

RookvrijLeven:

---

**Een usability test naar de nieuwe  
Blended care interventie van de Stoppen  
met Roken Poli van het MST in  
Enschede.**

**Auteur: Tom van den Heuvel (S1234595)**

Universiteit Twente, Enschede

Faculteit: Gedragwetenschappen

Opleiding: Bachelor Psychologie

Gezondheidspsychologie

Eerste begeleider: Marcel Pieterse

Tweede begeleider: Marloes Postel

## **Samenvatting**

*Inleiding:* Roken zorgt voor veel gezondheidsproblemen (o.a. hart- en vaatziekten, long- en keelkanker en COPD), daarom zijn er verschillende interventies opgezet om mensen te laten stoppen met roken. Verschillende studies hebben laten zien dat interventies afgestemd op het individu het meest efficiënt zijn. Zowel het MST ziekenhuis in Enschede (face-to-face behandeling) als ‘Tactus verslavingszorg’ (online behandeling) hebben een interventie waarbij individuele ondersteuning wordt verleend. Samen hebben ze recentelijk een nieuwe blended care interventie (zowel face-to-face als online) ontwikkeld. In dit onderzoek wordt naar deze interventie een usability test gedaan met als doel de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden: 1) ‘Wat zijn de gebruikerservaringen met de blended care software’ en 2) ‘Wat zijn de verwachtingen (bv. performance en effort expectancy uit het UTAUT model) van de counselors van het MST ten aanzien van de nieuwe blended care interventie?’

*Methode:* Om deze vraag te beantwoorden zijn er usability testen voorgelegd aan alle drie de counselors die werkzaam zijn bij de Stoppen met Roken Poli van het MST. De counselors kunnen worden aangemerkt als intermediar-users omdat ze als intermediar voor de end-useres (patiënten) met de blended care software werken. De usability test bestond uit een think aloud protocol en een daaropvolgend semi-gestructureerd interview. De usability test is in samenwerking met een expert van Tactus opgesteld. De verkregen data is vervolgens getranscribeerd en zijn er incidenten gelabeld aan de hand van de determinanten “service-”, “system-” en “information/content quality” uit het D&M IS Success Model. Vervolgens heeft de onderzoeker relevante subthema’s gemaakt aan de hand van de verkregen data. Als toelichting zijn de incidenten ook voorzien van een lading (neutraal, negatief of positief).

*Resultaten:* De resultaten laten zien dat er in totaal 164 incidenten waren op te merken waarvan 78 positief, 16 neutraal en 70 negatief. De consensus onder de counselors was dat de software gebruiksvriendelijk is. De meeste negatieve incidenten kwamen vooral voort uit kleine usability aspecten en kunnen worden toegedicht aan gebrek aan ervaring met de software. Niet exact weten waar men een huiswerk opdracht (‘anders doen’) kan vinden is een voorbeeld van een negatief incident. Het vergroten van de flexibiliteit voor de end-user (ze kunnen vanuit huis of vanaf hun werk bezig zijn met stoppen met roken zonder daarvoor naar de Poli te hoeven komen) en een meer gestructureerd programma zijn positieve kanten van de blended care interventie.

*Conclusies:* Er kan geconcludeerd worden dat de indruk vanuit de intermediar-users over het algemeen positief is. De voordelen wegen zwaarder dan de eventuele nadelen, mits er een goede selectie op end-users gemaakt wordt. De counselors beschikken over voldoende self-efficacy en zijn gemotiveerd om met de interventie aan de slag te gaan. Het Delone & McLean model is beter geschikt voor dit soort onderzoek indien de “service- en system quality” worden samengevoegd tot één soort “quality”. Tot slot is het aan te raden om één jaar na het starten van de interventie een eindevaluatie te houden zodat er ook uitspraken gedaan kunnen worden over de generaliseerbaarheid van de interventie in andere ziekenhuizen.

## **Abstract**

*Introduction:* Smoking causes health problems such as: cardiovascular diseases, lung – and throat cancer and COPD. Because of the risks there are a lot of smoking cessation interventions. Different studies show that interventions which are tailored to individual needs are the most successful. Both the MST hospital at Enschede (face-to-face treatment) and Tactus addiction care (online treatment) use individually tailored interventions to treat their clients. Recently they developed a new innovative blended care intervention together, a combination of online and face-to-face treatment. The usability of the intervention method is the subject of the study and the goal of the study is the answer the following questions: 1) 'How do the counselors of the MST hospital rate their experience with the blended care software' and 2) 'What are the expectations (e.g. performance en effort expectancy from the UTAUT model) regarding the new blended care intervention'.

*Method:* To answer this question the counselors had to take a specially designed usability test. This test consists of a think-aloud protocol followed by a semi-structured interview. The test was developed in collaboration with an expert from Tactus. In this setting the counselors was labeled as a intermediar-user in the sense of being a intermediary with the software for the end-user (patient). The data gathered was transcribed and incidents were labeled following the specific determinants of softwar use (service-”, “system-” en “information/content quality”) from the D&M IS Success Model. The researcher then constructed relevant subtopics to clarify the data. As an addition the incidents were also labeled positive, negative or neutral to further illustrate the incidents.

*Results:* There were 164 incidents, 78 of them were positive, 14 were neutral and 70 were negative. There was a consensus between the intermediar-users that the intervention was easy to use. Most negative incidents that occurred were minor usability issues and could be attributed to a lack of experience in utilizing the software. Not exactly knowing where to find an homework assignment ('anders doen') is an example of a negative incident. The increase in flexibility for the end-users (they can work on their cessation at home or at work) and a more structured program are benefits of the intervention.

*Conslusions:* The advantages outweigh the disadvantages. Both from the intermediar-user and presumably (measured trough the eyes of the counselors) also for the end-users point of view point of view. The intermediar-users have enough self-efficacy and are motivated to work with the new blended intervention. The Delone & McLean model is beter for this kind of research when “service- and system quality” are shaped into one “quality”, because they are to similar. Finally, it is advised to run a end-evaluation one year after the start of the intervention, because in that way you can make any statements about the generalizability of the intervention for other hospitals.

## Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding.....	5
1.2 Stoppen met Roken.....	6
1.3 Interventies in Nederland.....	7
1.4 e-Health .....	8
1.5 e-health en huidige interventie .....	10
1.6 Huidige interventies.....	11
1.6.1 Stoppen met Roken Poli MST ziekenhuis .....	11
1.6.2 Tactus en Rokendebaas.nl.....	12
1.6.3. Blended care interventie .....	12
1.7 Onderzoeksvragen .....	13
Hoofdstuk 2. Methode.....	13
2.1 Users .....	14
2.2 Think aloud.....	15
2.3 Interview .....	17
2.4 Analyse .....	17
Hoofdstuk 3. Resultaten .....	21
3.1. System quality .....	233
3.1.1. Gebruiksvriendelijkheid van de software .....	23
3.1.2.Navigatie .....	24
3.2. Service quality .....	25
3.2.1.Mogelijkheden software.....	25
3.2.2. Aanbevelingen software.....	26
3.3. Information/content quality .....	28
3.3.1. Bruikbaarheid interventie.....	28
3.3.2. Aanbevelingen interventie .....	29
Hoofdstuk 4. Discussie.....	30
4.1. Discussie.....	30
4.1 Limitaties .....	34
4.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek.....	36
Literatuurlijst.....	38
Bijlagen: .....	43

## Hoofdstuk 1. Inleiding

Roken blijft een veel voorkomend probleem, zo werd er in 2010 in Nederland 2,8 miljard euro besteed aan de zorg ten gevolge van roken (In 't Panhuis-Plasmans, Luijben, Hoogenveen., 2012). Het stoppen met roken is daarbij een moeilijke opgave.

In Nederland is het aantal rokende volwassenen de afgelopen jaren fors gedaald. In 1958 rookt 60 % van de Nederlanders, in 1980 daalt dit naar 37 % van de Nederlanders. Na deze daling wordt er een stagnatie geconstateerd tussen 1991 en 2001, waarbij het aantal rokers in 2001 35 % is (Pieterse, Seydel, De Vries, Mudde & Kok, 2001). Vervolgens is er weer een daling te zien. In 2012 rookt 23 % van de Nederlanders van 12 jaar en ouder wel eens en 18 % rookt dagelijks (COR, 2012). Dit betekent dat er in 2013 3,4 miljoen Nederlands roken.

Ondanks dat het aantal rokers achteruit gaat, vooral in de ontwikkelde landen, sterven er in Nederland per jaar 20.000 mensen aan gevolgen die toe te schrijven zijn aan het gebruik van tabak (CBS Doodsoorzakenstatistiek, 2012). Ook nu het aantal rokers is gedaald in 2013 valt op dat minder dan de helft van de mensen die probeert te stoppen dit ook echt voor elkaar krijgt en dat terwijl 70 tot 80 % aangeeft echt te willen stoppen. Pogingen blijken vaak onsuccesvol. Eén derde van de rokers geeft aan minstens drie serieuze stoppogingen gedaan te hebben (WHO, 1998).

Dat roken een probleem in de huidige samenleving is onderstrepen de volgende cijfers. Uit onderzoek van RIVM (2012) blijkt dat, onder mannen en vrouwen in Nederland van 20 jaar en ouder, een sterke correlatie tussen roken en longkanker bestaat. In 86 % van de longkanker gevallen blijkt het overlijden van de patiënt toe te schrijven aan de gevolgen van roken.

Andere veel voorkomende aandoeningen zijn COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en slokdarmkanker. Voor COPD patiënten is stoppen met roken zelfs de enige bewezen behandeling (Fletcher & Peto, 1977). Rokers kunnen last krijgen van coronaire hartziekten, per jaar sterven 1500 coronaire hartpatiënten aan de gevolgen van het roken. Jaarlijks overlijden er 20.000 mensen uit de onderzoeksgroep aan de directe gevolgen van roken (In 't Panhuis-Plasmans et al., 2012). Hierbij zijn de sterfte gevallen van niet-rokers die benadeeld worden door middel van meerroken niet meegeteld, geschat wordt dat nog eens één op de honderd sterfgevallen toe te schrijven is aan het meerroken. Hier zijn de doodsoorzaken vooral hartziekten, luchtwegeninfecties, astma en longkanker.

Het RIVM berekent de ziektelast op basis van DALY's (Disability-Adjusted Life-Year). Dit is een maat voor de totale hoeveelheid gezondheid die verloren gaat in een

bevolking door ziekte (Murray & Lopez, 1996). Ruim 13 % van alle ziektelast die uitgedrukt wordt in DALY's is toe te schrijven aan roken. Hiermee is roken veruit de belangrijkste risicofactor. Wanneer een roker stopt met roken gaat de gezondheid er vrijwel direct, binnen 20 minuten daalt de bloeddruk en hartslag al, op vooruit. Eén jaar nadat de roker niet meer rookt is het verhoogde risico op coronaire hartziekten gehalveerd en nadat een roker 15 jaar niet meer rookt is het risico op hart- en vaatziekten ongeveer gelijk aan dat van een niet-roker aldus het WHO (2014).

Naast de wettelijke regelgeving, zoals de leeftijdsgrens en het niet in openbare ruimtes roken, die er voor zou moeten zorgen dat men niet begint met roken, wordt er veel aandacht besteed aan de stopboodschap door ondermeer KWF kankerbestrijding en andere instellingen. Een voorbeeld van een van deze aandacht is de actie 'Stoptober'. Bij deze actie wordt via de (sociale) media aandacht gevraagd voor de stopboodschap. In Engeland heeft deze actie als gevolg gehad dat 9,1 % van de rokers geprobeerd heeft om te stoppen in de maand oktober 2012. In vergelijking met het jaar ervoor, is dit met bijna 3 % gestegen, in 2011 was dat 6,3 % (Brown, Kotza, Michie, Stapleton, Walmsley, West. 2014).

Om dit aantal nog verder omhoog te krijgen zijn er daarnaast ook veel interventies opgezet. Zo bestaan er speciale rookpoli's op ziekenhuizen en ook de verslavingszorg besteed er aandacht aan.

## **1.2 Stoppen met Roken.**

Er bestaat bewijs dat korte interventies geleid door een professional goed werken, zo kan een summier advies van een huisarts er al voor zorgen dat 3 % stopt met roken (Stead, Lancaster, Bergson, 2008). Als de behandeling nog intensiever wordt uitgevoerd, wanneer er groepstherapie wordt toegevoegd, dan heeft dit meer voordelen en wordt de kans groter om succesvol te stoppen (OR=2,17) (Stead & Lancaster, 2005). Overigens kan er geen bewijs gevonden worden dat groepstherapie beter werkt dan intensieve individuele therapie. De stijging in het aantal mensen dat stopt zou dus ook kunnen liggen aan het feit dat er intensieve therapie wordt aangeboden (Stead & Lancaster, 2005). Individuele therapie laat goede resultaten zien (OR=1,7) (Lancaster & Stead, 2005).

Onderzoek heeft uitgewezen dat, ondanks dat de verschillen nog klein zijn (OR=1,36), individuele therapieën meer effect hebben dan niet op maat gemaakte interventies (Lancaster & Stead, 2002). Dit wil zeggen dat een interventie die op maat gemaakt is voor een individu beter werkt dan wanneer de interventie van tevoren al vast staat. Via internet bestaat de mogelijkheid om veel mensen te bereiken op een individueel, één-op-één, niveau, via

bijvoorbeeld email. Door de grote bereikbaarheid van het internet liggen hier grote mogelijkheden. Internet maakt het mogelijk om relevante informatie van de gebruiker binnen te krijgen en hier een op maat gemaakte interventie aan te meten.

Op maat gemaakte interventies tonen aan dat er hogere resultaten worden gehaald door op maat gemaakte interventies bij nicotinepleister gebruikers (22,8 %), dan wanneer de interventie niet op maat is (Strecher, Shiffman & West, 2005).

Onderzoek van Dijkstra, De Vries & Roijackers (1999) naar een beschikbare zelf-hulp gids voor stoppen met roken uit Nederland bleek niet effectief te zijn. De gids telde 46 pagina's en was gebaseerd op een gids uit de Verenigde Staten, aangepast naar de Nederlandse populatie en taal. Er kwam uit hetzelfde onderzoek wel naar voren dat wanneer de interventie via de computer op maat gemaakt zou zijn, dit een goed middel zou kunnen zijn om te kunnen communiceren over roken en het stoppen met roken (Dijkstra, De Vries & Roijackers, 1999).

### **1.3 Interventies in Nederland.**

Er zijn verschillende interventies gedaan in Nederland, die gericht waren op het stoppen met roken. Een aantal zullen hieronder behandeld worden, de resultaten en bevindingen van deze interventies hebben deels bijgedragen aan de behandeling die aan de Stoppen met Roken Poli in het MST wordt gegeven.

Pieterse et al., (2001) hebben onderzoek gedaan bij huisartsen. Na een follow-up onderzoek bleek dat 8,3 % van de deelnemers nog succesvol gestopt was met roken. In deze interventie kwam het er op neer dat aansporing vanuit de huisartsen in combinatie met het gebruik van nicotinepleisters (9,3 % van de gevallen gebruikte de patiënten nicotinepleisters) al kan leiden tot een succes. Uit dit onderzoek blijkt dat met relatief weinig inspanning resultaat behaald kan worden. Op het gebied van nicotinepleisters is nog meer winst te behalen, want uit onderzoek is gebleken dat dit een effectief middel is (Fiore, 2000 & Silagy, 1999).

Christenhusz, Prenger, Pieterse, Seydel, & van der Palen, (2012) hebben een onderzoek gedaan naar het stoppen met roken onder COPD patiënten. Dit is een lastige groep omdat ze een lange geschiedenis met roken hebben en vaak ook al vele stop pogingen gedaan hebben omdat het roken hun ziekte ernstig verslechterd (Tashkin, et al.2001). Ze hebben bij dit onderzoek twee verschillende methoden getest en met elkaar vergeleken. Simpel gezegd

de ‘medium-intensive’ (Minimal Intervention Strategy for Lung patients-LMIS) en de ‘high-intensive’ (SmokeStop Therapy-SST).

Bij de LMIS waren er drie individuele therapie sessies die bestonden uit een sessie van 60 minuten en twee sessies van 45 minuten en drie telefoongesprekken van tien minuten.

Bij de SST waren er 4 individuele therapie sessies, die bestonden uit een sessie van 60 minuten en daarna drie sessies van 45 minuten, vier telefoongesprekken van tien minuten en vier kleine groepstherapie sessies van 90 minuten per keer.

Ze hebben een gerandomiseerd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de twee methoden. Vervolgens is er gekeken naar de ziektekosten die gemiddeld per persoon gemaakt werden, het aantal exacerbaties (verergering van de ziekte) en de opgenomen dagen in het ziekenhuis. In alle gevallen waren de resultaten voor de SST interventie beter. Het percentage gestopte rokers bij de SST groep was 19 % en bij de LMIS groep was dit 9 % (Christenhusz et al. 2012).

In de volgende paragraaf zal aandacht worden besteed aan e-health in het algemeen maar ook met betrekking tot stoppen met roken interventies.

#### **1.4 e-Health**

De grote meerderheid van de Nederlandse bevolking maakt tegenwoordig gebruik van internet. Ook voor gezondheidsinformatie wordt het internet veelvuldig geraadpleegd. Zo blijkt dat 67 % van de Nederlanders die internet gebruiken maandelijks of vaker op zoek gaan naar informatie die betrekking heeft op zijn of haar gezondheid (van Deursen & van Dijk, 2011). Eysenbach beschreef in 2001 e-health als volgt “*het gebruik van uiteenlopende informatie- en communicatietechnologieën in de gezondheidssector*”.

Door de toenemende vergrijzing zal de gezondheidssector in Nederland de komende jaren alleen maar verder onder druk komen te staan. Er moet meer zorg geleverd worden in minder werkuren en de kwaliteit van de zorg moet vooruit blijven gaan. e-health is een van de middelen die ingezet zal gaan worden om dit te bewerkstelligen.

Oosterik (2014) stelt dat “*Kansen en verbeteringen door e-health in de gezondheidszorg zijn onder andere dat de zelfredzaamheid en patiënt-empowerment bij de patiënt worden versterkt, de zorg en relevante gezondheidsinformatie worden toegankelijker, de kwaliteit van zorg wordt versterkt, de efficiëntie en continuïteit van zorg wordt vergroot en het moedigt de gebruiker aan om gezond gedrag te adopteren.*” Al deze punten zijn positief te noemen en spreken in het voordeel van e-health.



Uit onderzoek van Barak, Hen, Boniel-Nissim en Shapira (2008) is gebleken dat er geen significant verschil in effectiviteit bestaat tussen internet-based interventies en face-to-face interventies. Zij hebben onderzoek gedaan naar interventies om het psychologisch welbevinden te verbeteren. Een van de dingen die naar voren kwam is dat één-op-één aandacht effectiever is dan een groepsinterventie via internet (Barak et al., 2008). Mede door de onderzoeken van Barak et al (2008) over internet-based en face-to-face interventies spreken Krijgsman, Burghouts, De Jong, Cath, Van Gennip & Friele, (2013) de verwachting uit dat e-health door de voordelen en toepassingsmogelijkheden veelbelovend is voor de Nederlandse zorgsector.

In het geval van interventies met betrekking tot het stoppen met roken moet de kanttekening geplaatst worden dat er maar een klein aantal studies zijn gedaan die de lange termijn effecten van internet en face-to-face interventies met elkaar vergelijken. De resultaten uit deze studies zijn niet eenduidig, wat aangeeft dat er weinig bewijs is gevonden dat interventies, gericht op het stoppen met roken, op de lange termijn succesvol zijn via het internet (Civljak, Sheikh, Stead & Car (2014). Bij een studie naar een interventie waarbij een op maat gemaakte interventie vergeleken werd met een niet op maat gemaakte interventie bleken er tijdens een follow-up na zes maanden wel voordelen te zijn voor de op maat gemaakte interventie (Civljak et al., 2014).

Bij deze interventie die gericht was op mensen die willen stoppen met roken werd er 6 maanden na afloop van de interventie gevraagd of de deelnemers gerookt hadden. Eerst werd er gevraagd of er in de afgelopen 24 uur gerookt was en vervolgens of er de afgelopen 7 dagen gerookt was. In deze interventie werden er wel of niet op maat gemaakte e-mails verstuurd naar de deelnemers. Bij de deelnemers die op maat gemaakte e-mails hadden ontvangen was het percentage dat gestopt was met roken na 24 uur 21,5 % en na 7 dagen 20,4 %. Voor de groep die niet op maat gemaakte e-mails ontving waren deze percentages respectievelijk 9,8 % en 7,8 %. Niet alleen de percentages qua stopaantallen waren hoger maar ook werden de e-mails beter begrepen, werden ze als geloofwaardiger beoordeeld en waren ze relevanter (Poel, Bolman, Reubsaet & de Vries, 2009)

Ondanks de voornamelijk positieve verwachtingen over e-health zijn er nog wel drempels te nemen om tot een gebruiksvriendelijk en efficiënt eindproduct te komen. Te vaak wordt de uiteindelijke doelgroep, in dit onderzoek de rokers of de counselors, buitenspel gezet tijdens de ontwikkeling van de software. De software ontwikkelaars in samenwerking met de vakgebied professionals bepalen hoe het eruit komt te zien en hoe men er gebruik van dient te maken (Van Limburg, van Gemert-Pijnen, Nijland, Ossebard, Hendrix & Seydel, 2011).

De problemen die deze manier van ontwikkelen met zich meebrengen zitten vooral in het feit dat men geen of te weinig rekening houdt met de vaardigheden van de gebruikers van de software, hierbij kan gedacht worden aan intelligentie van de gebruikers en ervaring met de computer of het internet. Het is van belang dat de software overeenkomt met deze vaardigheden van de eindgebruikers. Als hier geen overeenstemming is, zal het risico van non-usage op de loer liggen.

Bij een interventie van Kelders et al. (2011) (waarin de motieven en needs van de gebruikers onderzocht werden in een onderzoek naar gezond eet gedrag en lichamelijke beweging) kwam naar voren dat door het gebrek aan overeenkomst tussen de doelen van de deelnemers (gewicht verliezen) en de doelen van de ontwikkelaars (specifiek niet het afvallen) ervoor zorgde dat de interventie mislukte. Als er meer aandacht aan de doelgroep was besteed tijdens de ontwikkeling van de interventie zou non-usage en een grote discrepantie in doelen voorkomen kunnen worden. Raadzaam zou zijn geweest om te werken met een meer user-centered design

### **1.5 e-health en huidige interventie**

Het internet en de mogelijkheden van het internet groeien zo sterk dat er vraag naar een usability test is die de beschikbare interventies doorlicht. In dit onderzoek zal gekeken worden naar de interventie 'Blended Care' aan de hand van een usability test. De ontwikkelde blended care interventie van het MST in samenwerking met Tactus zal worden onderworpen aan een usability test bestaande uit een think aloud test met een daarop volgend semi-gestructureerd interview. In het onderzoek staat het in acht nemen van de uiteindelijke gebruiker en het effect hiervan op de interventie centraal. Er zal daarom gebruik worden gemaakt van een user centered design. Een user centered design zorgt er in dit geval voor dat er tijdens het doorlichten van de blended care versie nadruk blijft liggen op de eindgebruiker (patiënt) en de intermediar-users (counselors) . Er is ruimte voor suggesties, aanvullingen en aanbevelingen vanuit de gebruiker. Dit heeft een positief effect op de tevredenheid en het aansluiten bij de behoeftes van de eindgebruiker, in dit geval een zogenoemde counselor (Van Gemert-Pijnen, Kelders, Kulyk, Van Limburg, Nijhof, Nijland, et al, 2013).

Het think aloud protocol is samengesteld in samenwerking met een expert/ontwerper van Tactus zodat de meest belangrijke aspecten van de software aan bod zullen komen.

De vragen die gesteld worden in het semi-gestructureerde interview zijn gebaseerd op werk van Fleuren et al. (2004) en het UTAUT model (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003) met eigen aanvullingen om het specifiek en relevant (voor dit onderzoek) te laten zijn.

Zo is er in het semi gestructureerde interview naar voorbeeld van het UTAUT model onder andere gevraagd naar de performance en effort expectancy. ('Wat zijn uw verwachting wat betreft de resultaten van de nieuwe blended care behandeling?' en 'Wat vindt u van de gebruiksvriendelijkheid van de behandeling?'). Volgens het UTAUT model beïnvloeden dit soort vragen de gedragsintentie en deze beïnvloedt vervolgens het gebruikersgedrag. Ook zijn er vragen gesteld die betrekking hebben tot de adoptie, implementatie en 'self efficacy' (Fleuren et al.,2004). Vragen als 'Heeft u het idee dat u in staat bent de behandeling succesvol te laten verlopen?', 'Verwacht u moeilijkheden bij specifieke taken die u uit moet gaan voeren?' en 'Heeft u het gevoel dat u genoeg toegereikt hebt gekregen om deze behandeling succesvol te laten zijn?' zijn hier voorbeelden van. Daarnaast heeft de onderzoeker zelf ook vragen toegevoegd aan het interview, een voorbeeld hiervan is 'Als u de blended care behandeling moet beoordelen; Welke punten vindt u sterk en welke punten vindt u minder sterk?'. Deze vraag is opgesteld met het idee dat er concrete verbeterpunten of juist sterkepunten opgemerkt kunnen worden zodat er aanbevelingen gedaan kunnen worden.

## **1.6 Huidige interventies**

In deze paragraaf zullen de huidige interventies die lopen bij de Stoppen met Roken Poli aan het MST en op rokendebaas.nl van Tactus besproken worden, vervolgens zal er aandacht worden besteed aan de nieuwe blended care interventie die gebaseerd is op de eerder genoemde interventies.

### **1.6.1 Stoppen met Roken Poli MST ziekenhuis**

Bij de stoppen met Roken Poli aan het MST in Enschede werkt men momenteel met een interventie die gebaseerd is op het SST model van Christenhusz et al. (2012). Bij deze Poli bestaat het team uit een longarts en drie speciaal opgeleide counselors. Elke cliënt wordt doorverwezen door de longarts en dan volgt een intakegesprek met een van de counselors. Vervolgens krijgt de cliënt een op maat gemaakt programma hoe hij of zij het beste kan stoppen met roken. De counselors zullen deze programma's uitvoeren in samenwerking met de cliënt. De behandeling is voor elke cliënt anders omdat ze aan de wensen en behoeften worden aangepast. De behandeling vindt plaats op de Poli in de werkkamer

van de counselors, de cliënten komen naar het MST toe voor een face-to-face behandeling. Naast de face-to-face ontmoetingen moet er het nodige huiswerk gedaan. Buiten deze contactmomenten om is er verder geen contact met de counselors.

### **1.6.2 Tactus en Rokendebaas.nl**

Tactus Verslavingszorg heeft via Tactive een aantal online interventies die al jaren ingezet worden. Een van die interventies wordt gedaan via rokendebaas.nl . : De software van deze interventie is bewezen stabiel en bruikbaar..

De behandeling zorgt ervoor dat er plezierig en persoonlijk contact tot stand komt tussen cliënt en professional (Siemer, 2013).

Mensen kunnen zich vrijwillig online inschrijven via internet. Als ze zich hiervoor aanmelden kunnen ze kiezen voor een intensieve en korte behandeling. Tijdens deze behandeling krijgen ze online therapie van de medewerkers van Tactus. De korte behandeling duurt 6 weken en de lange intensieve behandeling duurt 12 tot 18 weken (Siemer, 2013).

### **1.6.3. Blended care interventie**

De nieuwe interventie, blended care, is een combinatie van de hierboven genoemde interventies. De korte behandeling van zes weken van Tactus zal gecombineerd worden met de face-to-face behandeling (gebaseerd op SST-model) die nu op de Stoppen met Roken Poli van het MST wordt ingezet. Dit houdt in dat de cliënt online zes sessies volgt. Daarnaast zal de cliënt huiswerk moeten maken, bestaande uit het dagelijks up-to-date houden van het rookschrift en het maken van opdrachten welke op maat gemaakt zijn voor elke cliënt. Ook zijn er zes face-to-face sessies die plaats zullen vinden op de poli (Siemer, 2013). De precieze invulling van het programma kan per cliënt verschillen.

De interventie is gebaseerd op evidence-based technieken die hieronder kort benoemd zullen worden (Siemer, 2013).

*Pharmacotherapie;* Hierbij kan gedacht worden aan nicotinepleisters, bupropion en andere middelen die helpen bij het stoppen met roken.

*Cognitieve gedrags therapie;* Hierbij kan gedacht worden aan goals and planning, reinforcement, het in acht nemen van helpend gedrag, het identificeren van beslismomenten en het maken van een actie plan.

*Motivational interviewing;* Dit soort interviews worden gehouden met als doel een gedragsverandering op te wekken/ aan te wakkeren. De gespreksleider, in dit geval de

counselor, stelt open vragen, probeert af en toe samen te vatten wat de cliënt zegt (waardoor zijn/haar gedrag voor de cliënt duidelijker wordt) en hij probeert de cliënt zelf in te laten zien dat verandering gewenst is. Hij probeert het self-belief van de client omhoog te halen

#### *Zelfredzaamheid/zelfcontrole technieken*

Een van de opdrachten die hiervoor belangrijk zijn is het noteren van het rookgedrag in een dagboek. Daarnaast zijn er nog andere opdrachten die van belang zijn zoals zelf bedenken en opschrijven van het volgende ; rewards and threats, de momenten wanneer de drang naar sigaretten hoog is, het erkennen van risicovolle situaties en uiteindelijk het stoppen als einddoel. Dit einddoel kan ook bereikt worden door eerst als tussendoel in te stellen dat er minder gerookt wordt, het zo genoemde ‘minderen’, om vervolgens door te gaan tot het definitief stoppen.

*Terugval preventie door middel van social support:* Bij dit onderdeel probeert men vanzelfsprekend te voorkomen dat de cliënten terugvallen in hun oude gedrag. De cliënten hebben allemaal een traject doorlopen waar ze verschillende technieken hebben geleerd welke ervoor zouden moeten zorgen dat ze de vicieuze cirkel hebben doorbroken en niet weer zullen terugvallen in hun oude gedrag.

### **1.7 Onderzoeksvragen**

Het doel van dit onderzoek is duidelijk te krijgen waar de knelpunten en de sterkepunten in de blended care interventie liggen. Gezocht zal worden naar eventuele verbeterpunten, maar ook positieve punten zullen benadrukt worden zodat deze ten volle benut kunnen gaan worden.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvragen: 1) ‘Wat zijn de gebruikerservaringen met de blended care software’ en 2) ‘Wat zijn de verwachtingen (bv. performance en effort expectancy, self-efficacy) van de counselors van het MST ten aanzien van de nieuwe blended care interventie?’ De eerste onderzoeksvraag zal voornamelijk beantwoord worden naar aanleiding van het think aloud protocol en de tweede onderzoeksvraag zal voornamelijk aanbod komen bij het semi-gestructureerd interview.

## **Hoofdstuk 2. Methode**

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een mixed methode opzet. De data werd verzameld door het filmen van een think aloud opdracht gevolgd door een semi-gestructureerd interview, naar voorbeeld van Oosterik (2014). Het interview werd aangepast op de specifieke situatie en doelen van dit onderzoek, zoals vermeld in de onderzoeksvraag.

In het onderzoek van Oosterik (2014) werd er ook een think aloud test met een semi-gestructureerd interview gehouden.

Om de huidige blended care versie te beoordelen had men ervoor gekozen om een usability test af te nemen. In deze onderzoeksopzet werd gekozen voor een test die gebaseerd is op de ‘discount usability engineering’ methode van Nielsen (1994). Deze discount methode zorgde ervoor dat er een kleinere en goedkopere usability test kon worden uitgevoerd.

De methode is voornamelijk gebaseerd op twee technieken: thinking aloud en heuristic evaluation. Het voordeel van deze aanpak is dat het eenvoudig is en dat het goed toe te passen is in praktische situaties. Er is maar een klein aantal test-users nodig en er wordt geen gebruik gemaakt van statistische analyses. Dit soort usability tests zijn er niet voor bedoeld om generaliseerbare conclusies te trekken maar zijn er voor bedoeld om specifieke problemen aan het licht te brengen met als uiteindelijke doel het verbeteren van een programma of applicatie (Gemert-Pijnen et al., 2013).

Van groot belang bij een usability test is dat de analyse van de verzamelde data op een wetenschappelijke manier gebeurt. Na afloop van de analyse heeft men de bevindingen gepresenteerd aan de users zodat ze zoveel mogelijk betrokken worden bij het onderzoek, zoals gewenst in een usability test. Tijdens deze presentatie was er ruimte voor discussie en/of aanvullingen vanuit de user kant. Dit was om te waarborgen dat de user straks goed aan het werk kan met de (eventueel) aangepaste software.

## **2.1 Users**

Het onderzoek heeft zich gericht op drie vrouwelijke counselors van de rookpoli van het MST in Enschede. De drie medewerkers waren reeds enkele jaren werkzaam bij de Poli en zijn ervaren in het verlenen van ondersteuning bij het proces van het stoppen met roken. Alle drie de counselors hebben een cursus afgerond waarin geleerd werd hoe er met het nieuwe programma/software gewerkt moest worden. Desondanks werd er tussen de drie counselors een verschil in ervaring met de te gebruiken software verwacht. Dit verschil kwam mede door het feit dat één van de counselors wat nauwer betrokken was bij het ontwikkelen van de interventie. Een andere oorzaak kan zijn dat er lang niet meer met de software gewerkt is. Op het moment van de afname van de usability test was het plus minus zes maanden geleden dat de counselors de cursus hadden afgerond.

Voorafgaand aan de blended care behandeling werkten de counselors enkel in een face-to-face setting. Er gaat binnenkort (precieze datum onbekend) een blended care

behandeling van start waarbij er zowel een deel face-to-face als een deel e-health/online zal plaatsvinden.

De counselors zullen worden aangemerkt als intermediar-users, daarmee wordt bedoeld dat ze als intermediar werken voor de patiënten (end-users) en daardoor zelf ook gebruik maken van de software om de patiënten te begeleiden dus in die zin zijn het zelf ook users, vandaar intermediar-users.

Tijdens de usability test werd onderzocht hoe goed ze het eerder geleerde nog onder de knie hadden en waar nog eventuele knelpunten zaten. Deze knelpunten konden ook softwarematig van aard zijn. Vooraf werd om toestemming gevraagd aan de counselors door middel van het voorleggen en laten ondertekenen van een informed consent brief (zie bijlage B) en daarnaast werden er maatregelen genomen ter bescherming van de persoonsgegevens (anonimiseren e.d.).

## **2.2 Think aloud**

Er werd voor het think aloud protocol (zie bijlage A) gekozen omdat deze methode geschikt is om verschillende facetten van de interventie te beoordelen. Een scenario-based think aloud protocol was de beste methode omdat het een directe manier is om goed inzicht te krijgen in de problemen waar de users tegen aanliepen als ze werkten met de software (Jaspers, 2009). In dit geval dus de counselors met de website [rokendebaas.nl](http://rokendebaas.nl).

De counselors kregen een 8-tal stappen voorgelegd met daarop instructies die ze uit moesten voeren. De stappen zijn ontwikkeld op basis van verwachtingen waar de meeste problemen zouden ontstaan. De eerste zeven stappen zijn ontwikkeld in samenwerking met een expert/ontwerper van de software die werkzaam is bij Tactus. De laatste stap is ontwikkeld in samenwerking met een expert van het MST. Door deze acht stappen te doorlopen wordt alle kennis bevraagd die nodig wordt geacht om succesvol met de software te werken. Het soort stappen varieerde en de stappen hadden een oplopende moeilijkheidsgraad. Er werd begonnen met redelijk eenvoudige stappen (stap 1,2,3) waarbij gevraagd werd om naar de betreffende website te gaan, in te loggen en het dossier van de betreffende cliënt te openen (*Stap 2. Log in op de hier bovengenoemde website waar ook uw testcliënt staat met de onderstaande inlognaam en het bijbehorende wachtwoord. Inlognaam: Counselor Wachtwoord\*\*\*\*\**). Deze stappen dienden ter controle van de basiskennis. Vervolgens werd inhoudelijke kennis over de cliënt opgevraagd. Om deze vragen te beantwoorden was de nodige kennis van de software voor nodig om te weten wat men waar

kon vinden (. De volgende vragen gaan over de casus van de cliënt. Om deze vragen te beantwoorden zult u in het dossier van de cliënt op zoek moeten gaan naar de informatie die de cliënt heeft ingevuld. Stap 4. Vraag 1 Hoe oud is de cliënt? Vraag 2 Gebruikt de cliënt op dit moment medicijnen? Zo ja, welke medicijnen? Vraag 3 Wat is zijn depressiescore?). De vijfde stap had betrekking tot een unieke functie van de software, een zelfmonitoring functie genaamd 'het rookschrift'. De stap was bedoeld om inzicht te krijgen over het beheersen van deze functie (Stap 5. Open het rookschrift van de cliënt en vertel me zo volledig mogelijk wat de cliënt heeft opgeschreven bij zijn laatste registratie.). Stap zes en zeven hadden betrekking op wat ingewikkeldere (maar noodzakelijke) aspecten van de software. Waarbij een combinatie van kennis en handigheid gevraagd werd (Stap 7. Nu wilt u de cliënt de opdracht 'anders doen' toesturen. Hoe zou u dat aanpakken?). Als laatste stap in het think aloud protocol was de stap opgenomen die betrekking had tot de samenwerking tussen de twee softwaresystemen van Tactus (rokendebaas website) en het MST ziekenhuis (X-care database met informatie over de cliënten). Het doel van deze vraag was om te kijken welke manier de counselors zouden kiezen om informatie over te brengen van het ene systeem (rokendebaas) naar het andere systeem (X-care). Er waren verschillende opties mogelijk, daarom was het interessant welke gekozen werd (Stap 8. Open in X-CARE patiënt Test, B man (01-01-1962) en ga naar DSV. Vervolgens opent u de samenvatting van de intake van rokendebaas.nl. Haal uit de samenvatting de informatie die u nodig heeft en zet deze informatie in de DSV database. Als u klaar bent kunt u afsluiten, u hoeft de informatie **niet** op te slaan.). De te doorlopen stappen (zie bijlage A) moesten de counselors vanaf een vel papier voorlezen, doorlopen en beantwoorden. De vragen konden alleen beantwoord worden als de counselors de juiste stappen doorliepen.

De counselors werden elk gevraagd om hardop na te denken tijdens het verrichten van de handelingen die ze normaal gesproken in hun werk ook zouden moeten doen. Het was van belang dat de onderzoeker zich zo veel mogelijk op de achtergrond hield. Omdat hardop denken als raar en onnatuurlijk gevoeld kan worden door de counselor (van Someren et al., 1994) werd er voorafgaand aan de echte werkzaamheden eerst een testvraag (stap 1) afgenomen. In deze testvraag werd men gevraagd om de website van rokendebaas.nl te beschrijven, dit werd gedaan zodat de counselor zich meer op haar gemak zou voelen.

De werkzaamheden van de counselors werden gefilmd. De camera was zo opgesteld dat zowel de counselor als het computerscherm in beeld was. Zowel de camera als de onderzoeker bevonden zich niet in het gezichtsveld van de counselor, om eventuele afleiding zo minimaal mogelijk te maken. Doordat ook de onderzoeker niet in het gezichtsveld van de



counselor zat kon deze aantekeningen maken zonder daarbij te storen. Deze aantekeningen kwamen later in het interview van pas. Mogelijk sprak de onderzoeker af en toe een bemoedigend woordje richting de counselor zodat deze gestimuleerd werd in het hardop nadenken. Gedacht kan worden aan zinnen als ‘kunt u vertellen wat u momenteel aan het doen bent’ of ‘probeer hard op te denken’.

De counselors kregen diverse taken voorgelegd waarin ze een cliënt van begeleiding moesten voorzien. Ondanks dat de counselors op de hoogte waren van het feit dat ze deelnamen aan een usability test werd er geprobeerd om er zoveel mogelijk voor te zorgen dat de werkzaamheden overeenkwamen met de werkelijkheid door middel van een simulatie.

### **2.3 Interview**

Het interview werd, aansluitend aan het think aloud protocol afgenomen. De vragen uit het interview zijn deels van tevoren zijn opgesteld en deels tijdens de think aloud procedure. In dit laatste geval ging het om vragen aan de hand van aantekeningen of observaties. Door de vragen aan te laten sluiten bij de gemaakte aantekeningen werd gepoogd bepaalde situaties die zich voordeden tijdens het think aloud protocol verder uit te diepen.

Daarnaast was er ruimte gelaten voor inbreng van de counselors zelf door vragen te stellen waarbij de counselors zelf met suggesties, verbeterpunten of andere opmerkingen konden komen.

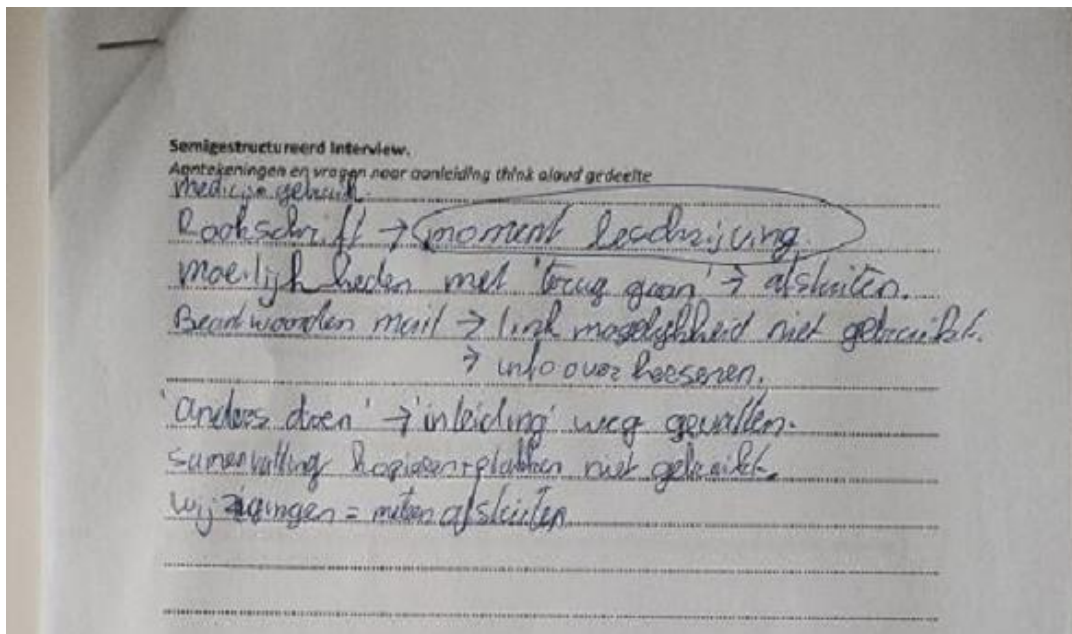
### **2.4 Analyse**

De resultaten van de usability tests zullen als geheel besproken worden en er zal geen onderscheid gemaakt worden tussen het think aloud protocol en het semi-gestructureerd interview. De citaten die verwerkt zijn, worden *schuin* gedrukt afgebeeld en staan tussen ‘aanhalingstekens’. Niet alle quotes uit het interview zijn verwerkt er is door de onderzoeker een selectie gemaakt waarbij gekeken is naar relevantie en importantie. Zo zal in de resultaten bijvoorbeeld niet elke navigatie fout behandeld worden, maar er zal vermeld worden dat het vaker voorkwam dat er bij de navigatie zich problemen voordeden.

Alle vermelde percentages zijn afgeronde percentages.

Het beeldmateriaal dat verzameld is tijdens de usability test bleek helaas niet scherp genoeg te zijn om de muisbewegingen van de counselor te volgen. Wel was de audio van goede kwaliteit en in combinatie met de observaties van de onderzoeker zijn deze gegevens getranscribeerd. Tijdens de test maakte de onderzoeker aantekeningen van observaties en van de commentaren van de counselor. Aan de hand hiervan werden er vragen toegevoegd of

aangepast, zoals in het voorbeeld in figuur 1. In deze afbeelding is te zien dat de onderzoeker aantekeningen heeft gemaakt, tijdens het interview is hij terug gekomen op de 'momentbeschrijving'.

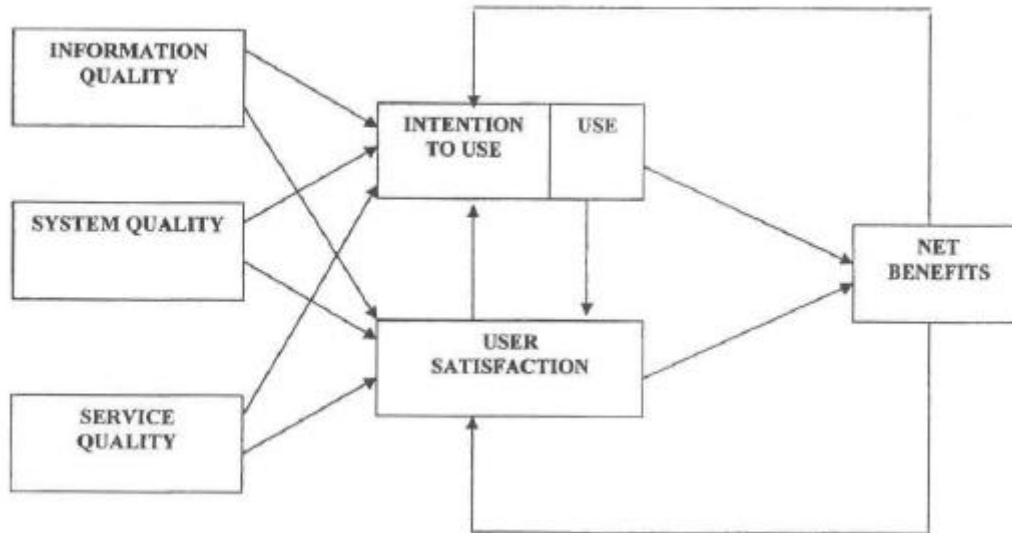


Figuur 1. In deze afbeelding is te zien dat de onderzoeker aantekeningen heeft gemaakt, tijdens het interview is hij terug gekomen op de 'momentbeschrijving'.

Om de getranscribeerde data vervolgens te analyseren werd het artikel van DeLone en McLean (2003) geraadpleegd. Dit artikel gaat over het analyseren van informatie systemen. Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van het eerder genoemde UTAUT-model en was er ook oog voor een belangrijke determinanten van innovatie uit het onderzoek van Fleuren et al., (2004) zoals bijvoorbeeld "self-efficacy" en "adoptie" in de analyse. Deze modellen en constructen vulden elkaar goed aan omdat ze zowel over de inhoud van de software als over de implementatie van de interventie gaan. Ondanks dat er overlap was tussen de modellen en dit ook is terug te zien in de thema's heeft dit geen/weinig invloed gehad op de onderzoeksresultaten. Het ging er immers om dat de incidenten benoemd worden, onder welk thema ze dan vallen is van minder groot belang. Toch werd er gepoogd om zo veel mogelijk onderscheid te maken tussen de verschillende (sub)constructen.

Uiteindelijk werd er een onderscheid gemaakt tussen de volgende drie hoofd thema's; "information/content quality", "system quality" en "service quality". Al deze thema's beïnvloeden het gebruik van het programma, de intentie om het programma te gebruiken en de tevredenheid van de gebruiker (DeLone & McLean, 2003). Het gebruik en de tevredenheid beïnvloeden de "net benefits" over het systeem (figuur 2). Dit kon worden gezien als een

algemeen beeld over het programma, en dit beeld beïnvloedde op zijn beurt ook weer het gebruik en de tevredenheid (figuur 2).



Figuur 2: Updated D&M IS Success Model (Delone & McLean, 2003)

Om de informatie meer op maat te maken voor deze specifieke usability test werd ervoor gekozen om de thema's te interpreteren aan de hand van voorkomende en relevante en subthema's. samenvattend kwam het er op neer dat er voor de "system quality" en de "service quality" voornamelijk gekeken zal worden naar het technische softwarematige aspect van de interventie. En bij "information/content quality" werd er voornamelijk gekeken naar de toepassingsmogelijkheden maar ook naar de beperkingen van de interventie in de praktijk.

Bij "system quality" is specifiek gekeken naar de gebruiksvriendelijkheid van de software. Daarmee werd bedoeld of de software doet wat het moet doen (bijvoorbeeld: wanneer men op verzenden drukt verzend het bericht dan ook daadwerkelijk). Ook wordt er gekeken naar de navigatie in de software (bijvoorbeeld: weet men waar men de opdracht 'anders doen' kan vinden?). Als laatste wordt er gekeken of er makkelijk met de software te werken viel. Daarbij kon gedacht worden aan de overzichtelijkheid van de lay-out maar ook aan de functionaliteit, (is het een waardevolle toevoeging ) van de verschillende opties (mail beantwoorden, rookschrift inzien etc).

Onder het thema "service quality" werden de mogelijkheden verstaan die de software biedt. Hierbij kan gedacht worden aan self-monitoring (momentbeschrijvingen). Verder zal er ook gekeken worden naar de beperkingen die de software met zich meebrengt en naar de

eventuele toevoegingen die nog nodig werden geacht. Het onderscheid welke gemaakt moest worden in vergelijking met “system quality” is dat het hier niet ging om de omgang van de gebruiker met de software maar om de software op zich..

Bij “information/content quality” is voornamelijk gekeken naar de blended care interventie in zijn geheel. Wat voegt de interventie toe, maar ook wat zijn de beperkingen? Bijvoorbeeld: Welke cliënten zullen baat hebben bij de blended care interventie en welke cliënten zijn minder geschikt voor een blended care behandeling? Het verschil met de “service quality” en “system quality” zit hem in het feit dat er globaal naar de interventie als geheel wordt gekeken. Het niet meer naar de Poli hoeven komen voor counseling is een voorbeeld van “information/content quality”.

De transcripten van de usability test zijn geanalyseerd door incidenten te coderen en te ordenen naar het desbetreffende thema (tabel 1). Een gebeurtenis, handeling of opmerking van een van de counselors werd gezien als een incident. Deze incidenten hadden naast een thema code ook een ‘lading’ mee gekregen, positief (+),negatief (-), of neutraal (+/-).

Toelichting: Als een van de counselors bijvoorbeeld niet wist hoe ze moet inloggen, terwijl ze dit had moeten weten, dan werd het de code SYN- toegewezen, (system quality navigatie negatief) omdat het niet vinden van informatie onder “system quality navigatie” viel en negatief omdat ze iets niet kon vinden wat ze eigenlijk wel zou moeten kunnen vinden.

**Tabel 1**

Weergave van hoofd en subthema's en toevoeging van fictieve voorbeelden

<b>Hoofdthema</b>	<b>Subthema*</b>	<b>Uitleg (voorbeeld**)</b>
<i>System quality (SY)</i>	<i>Gebruiksvriendelijkheid van de software (SYG)</i>	Hoe gaat de gebruiker om met de software, merkt men alle informatie op? ( <i>Gebruiker merkt momentbeschrijving op wanneer aanwezig</i> )
	<i>Navigatie in de software (SYN)</i>	Weet men wat waar staat op de website? ( <i>Gebruiker weet welke knop ze moet gebruiken om in te inloggen</i> )
<i>Service quality (SE)</i>	<i>Mogelijkheden software (SEM)</i>	Welke mogelijkheden biedt de software de gebruikers (counselors en cliënten). ( <i>Gebruiker weet welke informatie in de 'samenvatting intake' staat</i> )
	<i>Aanbeveling software (SET)</i>	Aanbevelingen waarvan men denkt dat ze de software zal verbeteren. ( <i>Gebruiker vindt dat features (opties) bij in of uit de software moeten</i> )

<i>Information/content quality (IC)</i>	<i>Bruikbaarheid interventie (ICBR)</i>	Hoe kijkt men aan tegen de bruikbaarheid/toepasbaarheid van de interventie in de praktijk. ( <i>Gebruiker merkt op dat interventie voor iedereen geschikt is</i> )
	<i>Aanbeveling interventie (ICBEP)</i>	Aanbevelingen waarvan men denkt dat ze de interventie zullen verbeteren. ( <i>Gebruiker geeft aan dat er inloopsprekuren moeten zijn om vragen te beantwoorden</i> )

*\*De lading van het thema wordt bepaald door de symbolen + (positief), - (negatief), +/- (neutraal) (bij aanbevelingen + (iets erbij), - (iets weg)*

*\*\*Voorbeelden zijn fictief, bedoeld ter verduidelijking*

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te beoordelen is het percentage van overeenstemming berekend. Dit wil zeggen: het aantal keer overeenstemming in de observatie (zelfde labels) gedeeld door het totaal aantal observaties (Hallgren, 2012). Het transcript is voorgelegd aan een collega onderzoeker. Deze kwam tot 30 keer dezelfde incidenten als de onderzoeker en daarvan waren er 16 hetzelfde gelabeld. In totaal waren er 49 incidenten aangemerkt door de collega tegenover 48 door onderzoeker. Dat komt dus neer op een overeenkomst van 16 op 67 (aantal keer geen overeenstemming =  $(30 - 48 = 18) + (30 - 49 = 19) + 14 = 67$ ).  $16/67 = 24\%$ . In 24 procent van de gevallen was er overeenstemming in het gekozen label. 0,24 is een lage mate van overeenstemming.

### Hoofdstuk 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken.

**Tabel 2**  
Beoordeling incidenten weergegeven per counselor en per lading

Counselor	Lading*			Totaal
	Positief	Neutraal	Negatief	
Counselor 1	23 (51 %*)	4 (9 %)	18 (40 %)	45 (27 %)
Counselor 2	24 (47 %)	4 (8 %)	23 (45 %)	51 (31 %)
Counselor 3	31 (46 %)	8 (12 %)	29 (43 %)	68 (42 %)
<b>Totaal</b>	78 (51 %)	16 (5 %)	70 (44 %)	164 (100 %)

*\* alle percentages zijn afgeronde getallen*

Er is bij drie verschillende vrouwelijke (C1,C2 &C3) counselors een usability test afgenomen. De afdame tijden van de test bedroegen respectievelijk 33, 55 en 56 minuten. De meest ervaren counselor (C1) heeft de kortste afdametijd (33) en de andere twee zijn bijna gelijk (55, 56). Wat verder opvalt, ondanks de kleine verschillen, is dat de meest ervaren counselor ook de minste incidenten heeft en het positiefst 'scoort'. Het totaal aantal gecodeerde incidenten bedraagt op 164 (tabel 2) (respectievelijk 45, 51 en 68 incidenten per counselor). Waarin de percentages van aantal negatieve incidenten onderling weinig van elkaar afwijken

(respectievelijk 40, 45, en 43 %). Het percentage neutrale incidenten ligt ook dichtbij elkaar (respectievelijk 9,8 en 12 %) en percentueel gezien zijn er bij de positieve incidenten ook geen grote verschillen op te merken (respectievelijk 51, 47 en 46 %).

Geheel genomen hebben 44 % van de incidenten een negatieve lading, 5 % een neutrale lading en 51 % een positieve lading. Uit de usability test blijkt dus dat het programma voordelen, maar ook nadelen heeft.

**Tabel 3**

Beoordeling positieve en negatieve incidenten weergegeven per subschaal

<b>Subthema</b>	<b>Lading*</b>	
	<b>Aantal <u>negatieve</u> incidenten</b>	<b>Aantal <u>positieve</u> incidenten</b>
<i>Gebruiksvriendelijkheid van de software (SYG)</i>	16 (23 %)	11 (14 %)
<i>Naigatie. software (SYN)</i>	7 (10 %)	22 (28 %)
<i>Mogelijkheden software (SEM)</i>	12 (17 %)	22 (28 %)
<i>Aanbeveling software (SET)</i>	4 (6 %)	4 (5 %)
<i>Bruikbaarheid interventie (ICBR)</i>	23 (33 %)	18 (23 %)
<i>Aanbevelingen interventie (ICBEP)</i>	8 (11 %)	1 (1 %)
<b>Totaal</b>	<b>70 (100 %)</b>	<b>78 (100 %)</b>

\* alle percentages zijn afgeronde getallen

Omdat de negatieve en positieve incidenten het meest interessant zijn voor het verbeteren van de interventie zijn deze nog verder uitgewerkt per thema in tabel 3 hierboven.

Wat opvalt is dat er bij de gebruiksvriendelijkheid van de software en de bruikbaarheid van de interventie de meeste negatief gescoorde incidenten zijn waargenomen. De navigatie in de software, mogelijkheden van de software en de bruikbaarheid van de interventie scoorden de meeste positieve incidenten. Tijdens het bespreken van de resultaten per (sub) thema wordt hier dieper op ingegaan.

**Tabel 4**

Beoordeling incidenten weergegeven hoofdthema en per lading

<b>Counselor</b>	<b>Lading*</b>			<b>Totaal</b>
	<b>Positief</b>	<b>Neutraal</b>	<b>Negatief</b>	
<i>System quality</i>	33 (56 %)	3 (5 %)	23 (39 %)	59 (36 %)
<i>Service quality</i>	26 (58 %)	3 (7 %)	16 (36 %)	45 (27 %)
<i>Content/information quality</i>	19 (32 %)	10 (17 %)	31 (52 %)	60 (37 %)
<b>Totaal</b>	<b>78 (51 %)</b>	<b>16 (9 %)</b>	<b>70 (40 %)</b>	<b>164 (100 %)</b>

\* alle percentages zijn afgeronde getallen

### 3.1. System quality

In vergelijking met de neutrale en negatieve incidenten zijn er relatief veel positieve (56 %) incidenten op te merken bij de system quality. In 33 van de in totaal 59 incidenten wordt er positief gescoord (tabel 4). Dit duidt erop dat de system quality goed beoordeeld is. Vooral de navigatie in de software scoort positief (zie tabel 5), dit geeft aan dat men goed wist waar men moest zijn in de software (bijvoorbeeld; weten waar men moet inloggen). Er waren daarentegen toch negatieve incidenten op te merken. Deze waren voornamelijk aanwezig bij de gebruiksvriendelijkheid van de software.

**Tabel 5**  
Beoordeling incidenten weergegeven per subthema en lading

System quality	Lading*			Subthema totaal
	Positief	Neutraal	Negatief	
<i>Gebruiksvriendelijkheid van de software</i>	11 (39 %)	1 (4 %)	16 (57 %)	28 (47 %)
<i>Navigatie in de software</i>	22 (71 %)	2 (6 %)	7 (23 %)	31 (53 %)
<b>Totaal</b>	33 (56 %)	3 (5 %)	23 (39 %)	59 (100 %)

\* alle percentages zijn afgeronde getallen

#### 3.1.1. Gebruiksvriendelijkheid van de software

Wat opviel tijdens de usability tests is dat er in het think aloud protocol door elke counselor dezelfde feature werd gemist. Op de website van rokendebaas.nl is er de optie voor de counselors om het rookschrift van de cliënt in te zien. Het rookschrift is een self-monitorings optie waarin de cliënt uitgebreid per uur kan bijhouden hoe zijn rookgedrag eruit ziet. Door deze feature krijgen de counselors meer achtergrondinformatie over een specifieke moment op een dag. Geen van de counselors heeft opgemerkt dat er een self-monitoring aanwezig was bij proefpersoon Bert. Tijdens het interview is hier naar gevraagd. ( *‘Was u ook nog opgevallen dat er een momentbeschrijving bij zat?’* ) Het antwoord was bij één van de counselors (C3 *‘Nee, die zat er niet bij.’*) en bij de anderen kwam het erop neer dat men wist dat ze bestonden maar dat ze simpelweg over het hoofd gezien waren.

De volgende bevinding die gaat over de *‘samenvatting intake’*. Een punt van kritiek welke naar voren kwam was het niet aanwezig zijn van het medicijn (zie figuur 3). Als een cliënt aangeeft dat er medicijnen worden gebruikt dan staat er wel dat er medicijnen worden gebruikt in de *‘samenvatting intake’* maar er staat vervolgens niet bij welk medicijn er gebruikt wordt. De counselors gingen vaak nog wel verder zoeken, (C1 *‘Ga ik even elders kijken?’*) maar kwamen vervolgens niet bij de juiste plek (intake formulier/0-meting). Of men ging er vanuit dat er geen verdere informatie aanwezig is (C2 *‘Nou ik zou zeggen niet, want het staat er niet in.’*)



Figuur 3 screenshot afkomstig van de rokendebaas.nl website. Omcirkeld is het medicatie gebruik van de cliënt.

Bij de percentages van de gebruiksvriendelijkheid is op te merken dat er veel negatieve incidenten gescord werden, in 16 van de 28 incidenten ging het om een negatief incident (zie tabel 5). Ondanks deze uitkomst waren de commentaren van de counselors hoofdzakelijk positief. De verklaring voor dit verschil ligt bij het labelen van de incidenten. Ter illustratie; een negatief gelabeld incident over gebruiksvriendelijkheid (C2' *Ik moet even zoeken* ') en een positief gelabeld incident over gebruiksvriendelijkheid (C2' *Het is wel gebruiksvriendelijk, ik kan alles wel vinden. Het is alleen nog even wennen.* '). Het kwam vaker voor dat men iets niet kon vinden dan dat men een positief commentaar gaf over de gebruiksvriendelijkheid, maar dit wil niet per definitie zeggen dat de gehele software niet gebruiksvriendelijk is.

### 3.1.2.Navigatie

Uit observaties gedaan tijdens het think aloud protocol is gebleken dat er af en toe even gezocht moest worden naar de juiste plek op de website voor een bepaalde handeling. (C3: *dan moet ik even kijken* '). Echter traden er over het algemeen weinig problemen op bij de navigatie in de software ('C1: *Ik ga mijn inlognaam invoeren en het wachtwoord en ik klik op het woordje verder.* ').

Af en toe trad er wel een kleine vertraging op doordat te snel gehandeld werd waardoor er per ongeluk op uitloggen of het sluiten van vensters gedrukt werd. Deze incidenten wijten de counselors voornamelijk aan een gebrek aan ervaring met het systeem.



(C3: ‘Nou als we het hebben over de vaardigheden op de computer als ik het nog een paar keer gedaan heb het wel gaat lukken’.)

Het verzenden van berichten zorgde bij geen van de counselors voor problemen (C2: ‘En dan moeten we naar versturen natuurlijk, verzenden’). De zevende taak die de counselors kregen was het sturen van een opdracht naar de cliënt (‘Anders Doen’). Voor C2 zorgde dit voor moeilijkheden, ze wist niet precies waar ze de opdracht kon vinden. Eerst zocht ze bij opgeslagen e-mails (‘concepten’) en raakte even verdwaald maar toen ze eenmaal op de juiste plek was geweest wist ze wel weer wat ze moest doen (C2: ‘Nieuw bericht, daar zit ie. Waar moesten we kijken? Anders doen? Daar zit ie. Dan hebben we deze en dan die en dan toevoegen. Moet ik hem ook bewerken.’).

### 3.2. Service quality

Bij service quality zijn minder incidenten gescoord dan bij de andere twee constructen (tabel 4). De verdeling komt redelijk overeen met die van system quality, want ook hier zijn er relatief (58 %) veel positieve incidenten gescoord. Zoals in tabel 6 te zien is gingen bijna alle positieve incidenten over de mogelijkheden van de software, maar ondanks het geringe aantal aanbevelingen voor de software zijn deze waardevol voor de verbetering van de interventie.

**Tabel 6**  
Beoordeling incidenten weergegeven per subthema en lading

	Lading*			Subthema totaal
	Positief	Neutraal	Negatief	
<b>Service quality</b>				
<i>Mogelijkheden v d software</i>	22 (63 %)	1 (3 %)	12 (34 %)	35 (78 %)
<i>Aanbevelingen software</i>	4 (40 %)	2 (20 %)	4 (40 %)	10 (22 %)
<b>Totaal</b>	26 (58 %)	3 (7 %)	16 (36 %)	45 (100 %)

\* alle percentages zijn afgeronde getallen

#### 3.2.1. Mogelijkheden software

Bij stap acht in het think aloud protocol werd gevraagd naar het verwerken van de ‘samenvatting intake’ in de DSV-database van het MST. De bedoeling van deze vraag was niet zo zeer of ze de handelingen konden verrichten, maar meer de manier waarop ze het zouden invoeren. Er is een makkelijke (snelle) maar ook een tijdrovend manier om het te doen. Wat hierin opviel is dat twee counselors (C2,C3) voor het overtypen kozen (tijdrovend) en de meer ervaren counselor voor de snelle oplossing koos (C1) (kopiëren en plakken en vervolgens de relevante tekst eruit halen). C3 gaf aan dat ze koos voor het overtypen terwijl ze wel van de snelle manier wist (C3: ‘Ok, eeuhm. \*selecteert en kopieert tekst\* Nieuwe aanmaken?’) omdat ze meer informatie erbij wilde hebben dan uit de ‘samenvatting intake’ komt. (C3: ‘En dan zou ik zeggen bijvoorbeeld alcohol gebruik er bij zetten in wat voor een situaties drinken.’)

Alle drie de counselors gebruikten een andere methode om de data over te zetten van de rokendebaas site naar de DSV-database. Dit duidt erop dat er geen consistente afspraken zijn over hoe hiermee gewerkt dient te worden. Een van de counselors gaf dit ook aan als mogelijk struikelpunt.

Van belang is dat iedereen op dezelfde manier werkt waardoor er eenheid en regelmaat gecreëerd wordt. Een van de counselors gaf dit ook aan (C2: *'dat je het allemaal conform de zelfde formule doet.'*).

De optie om naar een stuk tekst van een website te verwijzen door middel van een link knop (gevraagd in stap 6, zie bijlage: think aloud protocol) werd door geen van de counselors benut. De vraag was *'Bert heeft u een vraag gestuurd, zoek deze vraag op en beantwoord deze zo goed en volledig mogelijk, gebruik linkjes indien u dit handig vindt.'* Er is daar expliciet aan toegevoegd *'gebruik linkjes indien u dit handig vindt.'* Dit is gedaan om de counselor een hint te geven dat een link geven in deze kwestie de meest efficiënte manier is.

In het interview dat aansluitend gehouden werd, kwam naar voren dat men van de functie op de hoogte was. Zo werd er door één counselor aangegeven dat het (C1: *'een beetje flauw het bos in sturen'*) was nu ze alleen verwees naar (C1: *'kijk eens op de site'*). Hiermee bedoelde de counselor dat ze vond dat er beter verwezen had moeten worden naar een specifieke plek op de site. Dit is wel een opmerkelijke toevoeging aan het niet geven van de optie. De counselor geeft immers aan dat ze er wel van op de hoogte was, maar dat ze er voor koos om het niet te doen. Tijdens het interview is hier verder op ingegaan en werd als antwoord gegeven dat het te maken had met de testsetting (C1: *'de rol nu speelt voor het testen.'*). Het komt dus volgens de counselors door de kunstmatige setting en niet het gebrek aan kennis.

### **3.2.2. Aanbevelingen software**

Zoals eerder beschreven waren er verbeterpunten aangemerkt door de counselors. Bij het rookschrift gaf een van de counselors aan dat er misschien met kleur gewerkt zou kunnen worden zodat het duidelijker zou zijn dat er een self-monitoring (momentbeschrijving) bij zit. (C3: *'denk ik dan wel, misschien met kleur of zo?'*) In figuur 4 is te zien dat er geen verschil in de twee registraties zit terwijl bij de tweede registratie wel een moment beschrijving zit en bij de eerste niet, zoals te zien in de tweede afbeelding. Zoals te zien is in figuur 5 bevat de momentbeschrijving relevante informatie over het welbevinden van de cliënt. Van belang is dus dat dit niet over het hoofd gezien wordt.

**Zaterdag 07 Februari 2015**

Tijd	Opmerkingen
00:00	
01:00	
02:00	
03:00	
04:00	
05:00	
06:00	
07:00	Zin in, gerookt   Trek: 9   Gebruikelijke merk   Aantal: 4   Rookgenot: 9
08:00	
09:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	Zin in, gerookt   Trek: 8   Gebruikelijke merk   Aantal: 2   Rookgenot: 8
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	

Figuur 4 screenshot afkomstig van de rokendebaas.nl website. Omcirkeld zijn de momentbeschrijvingen van de cliënt. Hier is wordt geïllustreerd dat er geen verschil in weergave is tussen het wel of niet aanwezig zijn van een momentbeschrijving.

**Zaterdag 07 Februari 2015**

**17:00 uur | Zin in, gerookt | Trek: 8 | Gebruikelijke merk | Aantal: 2 | Rookgenot: 8**

**Situatie**

Waar: Thuis  
Ik was (daar met): alleen  
Bezigheid: TV kijken  
Gebeurtenis: Ik zag op tv iemand roken en dacht dat wil ik ook

---

**Gedachten**

Ik heb zo'n trek, ik moet nu even roken  
Ik kan er niet tegen als dingen anders gaan dan gepland

---

**Gevoel**

gespannen woedend   
teleurgesteld in mezelf

---

**Gedrag**

Ik ga naar de keuken en pak mijn sigaretten

---

**07:00 uur | Zin in, gerookt | Trek: 9 | Gebruikelijke merk | Aantal: 4 | Rookgenot: 9**

Figuur 5 screenshot afkomstig van de rokendebaas.nl website. Dit is wat de counselor ziet wanneer zij de momentbeschrijving van de cliënt opent. Zoals te zien bevat de momentbeschrijving relevante informatie. ‘

C1 gaf aan dat ze moeilijkheden had met het feit dat ze niet overal toegang toe heeft

(C1: *‘Dat ik dan als eigenlijk als cliënt moet inloggen en dat betekent dat ik uit mijn hele systeem moet’* om daar aan toe te voegen *‘En dat eeuuhm vind ik een groot probleem.’*). In dit geval ging het om een door haar zo genoemd *‘rekentool’* voor de cliënten die eerst willen minderen om vervolgens te stoppen met roken. De tool rekent uit hoeveel sigaretten er per dag gerookt mogen worden. Nu moet de counselor inloggen als cliënt om hier toegang tot te krijgen. Ze sprak de wens uit dat dit veranderd zou worden. (I: *‘U gewoon voor minderen een schema op zou kunnen stellen?’*) ze antwoordde C1: *‘Ja, absoluut!’*)

Bij de laatste *aanbeveling software* moet even terugverwezen worden naar *gebruiksvriendelijkheid van de software*, daar was de *‘samenvatting intake’* aan bod gekomen en daar kwam naar voren dat het soort medicatie niet werd getoond in de samenvatting (zie figuur 3). Dit zorgde ervoor dat men verwachtte dat er dan geen soort medicijn was opgegeven door de cliënt en men ging dus ook niet verder op onderzoek uit.

### 3.3. Information/content quality

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de information/content quality besproken. Wat opvalt bij het bekijken van de incidenten is dat er in tegenstelling tot de andere twee quality’s hier meer negatief dan positief gescoord wordt, daarnaast scoort hier de neutrale lading ook veel hoger dan bij de andere twee (tabel 4). De negatieve incidenten zitten voornamelijk bij de bruikbaarheid van de interventie. Overigens moet opgemerkt worden dat het aantal negatieve en positieve incidenten bij de bruikbaarheid van de interventie dichtbij elkaar liggen (23 om 18) (zie tabel 7).

**Tabel 7**

Beoordeling incidenten weergegeven per subthema en lading

Information/content quality	Lading*			Subthema totaal
	Positief	Neutraal	Negatief	
<i>Bruikbaarheid interventie</i>	18 (38 %)	7 (15 %)	23 (48 %)	48 (80 %)
<i>Aanbevelingen interventie</i>	1 (8 %)	3 (25 %)	8 (67 %)	12 (20 %)
<b>Totaal</b>	19 (32 %)	10 (17 %)	31 (52 %)	60 (100 %)

\* alle percentages zijn afgeronde getallen

#### 3.3.1. Bruikbaarheid interventie

Over het algemeen zijn de counselors nog wat sceptisch als het gaat om de capaciteiten, maar ook de bereidheid om de benodigde informatie en vaardigheden zich eigen te maken (adhearance), van sommige cliënten. (bijvoorbeeld. C2: *‘Er zijn natuurlijk mensen die helemaal niet. Niet willen lezen of kunnen lezen of die het allemaal veel te veel werk vinden en daardoor misschien vervroegd kunnen afhaken. Die op andere manieren misschien wel geholpen zouden kunnen redden’*)

De reikwijdte van de interventie is ook meegenomen in het subthema *bruikbaarheid interventie*. Daarmee wordt de populatie die deel kan nemen aan de interventie bedoeld. Mensen die voorheen wellicht niet terecht konden op de Stoppen met Roken Poli omdat ze of onregelmatige werktijden hebben of veel van huis zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vrachtwagenchauffeurs.

Alle drie de counselors zijn het erover eens dat de blended variant zorgt voor een grotere reikwijdte en dat het de interventie te goede komt. Een veel gehoord commentaar was dat de blended care variant ervoor zorgt dat de bereikbaarheid groter wordt (C3: *'die niet euh, moeilijk op de poli kunnen komen qua werk en qua tijd dat je daar een extra optie om die op die manier dan iets te kunnen bieden. Dat is denk ik voor sommigen wel een winst'*).

Een beperking van de interventie zou kunnen zijn dat, doordat er nu minder face-to-face contact is, het risico ontstaat dat de cliënten minder eerlijk en open zullen zijn (disclosure) (C2: *'dan zie ik ze graag want dan kom je er eerder achter als ze je wat wijsmaken'* en *'ik zie veel van gezichten af, ik lees veel van gezichten af. En dat lijkt me soms lastig. Omdat het toch verslavingszorg is'*). Dit zorgde bij C2 voor twijfels over de interventie en de behandelmethode, het wekte de vraag op of de ingevulde data wel te vertrouwen is.

Ook de privacy werd aangehaald. Sommige mensen hebben meer moeite met hun emoties te uiten via een computerscherm dan in het echt (C2: *'niet altijd gevangen te worden in woorden. Dat weet je dan maar dat vinden ze prettig maar verder hoeft dat niet genoteerd te worden. Dat gaat verder niemand wat aan.'*).

Op de vraag 'heeft u het idee dat u in staat bent de behandeling succesvol te laten verlopen?' Werd door alle counselors instemmend geantwoord (C1: *'ik heb er wel vertrouwen in.'*, C2: *'Ja, Ja euhm ja.'* en C3: *'Ja, dat denk ik wel ja'*). Hieruit blijkt dat het met de self-efficacy van de counselors goed gesteld is.

### **3.3.2. Aanbevelingen interventie**

Alle drie de counselors waren het er wel over eens dat ze over voldoende self-efficacy beschikten maar dat er wel behoefte is aan een opfriscursus. Het vertrouwen onder de counselors bestaat dat de missers te wijten zijn aan een gebrek aan routine en vertrouwdheid met de voor hen nog relatief onbekende software. Op de vraag of ze hier een oplossing voor hebben werd geantwoord dat men even opgefrist moest worden (C3: *'toch wel even een opfrisser nodig heeft'*). Als mogelijke toevoeging hiervoor werd opgemerkt door een van de counselors dat een soort van handleiding (manual) een goede toevoeging zou zijn. (C3: *'Dat*

*je een papier hebt \* onverstaanbaar\* een boek met hoe je het moet doen.* '). Deze manual zou dan als een soort van naslagwerk te gebruiken zijn.

Iets wat niet zo zeer met de usability test te maken had maar meer een opmerking van algemene strekking was dat er nog een aantal onzekerheden bestaan over hoe de blended care versie precies geïmplementeerd gaat worden. Dit kwam ter sprake tijdens het interview. Wie doet wat? Wie is waar verantwoordelijk voor? (C3: *'het belangrijke is dat je eeuuh. Gewoon goed zicht hebt hoe alles gaat lopen bij de artsen en eeuuh, ja dat stukje dat daar afspraken over, duidelijk in kaart hebt'*) Dit valt onder facilitating conditions zoals besproken in het UTAUT model.

Een onderwerp welke hier op aansluit is de selectie van de cliënten en de vorm van behandeling (minderen of direct stoppen) voor de blended care interventie. De counselors leven nog in een zekere mate van onzekerheid over hoe deze gaat plaats vinden (C3: *'Ik weet niet of dat voor hier is. Wat ik begrepen heb is dat de artsen bepalen welke manier ze gaan doen. Wat betreft het stoppen, dat lijkt me erg lastig allemaal'*).

## **Hoofdstuk 4. Discussie**

In dit hoofdstuk zullen de conclusies, aanbevelingen en de limitaties ter sprake komen.

### **4.1. Discussie**

De bevindingen worden besproken in deze paragraaf, afsluitend zal de onderzoeksvraag worden beantwoord.

Na het analyseren van de data verkregen uit de usability test (think aloud protocol en het semi-gestructureerde interview) kan geconcludeerd worden dat de indruk vanuit de intermediar-users (zie users 2.1.) over het algemeen positief is, want er is sprake van een relative advantage (*'Relative advantage is the degree to which an innovation is perceived as better than the idea it supersedes'* (Rogers, 2002)). In dit geval dus de blended care interventie ten opzichte van de vorige interventie, mits er een goede selectie op end-users gemaakt wordt. De counselors gaven aan dat zij onder goede selectie verstaan: de end-user moet kunnen lezen en schrijven, redelijk ervaren zijn met computers, een positieve houding tegenover e-health hebben en als laatste en misschien wel belangrijkste punt: de patiënten moeten willen stoppen met roken. Deze laatste verwachting wordt ondersteund door onderzoek van Postel, et al., (2011). Als hieraan voldaan wordt is de verwachting vanuit de counselors dat interventie succesvol zal zijn, zowel voor de cliënten als voor de counselors. Dit succes moet terug te zien zijn in hogere tevredenheid onder de cliënten maar ook in hogere stoppen met roken

aantallen. Als eerste werd aangemerkt dat de blended care interventie de mogelijkheid biedt om gestructureerd te werk te gaan. De counselors gaven aan dat er door de software overzicht wordt aangebracht in de te volbrengen opdrachten, omdat zowel de counselors als de cliënten duidelijk zicht krijgen op welke werkzaamheden er verricht moeten worden. Dit komt overeen met een van de bevindingen uit onderzoek naar blended care behandelingen in de gezondheidszorg van Postel, Witting & van Gemert-Pijnen (2013). De mate van structuur zorgt ervoor dat er efficiënter gewerkt kan worden. Ook het snel paraat kunnen hebben van alle relevante informatie van de cliënt draagt bij aan een hogere efficiëntie. Als tweede punt kwam de self-efficacy van de counselors naar voren, want de counselors beschikken over voldoende self-efficacy om de interventie succesvol te laten zijn. Gevoelens van self-efficacy beïnvloeden een divers scala aan fenomenen zoals zelf regulatie, standvastigheid en het verlangen om te presteren (Bandura, 1982). Dit is een goed gegeven en zal bevorderlijk zijn voor de interventie. De counselors zaten qua ideeën en gebruikservaringen met betrekking tot de interventie veelal op één lijn. Wanneer er naar het labelen van de incidenten gekeken wordt dan valt dit terug te zien (tabel 2). Echter zeggen de aantallen en percentages op zichzelf nog niet genoeg, want een zelfde incident kan ook anders beoordeeld worden. Als men kijkt naar de antwoorden tijdens de interviews dan blijken deze meningen op veel gebieden overeen te komen, daarnaast spreekt het gegeven dat elk van de counselors het think aloud protocol heeft kunnen afronden ook voor deze bewering. De observaties gedaan door de onderzoeker bevestigingen dit beeld. Overigens moet er wel een nuancering aangebracht worden bij het aantal incidenten. Het think aloud protocol (rokendebaas) en het semi-gestructureerde (MST) interview belichten allebei tot op zekere hoogte andere aspecten van de blended care interventie. Er kan een verschil in importantie en aantallen tussen de incidenten zitten omdat het in sommige gevallen bij een incident gaat om een goed verrichte handeling ('*klikken van de juiste knop*') en in andere gevallen om een suggestie ('*toevoegen functie minderen voor de counselors*'). Bij de eerst genoemde gaat het om een klein detail, terwijl het bij de laatst genoemde belangrijk zal zijn voor het verbeteren van de interventie. Het gevolg hiervan is dat men niet veel moet kijken naar de percentages van de incidenten maar ook vooral naar de inhoud van de incidenten. Zo is het toevoegen van de eerder genoemde functie 'minderen' van veel groter belang voor het verbeteren van de interventie. Deze benadering is terug gekomen in de resultatensectie.

Vanuit het oogpunt van de cliënt hadden de counselors ook een opmerking. Op basis van de bevindingen van dit onderzoek kan gesteld worden dat de bereikbaarheid van de interventie gezien wordt als een groot voordeel. Cliënten kunnen hun online behandeling op

de werkplek of thuis uitvoeren. Dit zijn bekende voordelen van e-health (Civljak et al., 2010). Ondanks dat het voordeel van bereikbaarheid niet direct van toepassing is op de counselors, ze werken immers niet vanuit hun eigen huis maar vanuit hun kantoor, wordt er wel verwacht dat de counselor hier ook baat bij zullen hebben omdat de cliënten meer betrokken zijn bij hun eigen stoppen met roken behandeling.

Naast de positieve punten zijn er echter nog wel enkele verbeteringspunten en/of aandachtspunten aan te merken die wellicht tot een nog succesvollere interventie zouden kunnen leiden.

Hoewel men over het algemeen tevreden is over de software van de rokendebaas website zijn er enkele verbeterpunten aan te merken. Deze zullen besproken worden aan de hand van de determinanten van Delone & McClean (2003). Om te beginnen met de “system quality”. De afwezigheid van de weergave welk medicijn een cliënt tot zich neemt in de ‘samenvatting intake’ werd als hinderlijk en onbegrijpelijk ervaren. Er werd immers wel aangegeven dat de cliënt medicijnen tot zich neemt maar vervolgens niet welke medicijnen dit betreffen. Daarnaast bestond er bij het rookschrift ook onduidelijkheid over de self-monitoringstool ‘momentbeschrijving’. Deze werden door de deelnemers over het hoofd gezien. Wellicht dat het komt door een gebrek aan ervaring van de counselors met de software maar wellicht ook omdat de feature gewoon weg te onduidelijk is. Het verduidelijken van de self-monitoring zou opgelost kunnen worden door middel van tunneling, dit wil zeggen dat het systeem (de software) de gebruikers zou moeten sturen naar het gedrag dat wenselijk is (Oinas-Kukkonen, & Harjumaa, 2009). De essentie van tunneling is dat het systeem wordt gebruikt om de user te sturen naar het uitvoeren van het gewenste gedrag (Oinas-Kukkonen, & Harjumaa, 2009). Als laatste determinant wordt de “content/information quality” behandeld. Een aanbeveling die gedaan kan worden is het aanbieden van een cursus van één dagdeel. Ondanks dat de counselors allemaal aangaven over voldoende self-efficacy te beschikken lijkt het gebruiksgemak van de software toch niet zo hoog te zijn dat men er na één cursus mee aan de slag kan. De hoge mate van self-efficacy van de counselors lijkt onder de voorwaarde van een nieuwe uitleg over de software te zijn, anders hadden ze hier immers niet naar verwezen. Schijnbaar is de kennis langzamerhand weggezakt en is er behoefte aan verankering van deze kennis. Door een cursus te geven in combinatie met een handleiding (manual) verwachten de counselors deze verankering te bewerkstelligen. In deze handleiding moeten de te volgen stappen staan beschreven. De onderzoeker verwacht dat mits de stappen uit de handleiding nageleefd zullen worden het ten goede van de program fidelity zal komen.



Als dat gebeurt dan werkt elke counselor namelijk via dezelfde werkwijze. Echter is het maar de vraag of er gebruik gemaakt zal worden van de manual, er is gebleken dat wanneer men een manual moet raadplegen er gemiddeld vaker voor wordt gekozen om helemaal af te zien van de handeling welke op gezocht zou moeten worden in de handleiding (Novick & Ward, 2006). Er werd aangegeven dat er behoefte is aan program fidelity, omdat men dan structuur aan kan brengen. Alle counselors moeten op dezelfde manier gaan werken, de afspraken met de longarts moeten ook voor iedereen hetzelfde zijn. Bij deze afspraken moet gedacht worden aan wie bepaalt welk traject (minderen of direct stoppen) de cliënt volgt etc. Dit is onder meer van belang omdat de continuïteit van de zorgverlening gewaarborgd zal worden wanneer de cliënten van collega's behandeld kunnen worden volgens dezelfde werkwijze.

Een van de counselors merkte op dat ze twijfelde aan de betrouwbaarheid van de cliënten, met als gevolg ook aan de betrouwbaarheid van de interventie. Ze gaf aan dat de cliënten een hogere mate van anonimiteit zouden voelen en hierdoor minder snel geneigd zouden zijn de waarheid te spreken in vergelijking met een face-to-face behandeling. Dit is opvallend, omdat er juist een hogere kwaliteit van de data verwacht door de toegenomen anonimiteit en de afwezigheid het geven van sociaal wenselijke antwoorden (Tates, 2010). Het gevolg van deze anonimiteit zou in dit geval het tegenovergestelde zijn als wat de counselor verwacht, namelijk een meer open en eerlijke houding. Overigens voegde de counselor er wel aan toe dat ze deze verwachting had omdat er tijdens online contact minder snel een vertrouwensband opgebouwd zou worden, maar dit was enkel op haar gevoel gebaseerd. Een laatste uitkomst had betrekking op de capaciteiten en de bereidheid van de end-users. De counselors waren sceptisch over de capaciteiten maar ook tegenover de bereidheid van de cliënten om zich de benodigde informatie en vaardigheden eigen te maken (adherence). De gebruikte taal door de counselors moet begrijpelijk zijn en de software mag niet te ingewikkeld zijn. Verwacht wordt dat vooral laaggeschoolde users en users van middelbaar of oudere leeftijd moeilijkheden zullen hebben met het begrijpen van de gebruikte taal. Juist bij online interventies is het van belang dat er begrijpelijke taal gecommuniceerd wordt, eventuele misverstanden door onbegrip kunnen immers niet opgemerkt worden (Schalken, Wolters, Tilanus, van Gemert, van Hoogenhuyze, Meijer, et al., 2010)

De verwachtingen van de counselors van het MST ten aanzien van de nieuwe blended care interventie over het algemeen positief. De interventie is gebruiksvriendelijk, vergroot de bereikbaarheid en de counselors hebben voldoende self-efficacy om de interventie succesvol te laten zijn. Er zijn nog wel enkele aanpassingen in de software nodig om het gebruiksgemak

van de interventie te verhogen. Voor de self-monitorings feature moet ervoor gezorgd worden dat men het opmerkt, het toevoegen van perceptuele cues zoals kleur en een pop-up (indien er een self-monitorings moment (en) aanwezig is/zijn op die dag), zou hier voor kunnen zorgen. Het probleem met de samenvatting intake is eenvoudig op te lossen. Het soort medicatie dient toegevoegd te worden. Daarnaast is een cursus in combinatie met een handleiding wenselijk om de effectiviteit van de counselors te verhogen en er voor te zorgen dat er een hogere mate program fidelity is.

#### **4.1 Limitaties**

Er zijn een aantal limitaties aan te wijzen met betrekking tot dit onderzoek. Om te beginnen met de belangrijkste. De determinanten van Delone & McClean (2003) hebben voor de nodige verwarring gezorgd bij de onderzoeker. Er traden problemen op bij het onderscheid maken tussen de verschillende determinanten. In het bijzonder tussen “service en system quality” waren veel overeenkomsten en was het rangschikken van de incidenten onder het juiste (sub)thema lastig. Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat één van de twee determinanten onderbelicht is gebleven bij de behandeling van de resultaten en het trekken van de conclusies. De waarde die aan de subthema’s toebedeeld is kan ook een scheve verhouding veroorzaken. Zoals eerder in het onderzoek vermeld zijn niet alle incidenten even belangrijk voor de uitkomst van het onderzoek. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan *‘het klikken op verzenden’* tegenover het vinden van een verbeterpunt (*‘toevoegen optie minderen voor bij de counselors’*) voor de hele interventie. Omdat het eerste soort incidenten tijdens dit onderzoek zijn onderverdeeld bij de “system quality” en de tweede bij de “service quality” kan het zo zijn dat de “system quality” onderbelicht is geweest bij de behandeling van de resultaten. Het model van Delone & McLean zou naar mening van de onderzoeker een gebruiksvriendelijke en efficiënter model zijn geweest voor dit onderzoek wanneer de determinanten “system en service quality” zouden worden samengevoegd tot een overkoepelende determinant. Deze determinant zal zich dan richten op het software matige aspect van de interventie en de “information/content quality” zal zich richten op de meer inhoudelijke kant van de interventie. Een andere verklaring voor de problemen bij het coderen zouden bij de onderzoeker zelf kunnen liggen. De codes waarmee gewerkt is waren globaal van aard en hierdoor was er overlap binnen de codes. Zo zou men kunnen stellen dat navigatie (SYN) onder gebruiksvriendelijkheid (SYG) valt, hierdoor is de definitie van de code van invloed op de kwaliteit van de classificaties. Wellicht kan er achteraf gesteld worden dat de definities niet helder genoeg waren. Het gevolg van deze limitatie is dat een andere

onderzoeker wellicht tot andere oordelen zou kunnen komen over welk incident onder welke determinant zult scharen. Dit is terug te zien in de lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0,24. Doordat de constructen van dit model lastig te operationaliseren waren, bleek het toekennen van de daaruit verkregen (sub)codes niet consistent te zijn. De verschillen in toekenning van labels zijn in zekere zin onvermijdelijk bij dit soort kwalitatief onderzoek. De vraag is of het nog binnen de grenzen is gebleven of dat deze hier zijn overschreden. Ondanks het feit dat door deze beperkingen incidenten wellicht een ander label hadden moeten krijgen, is het voornamelijk van belang dat de incidenten benoemd en beoordeeld zijn. Het is voor de opdrachtgever (MST) namelijk vooral van belang dat er resultaten uit de usability test naar voren komen waardoor ze de interventie als geheel of de software als onderdeel kunnen aanpassen. Overigens beweert de onderzoeker niet dat er geen incidenten gemist zouden kunnen zijn. Er zullen ongetwijfeld kleine dingen over het hoofd gezien worden. Echter durft de onderzoeker het vertrouwen uit te spreken dat de meest belangrijke data geanalyseerd en besproken is. Door de labels die zijn toegekend door de collega onderzoeker ook aandacht te bestuderen en te vergelijken met de eigen gevonden bevindingen is er gepoogd de data zo volledig mogelijk te krijgen. De al lage (0,24) maat van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (inter rater reliability) is overschat omdat er bij de berekeningen geen rekening is gehouden met de overeenstemming in incidenten ten gevolge van kans (Hallgren,2012). Deze maat moet dus met enige voorzichtigheid bekeken worden en kan niet eenduidig geïnterpreteerd worden.

Om af te sluiten was er ook nog sprake van een positieve methodologische aspect, de populatie waaruit de usability test is gedaan bestond uit drie counselors, dit betrof de gehele populatie werkzaam aan de Stoppen met Roken Poli van het MST (longarts uitgezonderd). Hierdoor is er dus een zo compleet mogelijk beeld ontstaan van de werkwijze bij dit specifieke ziekenhuis. Ook is het think aloud protocol opgesteld met een expert-user die ook een rol heeft gespeeld in het ontwikkelen van de rokendebaas software, hierdoor is er het vertrouwen dat de benodigde kennis ook daadwerkelijk bevraagd is tijdens de usability test.

Een andere interessant discussiepunt is de vraag of er bij deze usability test wel de gehele blended care interventie aan bod is geweest. Lag de nadruk misschien niet te veel op het online gedeelte? Bij stap 8 van het think aloud protocol is aandacht besteed aan interactie tussen het rokendebaas.nl systeem en X-care (MST), maar verder lag de focus voornamelijk op het softwarematige gedeelte. Tijdens het semi-gestructureerde interview is er wel gevraagd

naar de andere kant (face-to-face) van de interventie, maar er is geen test gelegenheid geweest.

Ook de generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek, maar ook de hele interventie naar andere ziekenhuizen is moeilijk te bepalen. Het is te verwachten dat in elk ziekenhuis een (iets) andere werkwijze gehanteerd zal worden. Het is dus irreëel om te denken dat als het hier aan het MST in Enschede succesvol blijkt te zijn dat het op dezelfde manier in een ziekenhuis in Amsterdam geïmplementeerd kan worden. De cultuur is daar compleet anders en dat kan van grote invloed zijn op het te behalen succes.

Tot slot zijn de verwachtingen van de counselors van het MST ten aanzien van de nieuwe blended care interventie over het algemeen positief. Het is een gebruiksvriendelijke en bereikbaarheid vergrotende interventie. De counselors beschikken over self-efficacy wat vertrouwen geeft in een succesvolle interventie. Na het doorlopen van een korte cursus (één dagdeel) verwachten de counselors in staat te zijn de interventie succesvol te laten verlopen.

#### **4.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek.**

- Evaluatie moment: het lijkt de onderzoeker verstandig om een kort evaluatie moment in te lassen na 1 maand zodat de counselors hun ervaringen over de nieuwe interventie uit kunnen spreken. Tijdens dit evaluatie moment moet er ook ruimte zijn om eventuele aanpassingen te bespreken.
- Onderzoek gericht op face-to-face gedeelte interventie: het is wellicht zinvol om een onderzoek te richten op het face-to-face contact met de cliënten. Hoe gaat dat samen met de online counseling en waar liggen hier de knelpunten.
- Coderingschema: Wanneer een andere onderzoeker soort gelijk onderzoek gaat doen wordt het verstandig geacht om het coderingschema van Delone & McLean aan te passen. Naar aanleiding van dit onderzoek wordt de aanbeveling gedaan om de “system quality” en de “service quality” samen te voegen tot een soort “quality”. De ervaring van de onderzoeker heeft geleerd dat er te moeilijk een duidelijk onderscheid is te maken tussen deze twee “quality’s”.
- Generaliseerbaarheid: om de generaliseerbaarheid van de interventie te beoordelen zal hij eerst een tijdje van start moeten gaan aan het MST. Dan kan beter bepaald worden waar opgelet moet worden bij het implementeren van de studie in andere

ziekenhuizen. Wanneer dit onderzocht wordt moet men ook vooral rekening houden met de cultuur waarin men het wil implementeren. Het is namelijk niet uit te sluiten dat wat in Twente wel werkt in de Randstad voor problemen zou kunnen zorgen. Er is dus vraag naar een eindevaluatie na bijvoorbeeld één jaar.

## Literatuurlijst

- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. *American Psychologist*, Vol 37 (2), Feb 1982, 122-147. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. a. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (2/4), 109-160. doi: 10.1080/15228830802094429.
- Brown J., Kotza D., Michie S., Stapleton J., Walmsley F., & West R. (2014). How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign ‘Stoptober’? *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 135, 1 February 2014, Pages 52–58
- Christenhusz, L. C.A., Prenger, R. M., Pieterse, M. E., Seydel, E. R., & Palen, J. van der (2012). Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 14, Number 6 (June 2012) 657–663
- Civljak M., Sheikh A., Stead L.F., & Car J. (2012). *The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2012*
- Civljak M., Sheikh A., Stead L.F., & Car J. (2012). *The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2014*
- (COR) Continue Onderzoek Rookgewoonten. (2013). is een continue monitor over rookgedrag onder 20.000 volwassenen vanaf 15 jaar. *De gegevens worden verzameld door TNS NIPO, tot en met 2012 in opdracht van STIVORO, vanaf 2013 het Trimbos-instituut.*
- DeLone W.H., & McLean E. R. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: a Ten year update. *J Manag Inf Syst* 2003, 19:9.
- Deursen, A.J.A.M. van., & Dijk, J.A.G.M. van. (2011). Trendrapport computer- en internetgebruik 2011. Een Nederlands en Europees perspectief. *Enschede: Universiteit Twente.*

- Dijkstra A., Vries H.de., & Roijackers J. (1999). Targeting smokers with low readiness to change with tailored and nontailored self-help materials. *Preventive Medicine* 1999;28 (2):203–11.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2), e20. doi:10.2196/jmir.3.2.e20.
- Fiore M, Bailey W, Bennet G, Cohen S, Dorfman SF, & Fox B, et al. (2000). Treating tobacco use and dependence. *Clinical Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000*
- Fletcher, C., & Peto, R. (1977). The natural history of chronic airflow obstruction. *British medical Journal*, 1, 1645–1648. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/20414935>
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; Volume 16, Number 2: pp. 107–123
- Gemert-Pijnen, L. van., Kelders, S., Kulyk, O., Limburg, M. van., Nijhof, N., & Nijland, N., et al. (2013). Improving e-health. *Boomdoc Eleven international publishing* 2013
- Hallgren, K. A. (2012). Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Published in final edited form as: Tutor Quant Methods Psychol.* 2012; 8 (1): 23–34.
- Jaspers M.W.M. (2009). A comparison of usability methods for testing interactive health technologies: methodological aspects and empirical evidence. *Int J Med Inf* 2009, 78:340–353.
- Kelders, S.M., Gemert Pijnen, J. E. van., Werkman, A., Nijland, N., & Seydel, E.R. (2011). Effectiveness of a Web-Based Intervention Aimed at Healthy Dietary and Pshysical Activity Behavior: A Randomized Controlled Trial. About Users and Usage. *Journal of Medical Internet Research*, 13 (2):e32.
- Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., Jong, J. de., Cath, G.J., Gennip, L van., & Friele, R. (2013). *e-health Monitor-2013*. Den Haag: Nictiz en het NIVEL.

- Lancaster T, & Stead LF. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. [DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2]
- Lancaster T, & Stead LF. (2002). Self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002*, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.
- Limburg van, M., van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Nijland, N., Ossebaard, H.C., Hendrix, R.M.G. & Seydel, E.R. (2011). Why business modeling is crucial in the development of e-health technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13 (4), e124. doi: 10.2196/jmir.1674.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: a comparative assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Cambridge (MA): Harvard University Press on behalf of the WHO and the World Bank*, 1996.
- Nielsen, J. (1994) *Usability inspection methods*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Novick, D.G., Ward, K. (2006) Why don't people read the manual? *Departmental Papers (CS)*. Paper 15.
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjuma, M. (2009). Systems Persuasive Systems Design: Key Issues, Process Model, and System Features. *Communications of the Association for Information*
- Oosterik, S. (2014).houvast, door Co creatie . *Universiteit Twente – Faculteit Gedragwetenschappen*, Enschede.
- Panhuis-Plasmans M. In 't., Luijben G, & Hoogenveen R. (2012). Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012-2. *RIVM*,2012.
- Pieterse, M. E., Seydel, E. R., DeVries, H., Mudde, A. N., & Kok, G. J. (2001). Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general



practitioners: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 32, 182–190.

doi:10.1006/pmed.2000.0791

- Poel F. te., Bolman C., Reubsaet A., & Vries H. de. (2009). Efficacy of a single computer-tailored e-mail for smoking cessation: results after 6 months. *Health Educ. Res. (2009)* 24 (6): 930-940. doi: 10.1093/her/cyp036
- Postel, M., Witting, M. & van Gemert-Pijnen, L. (2013) Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg *Directieve Therapie* Jaargang 33 nummer 3 2013
- Postel, M., Haan, H, A de. Huurne, E. D. ter., Palen J, van der., Becker, E.S., Jong, C. A. de. (2001). Attrition in Web-Based Treatment for Problem Drinkers *J Med Internet Res* 2011;13(4):e117 DOI: 10.2196/jmir.1811
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors* 27 (2002) 989–993 Department of Communication and Journalism, University of New Mexico, Albuquerque, NM 87131-1171, USA
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van., Hoogenhuyze, C. van., Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M. & Postel, M. (2010). Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt. *Houten: Bohn Stafleu van Loghum*.
- Siemer, L. (2013). evaluation of usability, adherence, effectiveness and costs of a blended face-to-face and web-based smoking cessation treatment versus treatment as usual. *Saxion Hogeschool Enschede*
- Silagy C, Mant D, Fowler, G., & Lancaster T. (1999). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- Someren, M.W. van., Barnard, Y.F. & Sandberg, J.A.C. (1994). Think Aloud Method: A practical guide to modelling cognitive processes. *Londen: Academic Press* (blz. 26-27).
- Stead L.F, Bergson G, & Lancaster T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165.DOI:0.1002/14651858.CD000165.pub3.
- Stead LF, & Lancaster T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.

[DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2]

- Strecher, V. J., Shiffman, S. & West, R. (2005). Randomized controlled trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. *Addiction*, 100: 682–688. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01093.x
- Tashkin, D., Kanner, R., Bailey, W., Buist, S., Anderson, P., & Nides, M., et al. (2001). Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet*, 357, 1571–1575. doi:10.1016/s0140-6736(00)04724-3
- Tate, K. (2010). Online focusgroepgesprekken als methode van data verzamelen. *KWALON 44* (2010, jaargang 15, nr. 2)
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, F.D., & Davis, G.B. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View, *MIS Quarterly*, 27, 2003, 425-478. UTAUT
- WHO, World Health Organization (2014). *Fact sheet about health benefits of smoking cessation*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (1998). *Action for Tobacco Control: Guideline for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Geneva, Switzerland: WHO.

**Bijlagen:**  
**Bijlage A**

**Think aloud test met daarop volgend semi-gestructureerd interview.**

Beste counselor,

Om te beginnen zou ik u graag willen vragen om alles wat op dit blaadje staat hardop voor te willen lezen. Op deze manier kunt u al vast een beetje aan het hardop nadenken wennen en zal de data straks makkelijker te verwerken zijn. Hier voor alvast mijn dank.

We zijn hier om een think aloud test te doen met betrekking tot de nieuwe blended behandeling voor de ‘stoppen met roken’ poli van het MST.

Think aloud klinkt misschien ingewikkeld maar dat is het niet. Het gaat er simpelweg om dat u probeert zo veel mogelijk hardop te denken tijdens het uitvoeren van enkele handelingen. Tijdens dit proces zult u af en toe een bemoedigend woord horen van mij om u te stimuleren om hardop te blijven denken. U hoeft hier verder niet op te reageren, maar het enkel naar uw beste mogelijkheid proberen uit te voeren. **Er zit geen tijdslimiet aan de opdracht en u kunt geen fouten maken.** U moet u proberen voor te stellen dat u alleen in uw spreekkamer aan het werk bent zoals u dat normaal ook zou doen, met de enige toevoeging dat u hardop nadenkt en me vertelt wat u doet.

Bijvoorbeeld: Als u een bericht verzendt dan zegt u hardop ‘Ik klik op verzend bericht’. Ik snap dat het wat onwennig kan zijn maar probeer het maar gewoon zo goed mogelijk te doen. Alle verzamelde data zal vertrouwelijk worden behandeld en enkel voor onderzoeksdoeleinden worden gebruikt. Mocht u nog vragen hebben dan mag u die nu stellen.

Voor we beginnen aan de test mag u eerst het informed consent formulier voor uzelf doorlezen, dit hoeft dus niet hardop. Daarna gaan we aan de beginnen.

Hieronder vind u de stappen die u voor het think aloud gedeelte mag uitvoeren. Indien u ergens echt niet uit komt zal ik u verder helpen maar probeer zo veel mogelijk zelf te doen.

Stap 1.

Ga naar <https://acceptatie.rokendebaas.nl/Behandeling/Portal-Niet-clienten.aspx> en beschrijf me wat u op de site ziet.

Stap 2.

*Log in op de hier bovengenoemde website waar ook uw testcliënt staat met de onderstaande inlognaam en het bijbehorende wachtwoord.*

Inlognaam: Counselor

Wachtwoord: \*\*\*\*

Stap3.

*Open het dossier van de cliënt. Genaamd 'bert\*'.*

De volgende vragen gaan over de casus van de cliënt. Om deze vragen te beantwoorden zult u in het dossier van de cliënt op zoek moeten gaan naar de informatie die de cliënt heeft ingevuld.

Stap 4.

- Vraag 1 Hoe oud is de cliënt?
- Vraag 2 Gebruikt de cliënt op dit moment medicijnen? Zo ja, welke medicijnen?
- Vraag 3 Wat is zijn depressiescore?

Stap 5.

Open het rookschrift van de cliënt en vertel me zo volledig mogelijk wat de cliënt heeft opgeschreven bij zijn laatste registratie.

Stap 6.

De cliënt heeft u een vraag gesteld, zoek deze vraag op en beantwoord deze zo goed en volledig mogelijk. Gebruik linkjes indien u dat handig vindt.

Stap 7.

Nu wilt u de cliënt de opdracht 'anders doen' toesturen. Hoe zou u dat aanpakken?

Stap 8.

*Open in X-CARE patiënt Test, B man (01-01-1962) en ga naar DSV.*

*vervolgens opent u de samenvatting van de intake van rokendebaas.nl.*

Haal uit de samenvatting de informatie die u nodig heeft en zet deze informatie in de DSV database. Als u klaar bent kunt u afsluiten, u hoeft de informatie **niet** op te slaan.

*Einde Think aloud gedeelte.*

**Semi-gestructureerd Interview.**

*Aantekeningen en vragen naar aanleiding think aloud gedeelte*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Heeft u het gevoel dat voldoende bent voorbereid om deze behandeling succesvol te laten zijn?

➔ Eventuele toevoegingen ?

Kunt u nog eventuele toevoegingen bedenken of iets wat juist beter achterwege gelaten zouden kunnen worden binnen de behandeling

➔ Met welk doel ?

Zijn er nog dingen die u graag anders zou zien?

➔ Waarom ?

Zoals u weet heb ik ook usability tests met uw collega's gedaan. Een aantal dingen die daar naar voren kwamen wil ik graag ook met u bespreken.

Een van de dingen die naar voren kwam was dat er binnen het programma van [rokendebaas.nl](http://rokendebaas.nl) bij de cliënten wel een optie was om een schema op te stellen voor 'het minderen' maar bij jullie counselors niet. Hoe kijkt u hier tegen aan?

Een andere opmerking had te maken met vertrouwen. Er werd opgemerkt dat het moeilijk kan zijn om de cliënten op hun woord te geloven zonder dat je ze in de ogen aan kunt kijken. Wat is uw mening hierover?

Wat zijn uw verwachtingen wat betreft de resultaten van de nieuwe blended care behandeling ?

➔ Waarom?

## **Bijlage B. Informed consent**

Geachte mevrouw,

U wordt verzocht onderstaande tekst door te lezen. Wanneer u medewerking wilt verlenen aan het onderzoek, dient u onderaan de tekst uw naam, handtekening, plaats van tekenen en de datum in te vullen. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u die stellen.

Ik heb de informatie over dit onderzoek gelezen. Ik weet dat meedoen geheel vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan besluiten om niet mee te doen of kan stoppen met deelname aan het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming om de gegevens te gebruiken, voor de doeleneinden die benoemd zijn.

Ik ben bereid deel te nemen aan dit onderzoek en me te laten interviewen door Tom van den Heuvel.

Naam:

.....

Plaats:

.....

Handtekening:

.....

Datum:

.....