals de Stoppen met roken poli.

De huisartsen hebben kennis op het gebied van stoppen met roken en kunnen patiënten gemakkelijk doorsturen naar specialisten zoals de Stoppen met roken poli. Deze huisartsen zullen daarom de doelgroep zijn voor het interventie.

## **2.4 Naamsbekendheid en imago spelen een rol bij communicatie**

In dit onderzoek zal gekeken worden naar de reputatie of het imago van de Stoppen met roken poli onder huisartsen. Indien huisartsen niet positief zijn over de poli, zullen zij wellicht minder snel geneigd zijn om patiënten door te sturen naar de Stoppen met roken poli. Volgens Gray en Balmer (1998) en Gotsi en Wilson (2001) kan een communicatieprogramma een positieve reputatie of imago versterken en promoten. Door middel van de in te voeren interventie kan daardoor de reputatie of het imago van de Stoppen met roken poli voor huisartsen worden beïnvloed. Rindova en Fombrun (1999) geven in hun artikel aan dat communicatie tevens op de lange termijn voor een concurrentievoordeel kan zorgen. Binnen het Medisch Spectrum Twente is sinds 2003 een poli gestart die begeleiding geeft aan mensen die willen stoppen met roken. Door middel van communicatie wil de Stoppen met roken poli een beter imago creëren en een grotere instroom van patiënten genereren, hierdoor tracht de Stoppen met roken poli een stabiele en waardevolle poli te worden binnen



het ziekenhuis. Tevens kan de poli door middel van dit interventie zich onderscheiden van haar concurrenten.

Wat zorgt ervoor dat uiteindelijk voor de juiste communicatie wordt gekozen? Die vraag probeert Lewis (2001) in zijn artikel te beantwoorden. Welke communicatie levert een bijdrage aan de reputatie of naamsbekendheid van een bedrijf of organisatie? Lewis (2001) geeft aan dat er vijf stappen zijn tot goede communicatie dat leidt tot een goede reputatie. De stappen die Lewis onderscheid zijn 'opmerken', 'betrokkenheid', 'koppeling', 'overreding' en 'inspireren van handeling'. Het eerste onderdeel is 'opmerken', ofwel de poli moet worden opgemerkt door huisartsen en haar patiënten. Het tweede deel is 'betrokkenheid', de mate van betrokkenheid van mensen met de Stoppen met roken poli, in dit geval van de rokende mensen en de huisartsen. Wat kan de poli betekenen voor haar patiënten. Het derde onderdeel is 'koppeling'. De boodschap die hierbij hoort is; op deze manier gaat de poli om met haar verantwoordelijkheden. Er wordt een koppeling tussen de poli en haar patiënten gemaakt. Het volgende onderdeel is essentieel, maar wanneer men een goed imago wil creëren dienen de eerste stappen niet overgeslagen te worden. Het vierde deel is 'overreding'. Hierbij zal de Stoppen met roken poli trachten de mensen te overtuigen van de mogelijkheden binnen de poli en hiermee de mensen proberen over te halen om zich aan te melden voor de poli. Indien deze stap is genomen zullen mensen bereid zijn om de laatste stap te nemen; inspireren van handelen'. In deze stap zal men overgaan tot actie en zich aanmelden voor de begeleiding van de Stoppen met roken poli indien er sprake is van een goede reputatie.

Reputatie en imago worden vaak gezien als vage begrippen. Gotsi en Wilson (2001) zeggen in hun artikel dat er geen specifieke definitie is van reputatie of imago. Iedereen geeft vaak een eigen invulling aan deze begrippen. Martineau (1958) geeft aan dat imago gezien kan worden als een som van functionele kwaliteiten en psychologische attributen in het hoofd van een consument. Boulding (1973) definieert imago als een subjectieve kennis. Kennedy (1977) vindt dat reputatie en imago gelijk zijn aan elkaar en dat het een 'complexe stimulus waarde' is. In tegenstelling tot Kennedy zeggen Gray en Balmer (1998) dat reputatie en imago een direct mentaal beeld van het publiek is over een organisatie. In dit onderzoek zal imago worden gemeten op basis van kennis over de Stoppen met roken poli door huisartsen en op basis van waardering van kenmerken van de Stoppen met roken poli door diezelfde huisartsen. De keuze kan worden gezien als een mix van

definities, waarbij de (subjectieve) kennis volgens Boulding en waardering volgens Kennedy en Gray en Balmer gemeten wordt. Op deze manier is het mogelijk om imago om te zetten in meetbare waarden.

## 2.5 Onderzoeksvragen

Naar aanleiding van onduidelijkheden over de werking van marketingcommunicatie voor de Stoppen met roken poli zijn er enkele onderzoeksvragen geformuleerd.

*Kan marketingcommunicatie op het gebied van de Stoppen met roken poli het imago en de kennis van de poli bij de huisartsen positief beïnvloeden?*

Een aansluitende vraag die tevens wordt onderzocht zal betrekking hebben op de patiënteninstroom van de Stoppen met roken poli bij de huisartsen in de regio.

*Kan marketingcommunicatie op het gebied van de Stoppen met roken poli tot een beter imago en vervolgens tot een grotere instroom van patiënten zorgen voor de poli?*

Naar aanleiding van deze onderzoeksvragen kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd;

H1: Marketingcommunicatie leidt tot significant betere kennis van huisartsen over de Stoppen met roken poli.

H2: Marketingcommunicatie leidt tot een significant beter imago bij huisartsen over de Stoppen met roken poli.

H3: Marketingcommunicatie leidt tot een significant hogere instroom van patiënten voor de Stoppen met roken poli.

## 2.6 Marketingcommunicatiemiddelen

Om een bepaalde doelgroep te bereiken kan er gekozen worden voor verschillende soorten van communicatie. Zo beschrijft Verhage (1998) in zijn boek "Grondslagen van de marketing" de voor en nadelen van persoonlijke- en massacommunicatie. In zijn boek heeft Verhage een overzichtelijke tabel gepresenteerd waarin de belangrijkste voor en nadelen van de meest voorkomende communicatiemiddelen op een rij zijn gezet.



Mediumtypen	Voordelen	Nadelen
<i>Dagbladen</i>	Massaal bereik Keuze marktgebied, dankzij regio-edities Flexibiliteit in formaat en plaatsingsdatum Frequente plaatsing mogelijk	Duur bij landelijk bereik Ongeschikt om specifieke doelgroepen te bereiken Relatief slechte drukwaliteit Vaak oppervlakkig gelezen
<i>Tijdschriften</i>	Duidelijk te onderscheiden segmenten Uitstekende drukwaliteit Geloofwaardige bron voor doelgroep Langelevensduur (week/maand)	Te duur voor regionale reclame Weinig flexibiliteit door lange productieperiode Kans op doublures
<i>Gesponsorde tijdschriften</i>	Reclame gericht op geselecteerde doelgroep Vergroot klantenbinding Toegankelijk voor advertenties van derden	Hoge productiekosten Uitgeven is moeilijk en tijdrovend
<i>Huis-aan-huis bladen</i>	Groot bereik door gratis verspreiding Geografische segmentatie dankzij regio-edities Relatief lage kosten	Beperkt communicatievermogen Veel "waste" Verschijnt slechts op bepaalde dagen
<i>Televisie</i>	Zet twee zintuigen in werking (gezicht en gehoor) Hoge attentiewaarde door bewegende beelden Groot (landelijk) bereik "Gedwongen" confrontatie	Hoge kosten en beperkt beschikbaar Ruis door reclameblokken Korte confrontatie in verband met hoge kosten
<i>Radio</i>	Groot bereik, ook werkenden en automobilisten Redelijk lage kosten "Gedwongen" luisterpubliek	Audio-presentatie is slechtgeschikt voor eenvoudige boodschappen Minder indringend medium dan televisie
<i>Buitenreclame</i>	Door beperkte beschikbaarheid weinig concurrentie Door veelvuldig confrontatie geschikt voor herinnering	Vluchtige kennisneming van de boodschap Weinig mogelijkheden tot doelgroepsselectie
<i>Direct mail</i>	Afgebakende doelgroep Hoge flexibiliteit Persoonlijke aanpak mogelijk Doelgerichte follow-up, eventueel telefonisch	Relatief hoge kosten per contact Weerstand tegen "drukwerk"
<i>Persoonlijke verkoop</i>	Afgebakende doelgroep Hoge flexibiliteit Doelgericht follow-up Hoge terugkoppeling van de doelgroep	Hoge kosten per contact Laag bereik van een groot publiek Tijdrovend

Figuur 4. Voor en nadelen van mediumtypen, Verhage (1998)

Voor dit onderzoek is aan de hand van deze voor en nadelen een afweging gemaakt over het communicatiemiddel dat het meest geschikt is. De eerste media uit de tabel zijn voor een kleinschalig onderzoek als dit erg moeilijk te gebruiken en vooral veel te duur. Het onderzoek wordt uitgevoerd in een klein geografisch gebied met een gering aantal deelnemers. Hierdoor vallen alle massacommunicatiemiddelen af. De persoonlijke communicatiemiddelen daarentegen zijn veel beter geschikt voor het onderzoek. Om een keuze te maken uit (persoonlijke)communicatiemiddelen is het verstandig om de belangrijkste kenmerken voor het communicatiemiddel op een rij te zetten. Voor het onderzoek is het bijvoorbeeld belangrijk dat de doelgroep direct wordt benaderd en dat de kosten zo laag mogelijk zijn. Verder dient de communicatie snel ingevoerd te worden, vanwege de beperkte tijd waarin de opdracht dient te worden afgerond (een periode van een half jaar). Als laatste dient de communicatie in de toekomst ook gemakkelijk opnieuw te gebruiken zijn. Naar aanleiding van de tabel van Verhage (1998) zijn uiteindelijk twee opties die het meest voor de hand



liggen voor dit onderzoek, namelijk de persoonlijke verkoop en direct-mail. Een nadeel van de persoonlijke verkoop is dat het erg veel tijd kost, zowel nu als voor in de toekomst. Hierdoor is deze optie in verhouding duurder dan direct-mail. Direct-mail is sneller qua invoering en zal in de toekomst gemakkelijk en zonder al te veel kosten te herhalen zijn, vooral voor een kleine groep waar in dit onderzoek gebruik van wordt gemaakt.

### **3. Methode van onderzoek**

Het onderzoek naar de werking van externe communicatie op patiëntenstroom is in twee fasen verdeeld, waarbij de eerste fase bestaat uit de ontwikkeling van de communicatiemiddelen. De tweede fase is de effectmeting van deze communicatiemiddelen. De methoden van deze fasen zullen afzonderlijk worden beschreven. In de eerste methodebeschrijving zal worden toegelicht hoe het (voor)onderzoek tot de ontwikkeling van communicatiemiddelen tot stand is gekomen. Deze eerste fase zal verder geen aandacht krijgen in de resultaten van het onderzoek, aangezien de effectmeting van de communicatiemiddelen in dit onderzoek bepalend is voor de antwoorden op de onderzoeksvragen en de gestelde hypothesen.

#### **3.1 Methode vooronderzoek**

De eerste fase is een kwalitatief (voor)onderzoek. In dit (voor)onderzoek is het belangrijkste doel om een beeld te creëren van de situatie vóór invoering van de communicatiemiddelen. De instroom van patiënten is hiervoor in kaart gebracht. Daarnaast is een formatieve evaluatie gehouden voor het in te voeren marketinginterventie en de vragen voor de survey. Een formatieve evaluatie kan drie functies hebben, toetsing, probleemopsporing en keuzeverantwoording. (Schellens, Klaassen en de Vries, 2002). In het geval van het vooronderzoek naar de werking van het interventie en de te gebruiken vragenlijst voor de Stoppen met roken poli, heeft de formatieve evaluatie een probleemopsporende en een keuzeverantwoordende functie. Door middel van de evaluatie wordt getracht om gebreken in het interventie en de vragenlijst op te sporen en te reviseren. Daarnaast heeft de evaluatie als doel om ontwerp mogelijkheden te bespreken en aan de hand van de uitkomsten keuzes te maken, bijvoorbeeld op het gebied van mediumkeuze (Schellens, Klaassen en de Vries, 2002). De methode die voor de formatieve



evaluatie gebruikt gaat worden is de retrospectieve methode, waarbij enkele huisartsen door middel van een diepte interview en een plus-en-minmethode een oordeel dienen te geven over de inhoud en de werking van de communicatiemiddelen.

Om fouten en onduidelijkheden op te sporen in de informatiebrief en de folder kan de plus-en-minmethode gebruikt worden. Deze methode houdt in dat de huisartsen de conceptbrief en conceptfolder voor zich krijgen en hierbij plussen en minnen moeten zetten bij alle woorden, zinnen of tekstgedeeltes die ze goed, slecht of onduidelijk vinden. Nadat de huisartsen plussen en minnen hebben gezet, worden deze met de onderzoeker besproken..

Ben Vroom deed in 1985 onderzoek naar de plus-en-minmethode. Hij onderscheidt drie varianten van de plus-en-minmethode: mondeling, schriftelijk en 'plus-en-min'. De eerste methode wordt het meest gebruikt in onderzoek en zal ook hier gebruikt worden, omdat het de mogelijkheid biedt de huisartsen mondeling om uitleg en toelichting te vragen.

De Jong & Schellens (1996) hebben twee mogelijke varianten van de plus-en-minmethode vergeleken: de individuele en de groepsvariant. Bij beide vormen moeten de proefpersonen individueel plussen en minnen zetten, maar bij de groepsvariant worden deze vervolgens in een groep besproken, terwijl er bij de andere variant een persoonlijk gesprek wordt gevoerd. Het individuele onderzoek spoort problemen op woordniveau op en problemen met begrip en correctheid. Het groepsonderzoek spoort vooral globale problemen op, en dan vooral aanvaardingsproblemen. Voor dit onderzoek is gekozen voor een individuele methode, aangezien begrip en correctheid voor dit onderdeel essentieel is. Verder is het erg lastig om een groepsonderzoek te doen, aangezien er slechts een kleine testgroep is voor dit onderzoek.

De Jong & Schellens (2002) beschrijven ook een onderzoek naar de validiteit van probleemopsporende methoden. Doelgroepgerichte methoden (zoals dus de plus-en-minmethode) blijken over het algemeen, ook in vergelijking met andere onderzoeksmethoden, redelijk goede resultaten op te leveren als het gaat om kwaliteit van de tekst. Er is gekozen voor deze evaluatiemethode, aangezien Vroom (1994) heeft geconstateerd dat deze methode een veelgebruikt pretestinstrument is voor voorlichtingsbrochures.



Naast de informatie over de werking en inhoud van het plan dient in de interviews ook naar voren te komen wat het imago van de Stoppen met roken poli van dit moment is. In de vragenlijst zullen daarom vragen worden opgenomen die een beeld kunnen geven van het imago of reputatie van de poli. Er zijn verschillende objecten waar imago betrekking op kan hebben. Knecht (1986) onderscheidt op grond hiervan zeven niveaus van imago te weten: produktklasse-, merk-, bedrijfs-, branche-, winkel-, land- en gebruikersimago. De verschillende imagoniveaus beïnvloeden elkaar (Van Riel, 1992). Op basis van deze niveaus van imago zullen vragen worden gesteld om zodoende te meten wat men weet en hoe men denkt over de Stoppen met roken poli.

## **3.2 Methode effectmeting**

### **3.2.1 Populatie**

Na het kwalitatieve vooronderzoek is een effectonderzoek gedaan. In deze tweede fase van het onderzoek was het belangrijkste doel om het communicatieplan, ofwel de interventie, op één manier in te voeren zodat men na de invoering kan meten wat het effect is van de interventie. De interventie is voorgelegd aan de huisartsen van Enschede. Hierbij zijn de huisartsen verdeeld in twee groepen; een controlegroep en een testgroep, waarbij de testgroep de communicatiemiddelen heeft ontvangen in tegenstelling tot de controlegroep die geen informatie heeft gekregen. De indeling in de groepen is gemaakt op basis van geografische ligging.

De interventie bestaat uit een informatiebrief (zie bijlage I), een poster (zie bijlage II) en vier identieke folders (zie bijlage III) van de Stoppen met roken poli. In de informatiebrief staat informatie over de poli en mogelijke actiepunten voor de huisarts, naar patiënten toe die roken. In de folder staat de begeleiding van het stopproces beschreven zoals deze wordt gegeven door de verpleegkundigen van de Stoppen met roken poli. Net als op de poster zijn de contactgegevens van de poli in de folder weergegeven, zodat men een afspraak kan maken of om extra informatie te vragen over de poli. Voor de Stoppen met roken poli is het in de toekomst gemakkelijk om eenzelfde campagne in de toekomst te herhalen en eventueel uit te breiden.



### 3.2.2 Verdeling huisartsen in test- en controlegroep

Door middel van een vooronderzoek is gekeken naar eventuele grote verschillen van instroom van patiënten voor invoering van de interventie. De (geografische) indeling van huisartsen is gemaakt op basis van groepen van huisartsen die gehanteerd worden door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Elke huisarts behoort tot een bepaalde Hagro. Elke Hagro heeft een eigen gebied in de stad of regio en er zijn geen Hagro's die elkaar overlappen. Hierdoor is het eenvoudig om via deze groepen een geografische indeling te maken. Deze geografische indeling dient representatief te zijn voor de gehele groep huisartsen van regio Twente

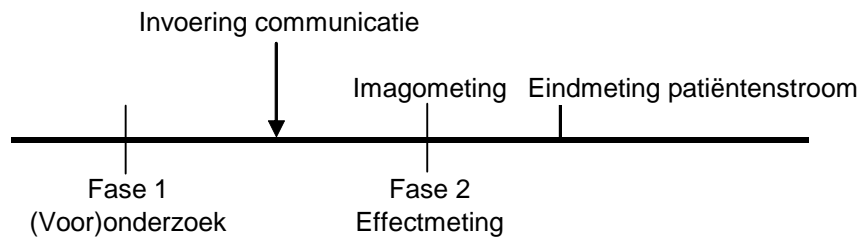
In de Hagro's hebben de huisartsen onderling contact op het gebied van beleidsaspecten, maar uiteraard ook over praktische ervaringen. Aangezien men in dit onderzoek, waar mogelijk, wil vermijden dat de controlegroep beïnvloed of geïnformeerd wordt door een huisarts van de testgroep is ervoor gekozen om op basis van deze Hagro's een verdeling te maken. Over het algemeen was de instroom per Hagro gelijk. De Hagro's zijn uiteindelijk a-select gekozen, maar is er wel rekening gehouden met het aantal huisartsen per onderzoeksgroep.

### 3.3 Design

Om te achterhalen of de invoer van communicatie daadwerkelijk een verandering van instroom tot gevolg heeft is de interventie aan de hand van een wetenschappelijke onderzoekssetting ingevoerd bij de doelgroep. Door middel van een experimentele setting, waarbij één groep wel in aanraking komt met communicatie (testgroep) en een andere groep niet in aanraking komt met communicatie (controlegroep) wordt gekeken naar de verschillen in imago van de poli en instroom van patiënten.

Om effecten te meten en antwoorden te krijgen op de onderzoeksvragen is gekozen voor een 1 x 2 factorieel design. In dit design zal de testgroep vergeleken worden met de controlegroep. Deze groepen worden vergeleken op basis van twee uitkomstmaten: imago op basis van intentie en de instroom van patiënten op basis van het gedrag van de huisartsen. Middels deze meting kan men meer zeggen over de effecten van communicatie op imago en instroomveranderingen voor de Stoppen met roken poli. In het schema op de volgende pagina is het tijdschema van het onderzoek weergegeven.





### 3.4 Eindmeting onderzoek

Wanneer de interventie is ingevoerd bij de testgroep, kan men wellicht in de eerste paar weken al een verandering zien in de instroom van patiënten voor de Stoppen met roken poli. Om een indicatie te krijgen van het effect van de interventie is een korte termijn effectmeting gedaan.

Effectmetingen zijn vaak bedoeld om informatie te genereren waarmee volgende campagnes kunnen worden verbeterd (Schellens, Klaassen en de Vries, 2002). Dat is voor deze interventie ook het geval, maar daarnaast dient ook een beeld te worden gecreëerd van de werking van het ingevoerde plan. Op basis van een summatieve evaluatie zullen gegevens worden gegenereerd. Bij een summatieve evaluatie richt de evaluatie zich vooral op hoofdeffecten van de doelgroep op de interventie (Schellens, Klaassen en de Vries, 2002). Aangezien een summatieve evaluatie vaak grootschalig en kwantitatief van aard is (Schellens, Klaassen en de Vries, 2002) is gekozen voor een survey. Hier zijn zowel de testgroep als de controlegroep van de huisartsen benaderd.

In de survey zijn vragen opgenomen die betrekking hebben op imago en kennis van de Stoppen met roken poli. De vragen zijn naar aanleiding van het vooronderzoek opgenomen in de survey. Door middel van deze vragen zullen effecten op het gebied van imago worden gemeten tussen de testgroep en de controlegroep. De vragen zullen worden afgenomen zonder een tijdslimiet, wel wordt de vragenlijst na een week opgehaald bij alle huisartsen. De vragenlijst (zie bijlage IV) bevat vooral meerkeuzevragen en stellingen. De antwoorden op de stellingen dienen te worden gegeven aan de hand van een 7-puntsschaal volgens de methode van Likert (1931).

De meting van de patiënteninstroom zal op het laatste moment van de afstudeerperiode worden verzameld om zodoende het eventuele tweede effect waar te nemen tussen de testgroep en de controlegroep.



### 3.5 Data-analyse

Om een antwoord te geven op de eerste hypothese, marketingcommunicatie leidt tot significant betere kennis van huisartsen over de Stoppen met roken poli, zijn alle kennisvragen uit de vragenlijst samengevoegd en vergeleken tussen de testgroep en de controlegroep. Door middel van de Chi-kwadraat test is gekeken of de verschillen tussen de groepen significant zijn. De groep waar de gemiddelde score het laagst is, is de groep met de meeste kennis over de Stoppen met roken poli.

Om een antwoord te geven op de tweede hypothese, marketingcommunicatie leidt tot een significant betere imago bij huisartsen over de Stoppen met roken poli, zijn de negatieve stellingen uit de vragenlijst opgedeeld in drie groepen. De eerste groep heeft betrekking op de intentie van de huisartsen, de tweede groep heeft betrekking op het gedrag van de huisartsen en de derde groep is bepaald uit de overige stellingen door middel van een factor analyse, aangezien er geen duidelijke groep te herkennen is. Deze groep kan worden gezien als het imago van de poli bepaald door huisartsen.

De stellingen per groep zijn samengevoegd. Per groep wordt de testgroep met de controlegroep door middel van een Anova-analyse vergeleken.

De derde hypothese, marketingcommunicatie leidt tot een significant hogere instroom van patiënten voor de Stoppen met roken poli, wordt beantwoordt door middel van de vergelijking van de instroom tussen de testgroep en de controlegroep. Door middel van een covariantie-analyse zal worden gekeken wat verschillen in instroom van patiënten per groep zijn en of dit verschil eventueel significant is.

In de paragraaf “overige resultaten” zijn de kenmerken voor de poli uit de vragenlijst vergeleken met de groepen intentie, gedrag en imago. Door middel van een Conbach’s Alfa is de samenhang tussen de kenmerken gemeten. Na deze meting is een correlatieanalyse gedaan om de correlatie tussen de groepen en de kenmerken te meten. Voor deze correlatieanalyse is de Pearson correlation gebruikt, aangezien alle variabelen normaal verdeeld zijn. Om vast te stellen of de kenmerken voorspellend zijn voor de antwoorden die gegeven zijn in de groepen is er tevens een regressieanalyse gedaan. Tevens is er per kenmerk gekeken of dit een voorspellende waarde heeft voor de groepen intentie, gedrag en imago.

Voor alle stellingen uit de vragenlijst is een vergelijking gemaakt tussen de testgroep en controlegroep door middel van een Anova-analyse. Door deze test kunnen overige effecten gemeten worden naar aanleiding van de interventie.



Een laatste vergelijking is gemaakt tussen de huisartsen en praktijkondersteuners op het gebied van kennis. Door middel van een Anova-analyse is het verschil van kennis vergeleken tussen huisartsen en praktijkondersteuners.

## 4. Resultaten

De resultaten uit het onderzoek komen voort uit 57 respondenten, dit staat voor een respons van 73 procent. Er zijn in totaal 78 huisartsen aangeschreven, waarvan 40 huisartsen uit de testgroep en 38 huisartsen uit de controlegroep. De respons is 77 procent (31 respondenten) voor de testgroep om 68,4 procent (26 respondenten) voor de controlegroep. De effecten worden besproken naar aanleiding van de gestelde hypothesen.

### 4.1 Hypothese 1

*Marketingcommunicatie leidt tot significant betere kennis van huisartsen over de Stoppen met roken poli.*

Uit de meting blijkt dat er een verschil is op het gebied van kennis tussen de twee groepen, waarbij de testgroep een lagere en dus positievere score heeft dan de controlegroep. De meting geeft aan dat de testgroep een betere kennis heeft over de poli dan de controlegroep. Toch dient H1 te worden verworpen, aangezien het verschil tussen de groepen niet significant is ( $p=0,17$ ).

Tabel 1

**Individuele kennisscore per onderzoeksgroep (6-12)**

	Testgroep n=31	Controlegroep n=26	F-waarde	Significantie
Bekend met de poli (Standaard Deviatie)	8,03 (1,08)	8,50 (1,45)	1,95	0,17

In Tabel 2 zijn de onderdelen van de kennisvragen uit de vragenlijst individueel gemeten, hieruit blijkt dat alleen de kennis van de testgroep significant beter is ( $p=0,01$ ) als het gaat om de samenwerking tussen de poli en de afdeling longgeneeskunde. Over het algemeen is de kennis over de poli van de testgroep wel iets beter dan de kennis van de controlegroep.

Tabel 2

**Individuele kennisscore per onderzoeksgroep (1-2)**

	<u>Testgroep</u> n=31	<u>Controlegroep</u> n=26	<u>F-waarde</u>	<u>Significantie</u>
Bekend met de poli (Standaard Deviatie)	1,00 (0,00)	1,00 (0,00)	.	.
Locatie van de poli (Standaard Deviatie)	1,48 (0,51)	1,58 (0,50)	0,48	0,49
Begeleiding is een afgeleide MIS (Standaard Deviatie)	1,32 (0,48)	1,35 (0,49)	0,34	0,85
Wetenschappelijk onderzoek (Standaard Deviatie)	1,45 (0,51)	1,46 (0,51)	0,01	0,94
Poli onder afd. Longgeneeskunde (Standaard Deviatie)	1,13 (0,34)	1,42 (0,50)	6,84	0,01
Bezoek longarts (Standaard Deviatie)	1,65 (0,49)	1,69 (0,47)	0,14	0,71

**4.2 Hypothese 2**

*Marketingcommunicatie leidt tot een significant betere imago bij huisartsen over de Stoppen met roken poli.*

Uit de meting blijkt dat er een verschil is op het gebied van imago tussen de twee huisartsengroepen, waarbij de testgroep een positievere (hogere) score heeft dan de controlegroep. Aangezien het imago gemeten is op basis van drie groepen, intentie, gedrag en imago, dient de hypothese per groep te worden beoordeeld.

Tabel 3

**Algemeen imagoscore per onderzoeksgroep (1-7)**

	<u>Tesgroep</u> n=31	<u>Controlegroep</u> n=26	<u>F-waarde</u>	<u>Significantie</u>
Gemiddelde intentiescore (Standaard Deviatie)	5,41 (1,03)	4,50 (1,30)	8,88	0,00
Gemiddelde gedragsscore (Standaard Deviatie)	4,81 (1,30)	4,27 (1,48)	2,12	0,15
Gemiddelde imagoscore (Standaard Deviatie)	5,16 (1,63)	4,15 (1,67)	5,28	0,03

Op het gebied van intentie van huisartsen is na invoering van de interventie een significant positieve score ( $p=0,00$ ) behaald. Dit wil zeggen dat na invoering van de interventie de intentie om patiënten door te sturen bij huisartsen significant hoger

is dan wanneer geen interventie wordt ingevoerd. Op het gebied van intentie heeft de interventie effect en kan de hypothese worden geaccepteerd.

De gedragsscore die gemeten is, is niet significant ( $p=0,15$ ). Dit wil zeggen dat na invoering van de interventie het gedrag van huisartsen niet direct wordt beïnvloed. Uit de meting blijkt wel dat de testgroep een positievere score behaalt. In tegenstelling tot de intentiemeting kan de hypothese niet worden geaccepteerd en zal daarom worden verworpen.

De laatste groep vragen uit de vragenlijst geeft net als de andere twee groepen een beeld van het imago van huisartsen ten opzichte van de Stoppen met roken poli. Binnen deze groep, de imagogroep, is een significant verschil (0,03) gemeten tussen de testgroep en de controlegroep. Dit wil zeggen dat het imago bij huisartsen groeit nadat de communicatiemiddelen zijn ingevoerd. Voor deze groep kan de hypothese, net als bij de intentiegroep, worden geaccepteerd.

### 4.3 Hypothese 3

*Marketingcommunicatie leidt tot een significant hogere instroom van patiënten voor de Stoppen met roken poli.*

De instroom van patiënten voor invoering van de interventie was bij de testgroep hoger dan bij de controlegroep, terwijl de instroom van patiënten is na de interventie bij de testgroep en de controlegroep even hoog lag. Voor beide groepen kwam de instroom in de periode na de interventie op 27 patiënten per groep. De meting, met een correctie van instroom voor de interventie, op de instroom van patiënten na de interventie laat zien dat er geen significant ( $p=0,43$ ) verschil is tussen de groepen.

Tabel 4

#### **Instroommeting na interventie**

	<u>Testgroep</u> n=31	<u>Controlegroep</u> n=26	<u>F-waarde</u>	<u>Significantie</u>
Gemiddelde instroom per maand na interventie (Standaard Deviatie)	0,22 (0,30)	0,26 (0,47)	0,52	0,47
Correctie op de instroom voor de interventie			2,53	0,12

Ook de meting zonder de correctie van de instroom voor de interventie laat zien dat er geen significant verschil is ( $p=0,62$ ) tussen de testgroep en de controlegroep.

Tabel 5

**Instroommeting na interventie (Anova)**

	<u>Tesgroep</u> n=31	<u>Controlegroep</u> n=26	<u>F-waarde</u>	<u>Significantie</u>
Gemiddelde instroom per maand na interventie (Standaard Deviatie)	0,22 (0,30)	0,26 (0,47)	0,25	0,62

Door deze effectmetingen kan hypothese drie, marketingcommunicatie leidt tot een significant hogere instroom van patiënten voor de Stoppen met roken poli, niet worden geaccepteerd en zal daarom verworpen moeten worden. De interventie heeft hier geen effect op de instroom van patiënten.

#### 4.4 Overige resultaten

In de overige resultaten zijn resultaten weergegeven die niet direct betrekking hebben op de gestelde hypothesen, maar wel informatie geeft over de effectiviteit communicatiemiddelen.

De kenmerken van de Stoppen met roken poli uit de vragenlijst hebben een Conbach's Alfa van 0,80. Dat wil zeggen dat de kenmerken met elkaar samenhangen, aangezien de alfa hoger ligt dan de minimale waarde van 0,70.

Door middel van een correlatieanalyse is gekeken welke kenmerken van samenhangen met de groepen intentie, gedrag en imago. In deze analyse komt naar voren dat de kenmerken 'omvang poli' en 'toegankelijkheid' correleren met de intentiegroep met een significantieniveau van 0,01. De kenmerken 'toegankelijkheid' en 'wachtijd' correleren met de gedragsgroep, alleen met een significantieniveau van 0,05. Het kenmerk dat correleren met een significantieniveau van 0,01 bij de imagogroep is net als bij de vorige groepen 'toegankelijkheid'. In tabel 6 op de volgende pagina zijn alle waarden weergegeven

Tabel 6

**Pearson Correlatie van de kenmerken van de poli per groep**

	Intentiegroep n=57	Gedragsgroep n=57	Imagogroep n=57
Omvang poli	0,35**	-0,05	0,19
Significantie	0,01	0,71	0,15
Nuttig	0,24	0,24	0,11
Significantie	0,08	0,07	0,43
Informeel	0,15	-0,05	0,23
Significantie	0,28	0,70	0,09
Toegankelijkheid	0,35**	0,29*	0,36**
Significantie	0,01	0,03	0,01
Effectiviteit	0,20	-0,03	0,27*
Significantie	0,14	0,85	0,05
Non-profit	0,19	-0,02	0,03
Significantie	0,15	0,86	0,83
Wachtijd	0,33*	0,29*	0,33*
Significantie	0,01	0,03	0,01
Effect op termijn	0,28*	-0,22	0,23
Significantie	0,03	0,10	0,08

\*\* significant op 0,01

\* significant op 0,05

Om vast te stellen of deze kenmerken bepalend zijn voor de intentie, gedrag en het imago regressie analyse gedaan. Hieruit volgt dat voor alle drie de groepen geen van de kenmerken een significant verschil aantonen. Hierdoor zullen de kenmerken met de minste significantie uit de analyse worden gehaald, totdat een significant verschil gevonden wordt. Uiteindelijk is zowel 'omvang van de poli' ( $p=0,02$ ) als 'toegankelijk' ( $p=0,03$ ) een significant bepalend kenmerk voor de intentie van huisartsen. Opvallend is wel dat wanneer een regressie analyse wordt gedaan met 'omvang van de poli' ( $p=0,04$ ) en 'wachtijd' ( $p=0,03$ ) ook significante verschillen worden gevonden. De drie variabelen 'omvang van de poli', 'toegankelijkheid' en 'wachtijd' samen geven geen significante verschillen bij 'toegankelijkheid' ( $p=0,27$ ) en 'wachtijd' ( $p=0,28$ ).

Tabel 7

**Bepalende kenmerken voor Intentie**

	Beta (Significantie)	R2	F-waarde	Significantie
Omvang poli	0,27 (0,04)	0,19	6,40	0,00
Toegankelijkheid	-0,28 (0,03)			
Omvang poli	0,29 (0,02)	0,19	6,36	0,00
Wachtijd	-0,27 (0,03)			
Omvang poli	0,27 (0,04)	0,21	4,68	0,01
Toegankelijkheid	-0,18 (0,27)			
Wachtijd	-0,17 (0,28)			

De kenmerken die bepalend zijn voor de uitkomst in de groep gedrag zijn 'nuttig' ( $p=0,06$ ), 'wachtijd' ( $p=0,02$ ) en 'effect op termijn' ( $p=0,01$ ). Deze kenmerken zijn significant bepalend voor het gedrag van huisartsen.

Tabel 8

**Bepalende kenmerken voor Gedrag**

	Beta (Significantie)	R <sup>2</sup>	F-waarde	Significantie
Nuttig	-0,25 (0,06)	0,23	5,14	0,00
Wachtijd	-0,30 (0,02)			
Effect op termijn	-0,36 (0,01)			

Ten slotte zijn de kenmerken gemeten die significant bepalend zijn voor de groep imago. Bij deze groep kwam maar een kenmerk, 'toegankelijkheid' ( $p=0,01$ ), naar voren dat significant bepalend is voor het imago van huisartsen.

Tabel 9

**Bepalende kenmerken voor Imago**

	Beta (Significantie)	R <sup>2</sup>	F-waarde	Significantie
toegankelijkheid	-0,36 (0,01)	0,13	8,04	0,01

Tevens is per kenmerk bekeken of het individueel een mogelijke voorspellende waarde is voor de groepen intentie, gedrag en imago. Hieruit blijkt dat bij zowel de intentiegroep als de imagogroep 'toegankelijkheid' ( $p=0,05$  en  $p=0,00$ ) en 'wachtijd' ( $p=0,05$  en  $p=0,02$ ) als voorspellende waarden kunnen worden gezien. Bij de gedragsgroep kan alleen 'toegankelijkheid' ( $p=0,04$ ) als voorspellende waarde worden gezien. Opvallend is dat het kenmerk 'toegankelijkheid' bij alle drie groepen wordt gezien als een voorspellende waarde.

Tabel 10

**Individueel bepalende kenmerken voor Intentie (1-5)**

	Negatief n=17	Positief n=40	Totaal n=57	F-waarde	Significantie
Omvang poli (Standaard Deviatie)	3,06 (0,56)	3,40 (0,74)	3,30 (0,71)	2,88	0,10*
Nuttig (Standaard Deviatie)	4,12 (0,60)	4,30 (0,69)	4,25 (0,66)	0,90	0,35
Informeel (Standaard Deviatie)	2,88 (0,49)	2,98 (0,73)	2,95 (0,67)	0,23	0,64
Toegankelijkheid (Standaard Deviatie)	3,53 (0,72)	4,00 (0,85)	3,86 (0,83)	4,01	0,05**
Effectiviteit (Standaard Deviatie)	3,53 (0,51)	3,75 (0,81)	3,68 (0,74)	1,07	0,31
Non-Profit (Standaard Deviatie)	3,35 (1,06)	3,60 (0,90)	3,53 (0,95)	0,81	0,37
Wachtijd (Standaard Deviatie)	3,35 (0,49)	3,75 (0,74)	3,63 (0,70)	4,08	0,05**
Effect op termijn (Standaard Deviatie)	3,29 (0,77)	3,73 (0,91)	3,60 (0,88)	2,94	0,09*

\*\* significant op 0,05

\* significant op 0,10





Tabel 11

**Individueel bepalende kenmerken voor Gedrag (1-5)**

	<u>Negatief</u> n=26	<u>Positief</u> n=31	<u>Totaal</u> n=57	<u>F-waarde</u>	<u>Significantie</u>
Omvang poli (Standaard Deviatie)	3,42 (0,90)	3,19 (0,48)	3,30 (0,71)	1,51	0,23
Nuttig (Standaard Deviatie)	4,04 (0,66)	4,42 (0,62)	4,25 (0,66)	5,01	0,03**
Informeel (Standaard Deviatie)	3,04 (0,82)	2,87 (0,50)	2,95 (0,67)	0,89	0,35
Toegankelijkheid (Standaard Deviatie)	3,62 (0,80)	4,06 (0,81)	3,86 (0,83)	4,36	0,04**
Effectiviteit (Standaard Deviatie)	3,65 (0,63)	3,71 (0,82)	3,68 (0,74)	0,08	0,78
Non-Profit (Standaard Deviatie)	3,54 (1,10)	3,52 (0,81)	3,53 (0,95)	0,01	0,93
Wachttijd (Standaard Deviatie)	3,54 (0,71)	3,71 (0,61)	3,63 (0,70)	0,85	0,36
Effect op termijn (Standaard Deviatie)	3,81 (0,90)	3,42 (0,85)	3,60 (0,88)	2,82	0,10*

\*\* significant op 0,05

\* significant op 0,10

Tabel 12

**Individueel bepalende kenmerken voor Imago (1-5)**

	<u>Negatief</u> n=30	<u>Positief</u> n=27	<u>Totaal</u> n=57	<u>F-waarde</u>	<u>Significantie</u>
Omvang poli (Standaard Deviatie)	3,20 (0,66)	3,41 (0,75)	3,30 (0,71)	1,23	0,27
Nuttig (Standaard Deviatie)	4,20 (0,61)	4,30 (0,72)	4,25 (0,66)	0,30	0,59
Informeel (Standaard Deviatie)	2,80 (0,55)	3,11 (0,75)	2,95 (0,67)	3,22	0,08*
Toegankelijkheid (Standaard Deviatie)	3,57 (0,77)	4,19 (0,79)	3,86 (0,83)	8,94	0,00**
Effectiviteit (Standaard Deviatie)	3,53 (0,68)	3,85 (0,77)	3,68 (0,74)	2,75	0,10
Non-Profit (Standaard Deviatie)	3,50 (1,04)	3,56 (0,85)	3,53 (0,95)	0,05	0,83
Wachttijd (Standaard Deviatie)	3,43 (0,50)	3,85 (0,82)	3,63 (0,70)	5,53	0,02**
Effect op termijn (Standaard Deviatie)	3,43 (0,77)	3,78 (0,97)	3,60 (0,88)	2,21	0,14

\*\* significant op 0,05

\* significant op 0,10

Per item uit de vragenlijst is gekeken of een effect te meten is na invoering van de interventie. Alle effecten, ofwel significante verschillen, worden als eerste besproken, daarna volgt een korte beschrijving van de niet-significante verschillen.

Op de vraag op welk termijn de begeleiding van de poli effect heeft, heeft de testgroep een significant hogere verwachting ( $p=0,02$ ) dan de controlegroep dat de begeleiding op lange termijn effect heeft. Op de vraag of men bereid is patiënten door te sturen naar de Stoppen met roken poli heeft de testgroep positiever (hogere score) gereageerd dan de controlegroep. Het verschil tussen de testgroep en de



controlegroep is significant ( $p=0,02$ ), waardoor de groep met de interventie de intentie heeft om eerder patiënten door te sturen naar de Stoppen met roken poli. De interventie heeft ook invloed op de positie van de poli ten opzichte van de H-MIS. Uit de meting blijkt ( $p=0,03$ ) dat de groep zonder interventie de Stoppen met roken poli eerder zien als een concurrent van hun eigen H-MIS. Ten slotte heeft de interventie ook effect op de intentie van het doorsturen en informeren van patiënten in de toekomst. De intentie om patiënten door te sturen in de toekomst was bij de testgroep significant hoger ( $p=0,00$ ) dan bij de controlegroep. Net als bij het doorsturen was ook de intentie om in de toekomst patiënten te informeren significant hoger ( $p=0,02$ ) dan bij de controlegroep.

De significantieniveaus van alle items uit de vragenlijst zijn in het onderstaande tabel weergegeven. Op vrijwel alle items reageerden de huisartsen uit de testgroep positiever, maar is er niet altijd een significant verschil gemeten.

Tabel 13

**Individuele effecten na interventie (1-3)**

		Testgroep n=31	Controlegroep n=26	Totaal n=57	F-waarde	Significantie
Omvang poli	(Std. Deviatie)	2,26 (0,63)	2,19 (0,41)	2,23 (0,57)	0,19	0,67
Nuttig	(Std. Deviatie)	2,94 (0,25)	2,81 (0,40)	2,88 (0,33)	2,15	0,15
Informeel	(Std. Deviatie)	1,90 (0,47)	1,85 (0,46)	1,88 (0,47)	0,21	0,65
Toegankelijkheid	(Std. Deviatie)	2,65 (0,66)	2,62 (0,50)	2,63 (0,59)	0,04	0,85
Effectiviteit	(Std. Deviatie)	2,58 (0,56)	2,50 (0,51)	2,54 (0,54)	0,32	0,58
Non-Profit	(Std. Deviatie)	2,35 (0,71)	2,38 (0,64)	2,37 (0,67)	0,03	0,87
Wachttijd	(Std. Deviatie)	2,61 (0,50)	2,38 (0,50)	2,51 (0,50)	3,00	0,09*
Effect op termijn	(Std. Deviatie)	2,55 (0,57)	2,19 (0,57)	2,39 (0,59)	5,57	0,02**
Verantwoordt stoppen met poli	(Std. Deviatie)	2,81 (0,54)	2,58 (0,70)	2,70 (0,63)	1,93	0,17
Kostenloze begeleiding	(Std. Deviatie)	2,29 (0,86)	1,88 (0,95)	2,11 (0,92)	2,84	0,10*
Niet alleen risicogroepen doorverwijzen	(Std. Deviatie)	2,55 (0,81)	2,19 (0,94)	2,39 (0,88)	2,36	0,13
Terugkoppeling is niet nodig	(Std. Deviatie)	1,55 (0,77)	1,65 (0,80)	1,60 (0,78)	0,26	0,61
Samenwerking afdeling longgeneeskunde is nuttig	(Std. Deviatie)	2,32 (0,95)	1,96 (0,96)	2,16 (0,96)	2,03	0,16
Veel gebruik van H-MIS	(Std. Deviatie)	1,90 (0,87)	2,12 (0,82)	2,00 (0,85)	0,89	0,35
Patiënten doorsturen naar de poli	(Std. Deviatie)	2,94 (0,25)	2,50 (0,76)	2,74 (0,58)	9,00	0,00**
Patiënten doorsturen ook indien poli niet effectiever is	(Std. Deviatie)	2,32 (0,70)	2,00 (0,85)	2,18 (0,78)	2,47	0,12
Stoppen met roken poli is geen concurrent voor H-MIS	(Std. Deviatie)	2,42 (0,81)	1,92 (0,85)	2,19 (0,85)	5,12	0,03**
Patiënten doorsturen ook indien er een wachtlijst is	(Std. Deviatie)	2,32 (0,79)	1,88 (0,95)	2,12 (0,89)	3,60	0,06*
Patiënten informeren over de poli	(Std. Deviatie)	2,55 (0,81)	2,15 (0,88)	2,37 (0,86)	3,10	0,08*
Veel patiënten doorsturen naar de poli	(Std. Deviatie)	2,16 (0,86)	1,88 (0,86)	2,04 (0,87)	1,46	0,23
Verpleegkundigen zijn vakkundig	(Std. Deviatie)	2,61 (0,50)	2,50 (0,51)	2,56 (0,50)	0,72	0,40
In de toekomst meer werken met H-MIS	(Std. Deviatie)	2,19 (0,75)	2,31 (0,68)	2,25 (0,71)	0,36	0,55
In de toekomst meer patiënten doorsturen	(Std. Deviatie)	2,48 (0,77)	1,85 (0,83)	2,19 (0,85)	9,00	0,00**
In de toekomst meer patiënten informeren over de poli	(Std. Deviatie)	2,45 (0,77)	1,96 (0,82)	2,23 (0,82)	5,39	0,02**

\*\* significant op 0,05

\* significant op 0,10

De survey is niet alleen door huisartsen ingevuld, maar ook door enkele praktijkondersteuners. 9 van de 57 respondenten waren praktijkondersteuners. Dit is een percentage van 16 procent. Naar aanleiding van de diepte-interviews met enkele huisartsen kwam naar voren dat ook vaak praktijkondersteuners patiënten helpen en informeren over het Stoppen met roken. De verwachting zou dan zijn dat deze praktijkondersteuners evenveel kennis hebben over de Stoppen met roken poli. Naar

aanleiding van deze vraag is een meting gedaan naar het verschil van kennis over de poli tussen huisartsen en praktijkondersteuners. Uit deze meting komt naar voren dat praktijkondersteuners significant minder kennis hebben ( $p=0,04$ ) over de poli dan huisartsen.

Tabel 14

**Kennisindex tussen huisartsen en praktijkondersteuners (6-12)**

	Huisartsen n=48	Praktijkondersteuners n=9	Totaal n=57	F-waarde	Significantie
Kennisindex (Standaard Deviatie)	8,40 (1,23)	7,44 (1,24)	8,25 (1,27)	4,51	0,04

## 5. Discussie en conclusie

Uit onderzoek is gebleken dat de intentie en het imago van huisartsen uit de testgroep verbeterd is ten opzichte van de intentie en het imago van huisartsen uit de controlegroep. Dit betekent dat huisartsen die worden geïnformeerd aan de hand van een folder en een informatiebrief direct of in de toekomst de intentie hebben om patiënten in de toekomst door te sturen naar de Stoppen met roken poli. Als de poli in de toekomst naast het imago en de intentie ook het gedrag wil veranderen, dient de folder de kenmerken te belichten die bepalend zijn voor deze groepen. Voor de intentieverandering dient de nadruk te liggen op wachttijd, toegankelijkheid en de omvang van de poli. Voor het imago is alleen toegankelijkheid belangrijk en voor een verandering in het gedrag dient de nadruk te worden gelegd op de wachttijd, het effect op de lange termijn en het nut van de poli. Wellicht kan een vervolgonderzoek over deze gevonden verbanden bevestigen.

Het onderzoek toont ook aan dat het imago van de poli is verbeterd bij huisartsen indien een interventie wordt ingevoerd. Het imago van de poli is beter bij huisartsen die het informatiepakket hebben ontvangen. Deze verandering is na onderzoek significant gebleken. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat huisartsen vooral toegankelijkheid en wachttijd belangrijke kenmerken vinden voor een Stoppen met roken poli. Opvallend is dat het kenmerk effectiviteit uit onderzoek geen belangrijke rol speelt bij de huisartsen, terwijl bij alle diepte-interviews dit wel als bepalend kenmerk is genoemd. De kenmerken wachttijd en toegankelijkheid dienen in de toekomst veel aandacht te krijgen, om zodoende een positief imago en reputatie te ontwikkelen.

Het onderzoek heeft daarnaast aangetoond dat huisartsen meer kennis over de poli hebben indien huisartsen een informatiepakket ontvangen. Deze stelling is



alleen gebaseerd op een zichtbaar verschil tussen de testgroep en de controlegroep, waarbij het resultaat niet significant is gebleken.

Aan de hand van de resultaten van het onderzoek kan de Stoppen met roken poli enkele communicatiemiddelen, om huisartsen te informeren, gebruiken voor het vergroten van de instroom van patiënten. Het onderzoek toont aan dat communicatie kan zorgen voor een intentie om patiënten door te sturen naar de Stoppen met roken poli, hierdoor kan de Stoppen met roken poli dit middel in de toekomst vaker gaan inzetten om zodoende een goed draaiende poli neer te zetten. De huidige instroom heeft niet aangetoond dat de intentie ook leidt tot daadwerkelijk doorsturen van patiënten, maar wellicht dat deze instroomverandering na een halfjaar tot een jaar beter te zien is. Indien dan aangetoond kan worden dat communicatie ook voor een grotere patiëntenstroom zorgt, kan men de resultaten van het onderzoek gebruiken ter promotie van het te ontwikkelen concept. De Stoppen met roken poli heeft als einddoel om grootschalige wetenschappelijke onderzoeken te doen en dat kan alleen wanneer meerdere poli's resultaten van patiënten kunnen bundelen en vergelijken.

Naar aanleiding van de diepte-interviews die gehouden zijn voor invoering van de interventie zijn enkele opvallende vraagtekens gezet door een huisarts met betrekking tot de werkwijze van de Stoppen met roken poli. Tijdens één van de interviews is door een huisarts aangegeven dat de samenwerking tussen de Stoppen met roken poli en de afdeling longgeneeskunde overbodig is. Door middel van deze samenwerking worden patiënten eerst gezien door de longarts waardoor er sprake kan zijn van het medicaliseren van de patiënten. Daarnaast kan de samenwerking worden gezien als een financiële gunstige keuze, waardoor de poli een commerciële uitstraling zou kunnen krijgen. Dit oordeel werd tevens versterkt door een andere huisarts die naar aanleiding van de survey eenzelfde telefonische reactie heeft gegeven. Deze kwestie heeft wellicht meegespeeld in het imago oordeel van deze huisartsen bij het invullen van de survey. Het is niet bekend hoe patiënten hierover denken en hierop reageren. Wellicht kan een vervolgonderzoek hier meer duidelijkheid over geven.

Uit het onderzoek van Ashende, Silagy en Weller (1997) is gebleken dat voor elke 50 rokers die geadviseerd worden om te stoppen door hun huisarts, slechts een of twee daadwerkelijke niet-rokers worden. Ondanks de bepalende invloed van huisartsen op haar patiënten, worden slechts enkele rokers daadwerkelijk geadviseerd om te stoppen (Coleman, Wynn, Barrett, Wilson & Adams, 2001). De



huisartsen proberen de confrontatie met haar patiënten uit de weg te gaan en alleen die patiënten te adviseren die al gezondheidsproblemen hebben die aan het roken gerelateerd zijn (Coleman, Murphy & Cheater, 2000). Wanneer de huisarts over het roken van een patiënt begint wordt in het algemeen afwachtend gereageerd op de reactie van de patiënt. Hierbij gebruiken huisartsen vooral niet-confronterende aanpakken voor de discussie. Dit kan een nadeel zijn voor het onderzoek en de werking van de interventie, aangezien de informatie die huisartsen over de poli hebben niet vanzelfsprekend wordt overgebracht aan patiënten. Effecten kunnen hierdoor minder sterk naar voren komen. De interventie kan in tegenstelling tot de bevindingen van Coleman, Murphy & Cheater (2000) misschien ook wel stimulerend werken, waardoor de huisartsen de discussie eerder aan durven gaan omdat zij kennis en informatie hebben over de poli. Wellicht kan een onderzoek op dit gebied hier meer informatie over verschaffen.

Door de hoge respons binnen de groep zijn de belangrijkste effecten duidelijk naar voren gekomen. Toch zijn neveneffecten tussen bijvoorbeeld huisartsen en praktijkondersteuners moeilijk te meten, aangezien zij door de beperkte omvang van de groep niet altijd als betrouwbaar kunnen worden gezien. Dit kan een oorzaak zijn van de kleine geografische setting. Wellicht kan een vervolgonderzoek voor heel regio Twente in plaats van alleen regio Enschede hier meer antwoorden en effecten meten.

Voor de diepte-interviews zijn enkele huisartsen telefonisch benaderd. Deze benadering betekent een extra contact voor het onderzoek en dat kan worden gezien als een extra interventie. In de resultaten komt dit effect niet direct naar voren, maar dit kan mee hebben gespeeld bij de huisartsen wanneer zij de survey hebben ingevuld, dit is niet naar voren gekomen uit de resultaten van het onderzoek. Omdat deze effecten niet direct te zien zijn, zijn er geen maatregelen genomen om deze respondenten uit het onderzoek te halen. Indien gekozen zou worden voor het weglaten van de respondenten zou de validiteit van het onderzoek enigszins toenemen, maar zou de betrouwbaarheid daarentegen sterk afnemen omdat het aantal respondenten dan erg laag zou liggen.

De eindmeting die betrekking heeft op de instroom van patiënten is geen echte eindmeting. Het is moeilijk te zeggen wanneer men duidelijk kan zien wanneer een interventie effect heeft, maar de verwachting is dat op het gebied van patiënteninstroom het effect na een half jaar pas echt goed te meten is. Men kan in



dit geval niet spreken van een eindmeting, maar het kan beter worden gezien als een tussenmeting. Doordat dit onderzoek verbonden is aan een afstudeeropdracht is er sprake van beperkte tijd, vandaar dat er gekozen is voor een meting binnen dit tijdsbestek. Een mogelijk vervolg van het onderzoek kan uitwijzen of de interventie na een periode van een half jaar heeft geleid tot een grotere patiëntenstroom.

De Stoppen met roken poli wil een concept ontwikkelen dat men gemakkelijk in andere ziekenhuizen kan toepassen, zodat resultaten van verschillende ziekenhuizen op eenzelfde manier worden verwerkt. Als er meer wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan, zal dit wellicht ten goede komen aan de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de behandelingen. Hierdoor kunnen de kosten per behandeling misschien worden verlaagd. Indien de kosten lager zijn kunnen tevens meer patiënten worden geholpen.



## Referenties

- Ashenden, R., Silagy, C. & Weller, D. (1997). A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice* 14,160–176.
- Becker, G.S., Grossman, M., en Murphy, K.M. (1990) An Empirical Analysis of Cigarette Addiction. *American Economic Review*, 84, 396-418.
- Van den Beekmortel, F.W.P.J., Bootsma, G.P., Heijdra, Y.F., van Spiegel, P.I. & Wollersheim, H. (2000). Smoking cessation: which aids are worthwhile? *Nederlands journal of medicine*, 57, 198-205.
- Blackwell, R.D., Miniard, P.W. & Engel, J.F. (2001). Consumer Behavior. Ohio: South-Western, Thomson Learning.
- Blass, T. (1991). Understanding behavior in the Milgram obedience experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 398–413.
- Blass, T. (1999). The Milgram paradigm after 35 years: Some things we now know about obedience to authority. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 955–978.
- Van den Brink, W.T.J. (2000). *120 vragen over astma, chronische bronchitis en emfyseem*. Utrecht, Het Spectrum B.V.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. & Wilson, G.T. (1986) Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*. 41(7), 765-782.
- Boulding, K.E. (1973), *The Image*, The University of Michigan Press, Ann Arbor, Michigan.
- Calverley, P.M.A., en Walker, P. (2003). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lancet*, 362, 1053-1061.
- Cialdini, R. B. (2001). *Influence: Science and practice*. Boston: Ally & Bacon.

Cipolle, R.J., Strand, L.M. & Morley, P.C. (1998).

*Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill.

Coleman, T., Murphy, E. & Cheater, F.C. (2000). Factors influencing discussions about smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of General Practitioners*, 50, 207–210.

Coleman, T., Wynn, A.T., Barrett, S., Wilson, A. & Adams, S. (2001). Intervention study to evaluate pilot health promotion payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *British Medical Journal*, 323, 435–436.

Cummings, N. & Fernandez, L.E. (1985). Exciting future possibilities for psychologists in the marketplace : One current example. *The Independent Practitioner*, 5(1), 19-22.

Curry, S.J., & McBride, C.M. (1994), Relapse prevention for smoking cessation: Review and evaluation of concepts and interventions. *Annual Review of Public Health*, 15, 345-366.

Doll, R. & Crofton, J. (1996). Tobacco and health. *British Medical Bulletin*, 52 (1).

Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328, 1519.

Fiore, C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R. et al. (2000). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence; a US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA*, 283, 3244-3254.

Glanz, K., Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (1997). The scope of health promotion and health education. *Health behavior and health education 2nd edition*. San Francisco: Jossey-Bass.





- Gotsi, M. & Wilson, A.M. (2001). Corporate reputation: Seeking a Definition. *Corporate Reputation: An International Journal*, 6(1), 24-30.
- Gray, E., Balmer, J.M.T., *Managing Corporate Image and Corporate Reputation*, In: Long Range Planning, Vol. 31, No. 5, p. 695-702, 1998.
- Jimenez-Ruiz, C.A., Masa, F., Miravittles, M., Gabriel, R., Viejo, J.L., Villasante C., & Sobradillo V. (2001). Smoking characteristics; differences in attitudes and Dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest*, 119, 1365-1370.
- de Jong, M. & P. J. Schellens, (1996). Interviews of groepsgesprekken? Een vergelijkend onderzoek naar twee varianten van de plus-en-minmethode. In: *Taalbeheersing*, vol. 18, afl. 4, p. 339-350.
- de Jong, M. & P. J. Schellens, (2002). Tekstevaluatie. Onderzoek naar de validiteit van probleemopsporende methoden. In: *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, vol. 24, afl. 2, p. 146-166.
- Kennedy, S.H. (1977). Nurturing corporate images: total communication or ego trip? *European Journal of Marketing*, 11(3), 120-64.
- Kok, G., van den Borne, B. & Dolan Mullen, P. (1997). Effectiveness of Health Education and Health Promotion: Meta-Analyses of Effect Studies and Determinants of Effectiveness. *Patient Education Counsel*, 30, 17-25.
- Law, M. & Tang, J. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to stop people smoking. *Archives of Internal Medicine*. 155(18).1933-1941.
- Levant, R.F. (1987) The Use of Marketing Techniques to Facilitate Accptance of Prevention Programs: Case Example. *Professional Psychology: Research and Practice*, 8(6), 640-642.
- Lewis, S. (2001). Measuring corporate reputation. *Corporate Reputation: An International Journal*, 6(1), 31-35.



- Likert, R. (1931). A technique for the measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*. New York: Columbia University Press.
- Martineau, P. (1958). The Personality of the Retail Store. *Harvard Business School Press*, 36(January/February), 47-55.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority*. New York: Harper & Row.
- Montazeri, A., & McEwen, J., (1997). Effective communication: Perception of anti-smoking advertisements. *Patient Education Counsel*, 30, 27-33.
- Nemcek, M.A. (1990). Health beliefs and preventive behaviour: a review of research literature. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 38(3), 127-138.
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., Heath Jr., S. & Doll, R. (1996). Mortality from smoking world-wide. *British Medical Bulletin*, 52, 12–21.
- Pieterse, M.E., Van Dam-De Meij, K., In 't Veld, C.J. & Helsloot, R.S.M. (1995). *NHG-KBStoppen met roken-Cahier*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Pieterse, M.E. (1999). *Stoppen met roken met hulp van de huisartsenpraktijk. Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventiestrategie*. Twente University Press, Enschede.
- Riel, C.B.M. van, *Identiteit en imago: een inleiding in de corporate communication*, Schoonhoven:Academic Service, 1992.
- Sagarin, B. J., Cialdini, R. B., Rice, W. E. & Serna, S. B. (2002). Dispelling the Illusion of Invulnerability: The Motivations and Mechanisms of Resistance to Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 526-541.
- Schellens, P.J., Klaassen, R. & de Vries, S. (2002). *Communicatiekundig ontwerpen: Methoden, perspectieven en toepassingen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.



Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D. & Fowler, G.

(2001). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane review). *The Cochrane library, Issue 4. Oxford: Update Software; 2001.*

Silagy, C. & Stead, L. (2003). Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Library, 2 (CD000165).*

Stivoro. (2005). Een rookvrije toekomst voor de nieuwe generatie: *Jaarverslag 2004.*

Stivoro & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). Roken en de wet: *Informatie over de tabakswet.*

Tromp-Beelen, P.G., Weijers-Everhard, J.P. (2001). Roken, meer dan een slechte gewoonte. *Pharmaceutisch Weekblad, 136, (40), 1503-1507.*

Verhage, B. (1998) Grondslagen van de marketing. Houten: Educatieve Partners Nederland.

van Weel, C., van Bladeren, F.A., Coebergh, J.W.W., Drenthen, A.J.M., Kaandorp, C.J.E., Schippers, G.M., van Spiegel, P.I., van Veenendaal, H., Wittenberg, J. & van Barneveld, T.A. (2004). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving.* Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications B.V.

Winnett, R.A., King, A.C., & Altman, D.C. (1989). *Health psychology and public health: an integrative approach.* New York: Pergamon Press.



**Bijlage I**  
**Informatiebrief**

Aan: Huisartsen in Enschede

22 mei 2006

Geachte dame / heer,

Bij deze willen wij de Stoppen met roken poli van Medisch Spectrum Twente opnieuw onder uw aandacht brengen.

Sedert 1 juli 2005 is de Stoppen met roken poli ondergebracht bij de afdeling Longziekten. Rokers die willen stoppen met roken kunnen dit doen met begeleiding van de verpleegkundigen van deze poli. De te volgen methode is afgeleid van de L-MIS (L=longartsen), waarbij het aantal begeleidingsmomenten per patiënt over een periode van een jaar niet gelimiteerd is. Rokers die geïnteresseerd zijn in deze vorm van begeleiding kunnen zich melden bij het secretariaat Longziekten, polikliniek 10, telefoon (053) 4 87 26 10.

Wij willen graag zoveel mogelijk mensen informeren over dit individuele begeleidings-traject. Derhalve aan u het verzoek om de Stoppen met roken poli bij uw rokende patiënten onder de aandacht te brengen. Bijvoorbeeld door bijgevoegde poster en brochures een plek te geven in de wachtruimte van uw praktijk. En patiënten die worden geadviseerd te stoppen met roken actief te informeren over de poli en haar begeleidingsmethode.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,  
Team Stoppen met roken poli

Bijlage:Poster  
Patiëntenbrochures



**Bijlage II**  
**Poster**





---

**Bijlage III**  
**Patiëntenbrochure**

Medisch Spectrum Δ Twente



### **Begeleiding**

De 'stoppen met roken begeleiding' duurt maximaal een jaar. In dit jaar komt u na uw 'stopafspraken' nog minimaal vier keer op de poli voor een vervolgspraak. Extra bezoeken zijn in overleg ook mogelijk.

### **Aanmelden**

U kunt zich op werkdagen van **08.30 - 17.00 uur** telefonisch aanmelden bij het secretariaat Longziekten, telefoon (053) 4 87 26 10.

Het secretariaat Longziekten zorgt dat u een vragenlijst en een aantal formulieren krijgt. Wij verzoeken u deze ingevuld mee te nemen naar uw intakegesprek met de longarts.

### **Tenslotte**

U heeft recht op goede en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de longarts of verpleegkundige dan om nadere uitleg.

## **Stoppen met roken poli**

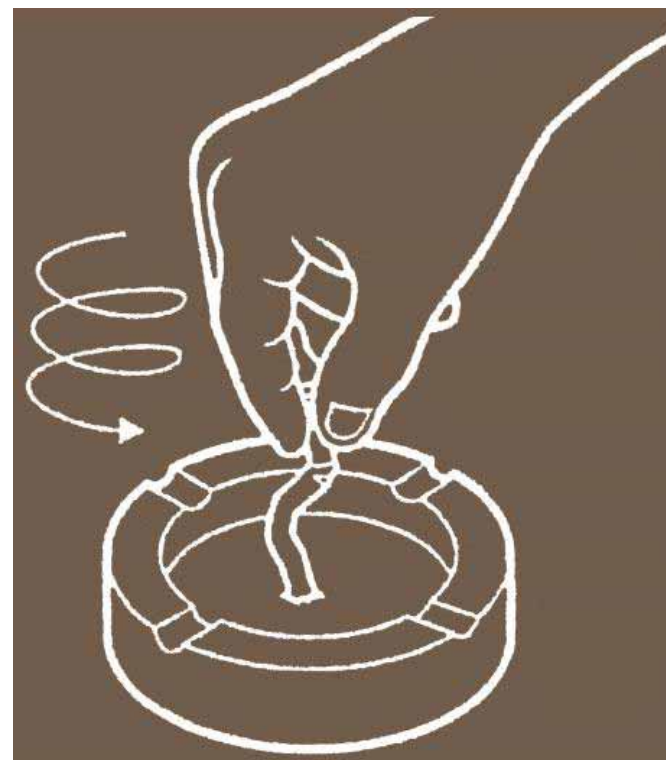
Bezoekadres

**ziekenhuis Enschede**

Δ Gebouw Haaksbergerstraat

Polikliniek 10

Telefoon: (053) 4 87 26 10



## **Stoppen met roken doe je niet zo maar**

De helft van de mensen die roken, heeft wel eens geprobeerd om te stoppen. Misschien geldt dat ook voor u. Wie eenmaal begonnen is met roken, komt moeilijk van deze verslaving af. Als u geprobeerd heeft te stoppen, weet u tegen welke problemen u aan kunt lopen. Het stoppen met roken lukt in de meeste gevallen wel, maar het volhouden is vaak het probleem. Er treden meestal ontwenningverschijnselen op. U kunt last krijgen van hoofdpijn of prikkelbaar worden tijdens het stoppen. Dit zijn vaak redenen om snel terug te vallen in het oude patroon, waar u niet met deze klachten te maken heeft. Om niet direct terug te vallen in dit patroon zijn er veel middelen en methoden om de kans op succes te vergroten. Uiteraard blijven dit hulpmiddelen. U bent degene die wilt stoppen en u dient het zelf te doen!

Door middel van intensieve begeleiding probeert de Stoppen met roken poli u een steuntje in de rug te geven bij het voorgoed stoppen met roken.

## **Wat zijn de voordelen van het stoppen met roken?**

Door te stoppen met roken, spaart u niet alleen veel geld uit maar uw gezondheid verbetert met name.

Als u stopt met roken:

- voelt u zich fitter;
- verbetert uw uithoudingsvermogen;
- presteert u lichamelijk meer en beter;
- ziet uw huid er beter uit;
- verbetert uw smaak- en reukvermogen;
- krijgt u een frisse adem;
- verdwijnt uw rokershoest;
- krijgt u warmere handen en voeten;
- neemt de kans op longziekten en luchtweginfecties af;
- neemt het risico op hart- en vaatziekten af.

U voelt zich na verloop van tijd steeds fitter, zowel geestelijk als lichamelijk!

## **De Stoppen met roken poli**

Sinds 2003 is in Medisch Spectrum Twente de Stoppen met roken poli gevestigd. De Stoppen met roken poli biedt u de mogelijkheid om onder deskundige begeleiding te stoppen met roken. Iedereen kan zich hiervoor aanmelden. De kosten voor deze begeleiding worden door uw zorgverzekeraar vergoed.

U kunt zich op verschillende manieren aanmelden voor de begeleiding. Zo worden mensen die van hun behandelend arts horen dat zij een ziekte hebben die (mede) door het roken veroorzaakt wordt, naar de poli doorgestuurd. Verder worden mensen op advies van hun huisarts doorgestuurd naar de poli. Daarnaast kunt u zich ook op eigen initiatief aanmelden voor de begeleiding.

## **Intake**

Tijdens de intake wordt een longfoto (thoraxfoto) gemaakt en wordt er een onderzoek gedaan om uw longinhoud te bepalen (spirometrie). Beide onderzoeken zijn pijnloos en niet belastend. Aansluitend heeft u een afspraak met de longarts. De longarts stelt u vragen over uw gezondheid en uw rookgedrag. Hierbij komen ook eventuele eerdere stoppogingen en stopredenen aan de orde.

De longarts stuurt u in de meeste gevallen door naar de Stoppen met roken poli. Indien nodig, verwijst de longarts u eerst door naar een andere specialist. Het secretariaat Longziekten maakt de eerste afspraak (de ‘stopafpraak’) op de Stoppen met roken poli voor u.

## **De ‘stopafpraak’**

De ‘stopafpraak’ is de eerste afspraak die u maakt voor de begeleiding in de ‘stoppen met roken fase’. Tijdens de ‘stopafpraak’ stelt u samen met de verpleegkundige uw persoonlijke stopplan op. De verpleegkundige geeft uitleg en advies over het stoppen met roken en de mogelijke hulpmiddelen hierbij. Vervolgens stelt u samen met de verpleegkundige een datum vast waarop u stopt met roken.



**Bijlage IV**  
**Survey**

## ***Vragenlijst voor de Stoppen met roken poli van het Medisch Spectrum Twente***

### **Even voorstellen:**

Mijn naam is Marnix Geesing, ik ben een student aan de Universiteit Twente, waar ik Toegepaste Communicatiewetenschap studeer. Op dit moment ben ik bezig met een afstudeeropdracht voor de Stoppen met roken poli van het Medisch Spectrum Twente.

### **Het onderzoek:**

In opdracht van de Stoppen met roken poli doe ik onderzoek naar het imago van de Stoppen met roken poli onder de huisartsen in Enschede. In het onderzoek wil ik graag te weten komen wat u als huisarts weet van de Stoppen met roken poli en hoe u tegen de poli en haar begeleidingsmethode aankijkt. Aan de hand van deze resultaten zal een goede inschatting kunnen worden gemaakt van de verhouding tussen de huisartsen in Enschede en de Stoppen met roken poli. Wellicht kan dit leiden tot een verbeterde samenwerking met de Stoppen met roken poli van het Medisch Spectrum Twente.

Hieronder volgt een vragenlijst, het invullen van deze vragenlijst zal waarschijnlijk vijf á tien minuten van uw tijd in beslag nemen. De vragenlijst zal anoniem worden verwerkt en de verkregen resultaten zullen per huisartsengroep worden gepresenteerd.

Voor het onderzoek is het van belang dat de vragenlijst wordt ingevuld door de huisarts, praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner.

Het eerste gedeelte van de vragenlijst heeft betrekking op de bekendheid en ervaring van de Stoppen met roken poli. Het tweede deel van de vragenlijst betreft de toekomstvisie en het imago van de Stoppen met roken poli.

*De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten voor het antwoord dat het meeste van toepassing is voor u of uw praktijk. Wanneer u andere antwoorden heeft die niet bij de keuzemogelijkheden staan, kunt u uw antwoord invullen in het gedeelte "anders, namelijk...". Daarnaast zijn er enkele open vragen waarbij u uw antwoord kunt invullen in de ruimte direct onder de desbetreffende vraag. Eventuele extra opmerkingen op de vragen en stellingen kunt u op de achterkant van de vragenlijst vermelden.*

1. Kent u de Stoppen met roken poli van het Medisch Spectrum Twente?  
 Ja  
 Nee
  
2. Weet u waar de Stoppen met roken poli van het Medisch Spectrum Twente zich bevindt in het ziekenhuis?  
 Ja, namelijk .....
  
- Nee
  
3. Wist u dat de Stoppen met roken poli patiënten begeleid op basis van een afgeleide L-MIS (Minimale Interventie Strategie voor Longpatiënten)?  
 Ja  
 Nee
  
3. Wist u dat de Stoppen met roken poli in samenwerking met de afdeling longgeneeskunde zich bezig houdt met wetenschappelijk onderzoek op het gebied van stoppen met roken?  
 Ja  
 Nee
  
4. Wist u dat de Stoppen met roken poli sinds juli 2005 is ondergebracht bij de afdeling longgeneeskunde?  
 Ja  
 Nee
  
5. Wist u dat de patiënten van de Stoppen met roken poli eerst een bezoek brengen aan een longarts?  
 Ja  
 Nee

6. Wat zijn de reacties van uw patiënten over de Stoppen met roken poli?

- Zeer positief
- Positief
- Neutraal
- Negatief
- Zeer negatief
- Niet bekend
- Ik heb nog geen patiënten doorgestuurd naar de Stoppen met roken poli

7. Wat zijn voor u belangrijke kenmerken van de Stoppen met roken poli in Enschede?

*Hierbij dient u aan te geven welk kenmerk het beste past bij de Stoppen met roken poli. Dit kunt u doen door een X te zetten in een van de vijf vakken tussen de twee uitersten van kenmerken*

Grootschalig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kleinschalig
Nuttig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutteloos
Formeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informeel
Toegankelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ontoegankelijk
Effectief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ineffectief
Commercieel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non-profit
Korte wachttijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lange wachttijd
Korte termijn effect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lange termijn effect (van het stoppen met roken)

In het volgende gedeelte zijn wij geïnteresseerd in uw mening ten aanzien van een aantal stellingen. De stellingen hebben betrekking op de toekomstvisie en imago van de Stoppen met roken poli.

*U kunt bij deze stellingen het antwoord aankruisen dat het meest van toepassing is op u en uw praktijk. Belangrijk is dat u het antwoord geeft dat het eerste bij u opkomt. Hierbij is maar een antwoord mogelijk. U kunt een X zetten in een van de vakken achter de stelling of het vak inkleuren.*

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>Een beetje mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Een beetje mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
8. De Stoppen met roken poli helpt rokers op een verantwoorde manier te stoppen met roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik vind dat de stoppen met roken begeleiding geheel kosteloos moet zijn voor mensen die willen stoppen met roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik vind dat alleen risicogroepen moeten worden doorverwezen naar de speciale begeleidingsmethoden voor het stoppen met roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik vind het niet nodig om een terugkoppeling te krijgen over de verloop van het stopproces indien patiënten zich aanmelden bij de poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ik vind de samenwerking tussen de Stoppen met roken poli en afdeling longgeneeskunde onnodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ik maak vaak gebruik van de H-MIS om patiënten te begeleiden bij stoppen met roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ik ben bereid om patiënten door te sturen naar de Stoppen met roken poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>Een beetje mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Een beetje mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
15. Ik ben alleen bereid patiënten door te sturen als de Stoppen met roken poli effectiever is dan de H-MIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. De Stoppen met roken poli kan met haar begeleidingsmethode worden gezien als een concurrent voor de huisartsen (H-MIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik ben alleen bereid om patiënten door te sturen naar de Stoppen met roken poli, indien patiënten direct geholpen kunnen worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik informeer veel patiënten over de Stoppen met roken poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ik stuur weinig patiënten door naar de Stoppen met roken poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. De verpleegkundigen zijn vakkundig in het begeleiden van het stopproces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ik verwacht dat ik in de toekomst meer ga werken met de H-MIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ik verwacht dat ik in de toekomst extra patiënten zal doorsturen naar de Stoppen met roken poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ik verwacht dat ik in de toekomst meer patiënten zal informeren over de Stoppen met roken poli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ten slotte verzoeken we u nog enkele algemene vragen te beantwoorden.

*U dient uw antwoord in te vullen in de ruimte direct onder de desbetreffende vraag.*

24. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

25. Wat is uw geboortejaar?

19.....

26. Wat is uw functie binnen de praktijk?

.....

27. Onder welke HAGRO valt uw praktijk?

.....

28. Welke postcode heeft uw praktijk?

*Alleen de cijfers invullen is voldoende*

.....

***Dit is het einde van de vragenlijst.***

***Hartelijk dank voor uw bijdrage!***

*De vragenlijst zal één week na verspreiding op worden gehaald bij uw  
praktijk.*

Wanneer u vragen heeft over het onderzoek of de vragenlijst kunt contact opnemen met:

Marnix Geesing (onderzoeker)

Stoppen met roken poli, Medisch Spectrum Twente

Telefoon: 06-30732495

E-mail: [marnixgeesing@wanadoo.nl](mailto:marnixgeesing@wanadoo.nl)