



ERVARINGEN VAN COPD- PATIËNTEN MET DEELNAME AAN HET ROOK- REDUCTIEPROGRAMMA: DE REDUQ-STUDIE

Een exploratief kwalitatief onderzoek

Faculty of Behavioural Management and Social Sciences (BMS)

Department of Psychology, Health and Technology

Dr. M.E. Pieterse

Dr. C.H.C. Drossaert

Anna Maria Johanna Ottilia Huijink

s1010646

SAMENVATTING

Roken is de voornaamste reden voor het krijgen van COPD. Stoppen met roken is de meest effectieve oplossing voor de gezondheid van de patiënt en het verloop van de aandoening (Fletcher & Peto, 1977). Stoppen met roken is erg lastig, in het bijzonder voor COPD patiënten (Christenhusz, 2006). Omdat gedacht wordt dat minderen met roken zorgt voor een afname van nicotine-afhankelijkheid en het minderen rokers motiveert om uiteindelijk te stoppen, wordt minderen als alternatief voor stoppen voorgesteld (Hughes & Carpenter, 2006). De enige evidence-based techniek hiervoor is de Stapsgewijs Minderen met Roken (SMR)-techniek (Cinciripini, Wetter, & McClure, 1997). Bij de SMR techniek wordt op gezette tijden gerookt waarbij het interval tussen die tijden steeds wordt vergroot.

In de REDUQ-studie is deze techniek in combinatie met begeleiding en nicotinevervangende middelen toegepast op COPD-patiënten die niet konden of niet wilden stoppen met roken (Hagens, 2017). Deelnemers werden ingedeeld in een groep met, en een groep zonder uitgebreide begeleiding. De verwachting was dat onder de intensief begeleide groep, de interventiegroep, de mate van minderen en stoppen met roken groter zou zijn dan bij de controlegroep. Echter bleek dat het succes van deelname aan het onderzoek onafhankelijk was van de groep waar de deelnemers waren ingedeeld. Naar aanleiding van deze bevindingen zijn er interviews afgenomen bij deelnemers om te onderzoeken wat hun ervaringen waren met het programma om daarmee een antwoord te vinden op de vraag waarom de verwachte effecten tijdens de REDUQ-studie uitbleven.

In dit bachelor onderzoek is deze vraag onderzocht. Bij 12 deelnemers is een semi-gestructureerd en thematisch interview afgenomen waarbij de doelen, verwachtingen en motivaties vooraf, de ervaringen met stoppen en minderen met roken en de ervaringen met de verschillende programma-onderdelen werden besproken. De resultaten tonen dat deelnemers door hun deelname aan de REDUQ-studie stimuleerden om actief bezig te zijn met hun rookgedrag, hoewel dit niet altijd bleek uit de hoeveelheid sigaretten die zij rookten. Deelnemers hebben zich in veel gevallen niet gehouden aan de voorgeschreven reductie-techniek, maar vaak op eigen wijze met een alternatieve-techniek proberen te minderen. Bovendien hebben de deelnemers niet of nauwelijks gebruik gemaakt van de nicotinevervangende middelen en het werkboek die werden aangeboden. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van resultaten zou dus de lage mate van therapietrouw kunnen zijn. In het algemeen roepen de resultaten de vraag op of het programma wel geschikt is voor de doelgroep van COPD-patiënten. Uit dit bacheloronderzoek blijkt tevens dat deze groep COPD-patiënten een hoge behoefte aan intensieve begeleiding ervoeren, en het moeilijk vonden om het programma in hun dagelijks leven in te passen. Mogelijk heeft deze doelgroep meer baat bij een voor hen aangepast

programma eventueel zelfs op individueel niveau. Daarentegen blijkt wel dat begeleiding in groepsverband door veel deelnemers als zeer positief werd ervaren.

Een belangrijke kanttekening bij dit bacheloronderzoek is de beperkte steekproefgrootte, dit maakt het lastig bevindingen te generaliseren naar de volledige groep deelnemers aan de REDUQ-studie. Tevens vergt de huidige interviewstrategie een hoog reflectievermogen van de deelnemers, wellicht te hoog voor deelnemers met minder cognitieve capaciteiten; een kenmerk van de populatie COPD-patienten (Jimenez, Masa, Miravittles, Gabriel, Viejo, & Villansante, 2001). Dit onderzoek geeft echter zeker inzicht in de ervaringen van de deelnemers die zijn geïnterviewd, welke kunnen worden gebruikt als aanleiding voor aanpassingen in een eventueel vervolg van de REDUQ-studie en rookreductieprogramma's in het algemeen.

SUMMARY

Smoking is one of the primary causes of COPD. Smoking cessation is the most effective solution for patients' health and progression of the disease (Fletcher & Peto, 1977). Smoking cessation proves to be difficult, especially for COPD patients. (Christenhusz, 2006). Because it is thought that a reduction in smoking contributes to a decreasing nicotine dependency and to motivating smokers to stop, smoking reduction is seen as an alternative for cessation (Hughes & Carpenter, 2006). The only evidence-based technique for this is the Scheduled Reduced Smoking (SRS) technique (Cinciripini, Wetter, & McClure, 1997). SRS prescribes to smoke on pre-determined moments, increasing the interval between smokes over time.

In the REDUQ study this technique, in combination with support and nicotine replacements, has been applied to COPD-patients that were not capable or willing to stop smoking (Hagens, 2017). Participants were distributed over two groups, one with extensive support and one without. The expectations were that among the supported group, the intervention group, the extent of smoking reduction would be larger than with the unsupported group, the control group. However the research showed that success was independent of the group the participants had been part of. Because of these results interviews were recorded with participants to investigate what their experiences with the programme, in order to find an answer to the question of why the expected effects during the REDUQ study did not show.

In this bachelor research project this question has been investigated. 12 Participants have taken part in semi-structured thematic interviews inquiring after goals, expectations and motivations beforehand, the experiences with stopping and reducing smoking, and their experiences with the different elements of the programme. The results show that participants were stimulated by their participation with the REDUQ study to actively engage with their smoking behaviour, even though this did not always become clear from the number of cigarettes smoked. Participants generally deviated from the prescribed reduction techniques and used their own ways to try to achieve reduction. Participants have furthermore hardly, or not, used the available nicotine replacements or the accompanying workbook. A possible explanation for the lacking results could thus be the low degree of compliance. The results of this project questions in general whether the programme has been compatible with the target group of COPD patients. This bachelor research shows that this group of COPD patients had a high need for extensive guidance, and had difficulty fitting the programme in their lives. It is possible that this group would benefit more from a adapted programme, possibly even tailored to the individual's needs. However, the research did show that guidance in group context was experienced by many participants as very valuable.

An important side note with this research project is the limited sample size, making it hard to generalise the findings to the complete group of participants to the REDUQ-study. The currently used interview strategy, furthermore, required a high reflective capacity of the participants, possibly too high for participants with limited cognitive capacities; one characteristic of the population COPD patients (Jimenez, Masa, Miravittles, Gabriel, Viejo, & Villansante, 2001). This research does however provide insight into the experiences of the participants that were interviewed, which can be used as incentive to make changes to the programme in case of a potential continuation of the REDUQ study and smoking reduction programmes in general.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	2
Summary	4
Inleiding	8
<i>COPD</i>	8
<i>Stoppen met roken</i>	8
<i>Reduq-studie</i>	9
Methode	12
<i>Studie-omschrijving</i>	12
<i>Participanten</i>	12
<i>Opzet en procedure Interviews</i>	13
<i>Data Analyse</i>	14
<i>Datarepresentatie</i>	14
Resultaten	15
<i>Doelen, motivatie en verwachtingen</i>	15
Doelen	15
Motivatie	16
Verwachtingen	18
<i>Ervaring met minderen met roken</i>	19
Ervaring met de stapsgewijs-minderen met-roken-techniek	19
Belemmerende en bevorderende factoren bij minderen met roken	21
<i>Ervaring met stoppen met roken</i>	23
<i>Ervaringen met het programma</i>	25
Therapietrouw	25
Ervaringen met de Programmaonderdelen	26
Programma onderdelen - Controlegroep	31
Suggesties voor verbetering	32
Discussie en Conclusie	33
<i>Doelen, Motivatie en verwachtingen</i>	33
<i>Ervaringen met minderen en stoppen met roken</i>	35
<i>Ervaringen met individuele programma-onderdelen</i>	37
<i>Aanbevelingen voor eventueel vervolg van de reduq-studie</i>	39
<i>Kritische opmerkingen huidig onderzoek</i>	40
Bibliografie	42

INLEIDING

COPD

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is een verzamelnaam voor een aantal ziektes die de longen aantasten. Bij een bepaald niveau van schade aan de longen en daarmee een beperking van de luchtstroom spreekt men van COPD. De verschillende aandoeningen die zorgen voor deze ziekte zijn vaak progressief en ongeneselijk (Mannino & Buist, 2007; Rennard, 1998). Volgens de laatste cijfers van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) uit 2014 lijden in Nederland 596.300 mensen aan COPD (Waverijn, Spreeuwenberg, & Rijken, 2014). Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn er in de periode 2011 tot 2014 in totaal ruim 25.500 mensen overleden aan COPD. Dat is een gemiddelde van 6.400 per jaar (Boerdam & Knoops, 2016). De verwachting is dat in 2030 COPD de derde doodsoorzaak in de wereld zal zijn (Mathers & Loncar, 2006; World Health Organisation, 2016).

STOPPEN MET ROKEN

Het roken van sigaretten is een belangrijke oorzaak is van COPD (Ferguson, Patten, Schroeder, Offord, Eberman, & Hurt, 2003; Fletcher & Peto, 1977). Stoppen met roken biedt van de beschikbare klinische interventies de meeste winst in levensduur en toekomstige zorgbehoefte (Fletcher & Peto, 1977). Ondanks de voordelen is het voor de patiënten niet altijd gemakkelijk om te stoppen met roken. Zo blijkt dat onder rokende COPD-patiënten, ondanks de veel hogere urgentie om te stoppen, het percentage wat nog nooit een stoppoging heeft gedaan, ongeveer even hoog is als onder gezonde rokers (Jimenez, Masa, Miravittles, Gabriel, Viejo, & Villansante, 2001). Ook rokende COPD-patiënten die wel een stoppoging hebben ondernomen zijn vaak niet succesvol. Christenhusz et al. (2007) beschrijven dat deze groep vaak meerdere mislukte stoppoging hebben ervaren en hierdoor hun motivatie afneemt en daarmee hun vermogen om een nieuwe poging te ondernemen.

Om te zien waarom het in het bijzonder voor COPD-patiënten moeilijk is om succesvol te stoppen met roken kan er worden gekeken naar factoren die voorspellend zijn voor het slagen van een stoppoging (Hymowitz, Cummings, Hyland, Lynn, Pechacek, & Hartwell, 1997). Ferguson et al. (2003) beschrijven in hun artikel een aantal van deze voorspellers voor succes na een klinische behandeling, namelijk: hoge opleiding, hoge culturele status, lage nicotine-afhankelijkheid, weinig rookjaren, motivatie, weinig psychische klachten. Jimenez et al. (2001) beschrijven dat rokers met COPD juist vaak lager opgeleid zijn, een lagere culturele status hebben, langer roken, meer roken en een hogere

nicotine-afhankelijkheid hebben dan gezonde rokers. Daarbij is het percentage angst- en depressieklachten hoog onder COPD-patiënten (Di Marco, Verga, Reggente, Maria Casanova, Santus, Blasi, et al., 2006).

Een mogelijk alternatief voor stoppen met roken is minderen met roken. In een review van 19 onderzoeken trekken Hughes et al. (2006) de conclusie dat de grote meerderheid van deze onderzoeken laten zien dat reductie de kans op een succesvolle stoppoging in de toekomst vergroot. Bandura (1978) geeft, in lijn met Hughes' conclusies, aan dat een stap maken in het proces van een bepaalde gedragsverandering, zelfeffectiviteit kan vergroten. In dit geval zou dat betekenen dat rokers meer vertrouwen krijgen over hun capaciteit om te stoppen met roken en daarmee zou de kans op stoppen met roken worden vergroot. Al eerder werd beschreven dat de nicotine-afhankelijkheid van de rokende COPD-patiënten zeer hoog is. Door te minderen met roken verminderd ook de nicotine-afhankelijkheid en hierdoor wordt de kans op stoppen vergroot (Colby, Tiffany, Shiffman, & Niaura, 2000). Het is helaas onduidelijk of het minderen van roken als interventie op zichzelf ook gezondheidsvoordelen heeft (Hughes & Carpenter, 2006).

REDUQ-STUDIE

Van 2009 tot 2014 werd binnen de zogenaamde REDUQ-studie onderzoek gedaan naar minderen met roken (Hagens, 2017). De REDUQ-studie onderzocht of COPD-patiënten die niet bereid waren om te stoppen met roken, door onder begeleiding te minderen uiteindelijk toch gemotiveerd konden worden om te stoppen. Binnen de studie werd er gebruik gemaakt van een specifieke methode om te minderen waarbij van de deelnemers werden geïnstrueerd om steeds langere periodes tussen twee sigaretten te laten (Stapsgewijs Minderen met Roken - SMR). Deze methode is een evidence-based methode voor succesvol minderen en uiteindelijk stoppen met roken, gebaseerd op het idee dat het leren omgaan met de gevolgen van mindering nuttige vaardigheden omvat om in een later stadium te kunnen omgaan met stoppen met roken (Cinciripini, Wetter, & McClure, 1997).

Het programma besloeg een periode van 18 maanden voor de deelnemers en bestond uit 4 onderdelen: groepsbijeenkomsten, telefonisch contract, het gebruik van nicotine vervangende middelen en een werkboek. Een uitgebreide beschrijving van het programma van de groepsbijeenkomst is te vinden in appendix A. Het werkboek bestond uit een aantal huiswerkopdrachten en oefeningen bijvoorbeeld op het gebied van mindfulness. Daarnaast moesten deelnemers voorafgaand en tijdens de studie een aantal formulieren invullen waarbij ze onder andere hun eigen rookgedrag moesten beschrijven. De controlegroep had behalve een informatieve startbijeenkomst geen begeleiding, maar kreeg wel een zelfhulphandleiding met informatie over reduceren en nicotine vervangende mochten zij op eigen kosten gebruiken. In beide groepen kregen deelnemers die aangaven te willen stoppen met roken direct de mogelijkheid om in te stromen bij de stoppen met roken poli.

Voorafgaand aan de studie was de verwachting dat 12,3% van de interventiegroep en 3.1% van de controlegroep uiteindelijk zou stoppen met roken voor langere duur. Uit het onderzoek kwam naar voren dat een aanzienlijk deel van de deelnemers (21-25%) tijdens de REDUQ-studie inderdaad een stop-poging had ondernomen. Daarbij waren 35.6% van de deelnemers, aan het einde van de 18 maanden, succesvol gereduceerd tot 50% of minder dan hun oorspronkelijk aantal sigaretten per dag. Bovendien bleek het aantal ondernomen stoppogingen en het succesvol reduceren onafhankelijk te zijn van de groep waar de deelnemers waren ingedeeld, wat betekend dat het verwachtte effect van de interventie (begeleiding en nicotine vervangende middelen) uitbleef.

Voor het uitblijven van succes van de REDUQ-studie zijn verschillende verklaringen voor te stellen. Allereerst suggereert onderzoek van Lindson-Hawley et al. (2016) dat reductiemethodes minder effectief zijn dan een acuut en volledig stoppen met roken. Zelfs voor rokers die oorspronkelijk een voorkeur hebben voor minderen met roken. Dit zou kunnen verklaren waarom de reductiemethode in het algemeen, zowel bij de interventie als de controlegroep, niet hoge percentages laat zien als het gaat om stoppen en minderen met roken. Strecher et al. (2005) ontdekten, door middel van *computer-tailored* stoppen met roken programma's, dat de mate waarin het programma aansluit bij de behoefte, belangen en eigenschappen van de individuele deelnemer van positieve invloed is op het succes van de deelnemer om aanhoudend te stoppen met roken. De REDUQ-studie houdt weliswaar in de interventie in enige mate rekening met deze behoeften, belangen en eigenschappen, bijvoorbeeld door de selecteren op deelnemers met een reductiewens. Daarbij was er natuurlijk veel flexibiliteit tijdens de contactmomenten. Des al niet te min had de interventie ook veel onderdelen aan te passen waren, zoals de SMR-techniek en het aantal contactmomenten. Tijdens de contactmomenten was er wel aandacht voor de behoefte, belangen en eigenschappen van de deelnemers, maar aangezien deze in groepsverband waren de omstandigheden wellicht aan te passen op het individu, wat wel mogelijk was tijdens het telefonisch contact. Deze verklaring zou mogelijkerwijs ook samen kunnen hangen met een lage mate van therapietrouw voor de verschillende onderdelen van het programma.

Naast de situatie tijdens het programma kunnen ook voorafgaand aan het programma verwachtingen, doelen en motivaties van deelnemers een rol hebben gespeeld in zowel de ervaring als de prestaties van de deelnemers. Er is bij het proces van gedragsverandering, onder andere op het gebied van gezondheid, is er een verband tussen de vooraf gestelde doelen en verwachting en de prestaties, mede doordat zij invloed hebben op de keuzes die door de deelnemers tijdens het proces worden gemaakt. Specifieke en moeilijk te behalen doelen hebben vaker een betere uitkomst dan onduidelijke en makkelijk te behalen doelen (Locke, 1968). Daartegenover kunnen deelnemers met hoge doelen en verwachtingen juist makkelijker teleurgesteld raken als het programma of hun eigen prestatie niet aan hun verwachting voldoet wat weer invloed heeft op hun ervaring van het programma. Ryan en Deci (2000) beschrijven in hun zelfbeschikkingstheorie dat de verschillende vormen van motivatie, intrinsiek of extrinsiek, onder andere invloed hebben in hoe de taak waarvoor men gemotiveerd is,

wordt ervaren. Kortweg gezegd zoude intrinsiek gemotiveerde mensen meer initiatief nemen en meer verbonden zijn met ze doen terwijl extrinsiek gemotiveerde mensen wat meer passief kunnen zijn en door de externe motivatie de interne motivatie verliezen wat invloed kan hebben uit het uiteindelijk resultaat. Onduidelijkheid of en in welke mate van de genoemde factoren, zowel vooraf als tijdens de studie, een rol hebben gespeeld in het uitblijven van succes vormde de aanleiding voor het bachelor-onderzoek, een exploratief, kwalitatief onderzoek naar mogelijke verklaringen voor het tegenvallende effect van de interventie.

De hoofdvraag die geformuleerd is voor deze studie is: *Wat zijn de ervaringen van COPD-patiënten die niet willen of kunnen stoppen met roken met rookgedragsverandering tijdens de REDUQ-studie en welke mogelijke verklaringen voor uitblijven van de verwachte effecten van de REDUQ-studie, kunnen daaruit worden afgeleid?* De deelvragen die daarbij horen zijn:

- *Wat waren de doelen, motivatie en verwachtingen van COPD-patiënten in beiden groepen met het REDUQ-programma voorafgaand aan de REDUQ-studie en hoe zou dit het uitblijven van het verwachte effect van de studie kunnen verklaren?*
- *Wat waren de ervaringen van COPD-patiënten in beide groepen met minderen en stoppen met roken binnen de REDUQ-studie en hoe zou dit het uitblijven van het verwachte effect van de studie kunnen verklaren?*
- *Wat waren de ervaringen van de COPD-patiënten in beide groepen met de verschillende interventie onderdelen binnen de REDUQ-studie en hoe zou dit het uitblijven van het verwachte effect van de studie kunnen verklaren?*

METHODE

STUDIE-OMSCHRIJVING

Voor deze studie is gekozen voor kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde thematisch face-to-face interviews om inzicht te krijgen in de ervaring van de COPD-patiënten met betrekking tot de REDUQ-studie. Hierbij werd gekeken naar motivatie en doelen voorafgaand aan deelname aan het reductieprogramma, de algehele ervaring met het programma, ervaring met minderen en/of stoppen met roken en ook met de doelen van de deelnemers voor de toekomst.

PARTICIPANTEN

De REDUQ-studie bestond uit 130 deelnemers tussen 40 en 80 jaar. De inclusiecriteria waren een COPD diagnose, 10 sigaretten of meer per dag roken en twee niet geslaagde stop-pogingen in de laatste drie jaar. Daarnaast waren alle deelnemers van mening dat zij niet wilden of konden stoppen met roken, maar wel wilden minderen. De deelnemers waren gerandomiseerd(1:1) onderverdeeld in twee groepen namelijk een controle-/zelfhulpgroep en een interventiegroep met begeleiding en nicotine vervangende middelen.

Voor dit bacheloronderzoek zijn 12 deelnemers bereid gevonden om een interviews mee af te nemen. Geïnterviewd zijn zowel succesvolle reduceerders als niet succesvolle reduceerders en zowel succesvolle stoppers als niet succesvolle stoppers. Het gaat hierbij om 7 deelnemers uit de interventiegroep en 5 deelnemers uit de controlegroep. Aan de hand van interviews met deze deelnemers zal er een vergelijking gemaakt worden tussen beide groepen wat betreft hun ervaringen met stoppen en minderen met roken aan de hand van de S, en zal de mogelijke invloed van begeleiding en nicotine vervangende middelen hierop onderzocht worden.

Tabel 1. Beschrijving van de deelnemers en hun rookgedrag (N=12)

Rand nr.	Groep Interventie [i] Controle [c]	Geslac ht	Studie doorlopen	Sigaretten per dag (voor programma)	Sigaretten per dag (eind programma)
1	i	m	Volledig	14/20*	5-7
2	i	m	Volledig	12	0-1
3	i	v	Volledig ²	12	10/12
4	i	m	Volledig	40	5
5	i	m	Volledig	12/16	12/15
6	i	m	Volledig	23	0 ³
7	i	m	Volledig	40	18
8	c	v	Deels ¹	20	-
9	c	m	Volledig	25	0
10	c	m	Volledig	30	30
11	c	m	Volledig	20/25	0/3
12	c	m	Volledig	15	10

*werkdagen/weekend

¹ Drop-out tussen 6-12 maanden

² Behoorlijk aantal bijeenkomsten gemist door ziekte. Wel alle metingen gedaan.

³ Rookt elektrisch

OPZET EN PROCEDURE INTERVIEWS

Deelnemers voor de interviews zijn telefonisch geworven uit de groep deelnemers aan de REDUQ-studie. Deelnemers die telefonisch akkoord gaven op het voorstel tot deelname, hebben schriftelijke informatie ontvangen, waarna zij na 2 weken bedenktijd zijn gevraagd om een informed consent te tekenen voorafgaand aan het interview. De interviews vonden grotendeels plaats bij de mensen thuis en duurden ongeveer een uur. De interviews zijn afgenomen door getrainde interviewers.

Het interviewschema was onderverdeelt in 6 thema's: 1) Motivatie en doelen; 2) verwachtingen voorafgaand aan de studie; 3) Ervaring met minderen met roken; 4) Ervaringen met stoppen met roken 5) Ervaring met het programma 6) Doelen voor de toekomst. Elk thema bestond uit een aantal onderwerpen en aan de hand van deze onderwerpen zijn vragen opgesteld die de interviewer moest aflopen. Afhankelijk van de antwoorden van de deelnemers kon deze volgens het interviewprotocol doorvragen of vragen overslaan. Een lijst van de thema's en onderwerpen kan worden gevonden in appendix B. Aan het einde van de vragen kreeg de deelnemer de mogelijkheid om nog meer informatie toe te voegen met betrekking tot de REDUQ-studie en zijn of haar ervaringen.

DATA ANALYSE

De transcripten van de interviews zijn gecodeerd door twee codeurs, waarvan één tijdens de REDUQ-studie betrokken was. Voorafgaan aan het coderen zijn de transcripten van de interviews door beide codeurs doorgenomen om een eerste indruk te krijgen van de data. Hierna is voor ieder van de eerdergenoemde thema's een zogenaamde thematische vraag opgesteld, die inzicht in de verschillende onderdelen van de onderzoeksvragen verschaffen. Onder elke thematische vraag zijn, waar mogelijk, op deductieve wijze codes geïdentificeerd. Een voorbeeld hiervan zijn de belemmerende en de bevorderende factoren op het gebied van minderen met roken.

Vervolgens hebben beide codeurs de relevante tekstfragmenten uit eenzelfde interview geselecteerd en onderverdeelt onder de codes. Waar nodig zijn door beide codeurs op inductieve wijze meer codes gecreëerd en zijn aansluitend de gebruikte codes op elkaar afgestemd.

Hierna heeft de eerste codeur (AH) vijf interviews gecodeerd op twee thematische vragen en opnieuw op inductieve wijze codes toegevoegd. Deze zijn wederom afgestemd met de tweede codeur (PH) waarna de eerste codeur (AH) de resterende interviews heeft gecodeerd.

Tot slot zijn deze coderingen opnieuw besproken met de tweede codeur (PH), en tevens de begeleiders van dit onderzoek (CHCD en MP) om uiteindelijk tot een gezamenlijk afgestemde codering van de transcripten te komen. Een lijst met alle codes inclusief toelichting is te vinden in appendix C.

Na het vaststellen van de codering is besloten dat voor het huidige onderzoek de data met betrekking tot de doelen van de deelnemers voor de toekomst, niet relevant zal worden beschouwd. Deze data zal om die reden in de data-analyse buiten beschouwing worden gelaten.

DATA REPRESENTATIE

In de gecodeerde citaten staat soms tekst tussen [...]. Deze tekst is door de codeur toegevoegd om duidelijkheid te verschaffen over de inhoud van het citaat. Daarnaast is het aantal geïnterviewde deelnemers in het resultaten hoofdstuk aangegeven tussen haken, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen de interventiegroep en de controlegroep.

RESULTATEN

In dit hoofdstuk zijn de tabellen te vinden met de resultaten van het coderen van de interviews. De resultaten zijn een beschrijving van de ervaringen die de deelnemers hadden voorafgaand aan en tijdens de studie.

DOELEN, MOTIVATIE EN VERWACHTINGEN

DOELEN

De deelnemers zijn in het interview gevraagd om te vertellen wat hun doel op het gebied van consumptie van sigaretten was voorafgaand aan deelname aan het programma. In de tabel hieronder is een onderscheid gemaakt tussen stoppen met roken en minderen met roken. Een deelnemer formuleerde beide doelen tijdens het interview; dit verklaart het totaal van 13 antwoorden verdeeld over de 2 doelen.

Tabel 2. Doel van deelnemers voorafgaand aan hun deelname aan de REDUQ-studie. (N=12)

	Interventiegroep	Controlegroep
Stoppen met roken	3	3
Minderen met roken	4	3

Kijkend naar de data van het consumptiedoel van de deelnemers valt op dat 5 van de 7 deelnemers (waarvan 3 uit de interventiegroep) die als doel hadden om te minderen met roken hele concrete doelen hadden geformuleerd. Van deze 5 deelnemers wilden 3 (waarvan 1 uit de interventiegroep) minderen met 50% zoals het programma ook voorschreef. Van hen wilde 1 deelnemer enkel 2 sigaretten minder roken per dag (3.i) en 1 van hen wilde maar een kwart roken van zijn oorspronkelijk aantal sigaretten per dag (4.i).

Hoewel in de inclusievoorwaarden voor de REDUQ-studie was opgenomen dat de deelnemers niet wilden—of wel wilden, maar niet konden stoppen met roken—blijkt dat 6 van hen wel als doel had om te stoppen. De resultaten in tabel 2 kunnen de suggestie wekken dat 6 van de deelnemers niet aan de inclusievoorwaarden voldeden. Dit is echter een iets vertekend beeld aangezien 2 deelnemers die wel wilden stoppen aangaven weinig vertrouwen gehad te hebben in hun eigen kunnen op dat gebied, iets wat juist goed aansloot bij de gedachte achter de REDUQ-studie. Zij vielen onder de categorie wel willen, maar niet kunnen. *“Ja, ja. Ik wilde wel stoppen, maar ik had er denk ik niet alle geloof in. Ik stond er niet echt helemaal 100% achter. Ja dat is dan niet zo’n hele goeie start he.”* (10.i). Vertrouwen hebben in het doel is niet expliciet in het interview gevraagd, en daarom is het niet

duidelijk hoeveel vertrouwen de andere 4 deelnemers hadden in het behalen van hun doel, en dus ook niet of zij aan de inclusievoorwaarden voldeden.

Tot slot is het goed om op te merken dat de doelstellingen om te stoppen of te minderen tussen de interventie- en controlegroep, bij de geïnterviewde deelnemers, min of meer gelijk verdeeld waren.

MOTIVATIE

In tabel 3 is een overzicht te vinden van de intrinsieke en extrinsieke motivaties van de deelnemers om deel te nemen aan de REDUQ-studie. In de codering is het onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Het onderscheid in deze codering is gebaseerd op intrinsieke motivatie die gaat om doelen die alleen op de eigen persoon slaan en die men voor zichzelf wilt bereiken terwijl extrinsieke motivatie gaat om doelen die men voor iemand of iets anders wilt bereiken.

De intrinsieke motivatie is onderverdeelt in *gezondheidsdoelen* en *de wil tot verandering van rookgedrag*. De categorie gezondheid is onderverdeelt in: *motivatie ten gevolge van algehele gezondheid*, *specifieke gezondheidsklachten* en het feit dat deelnemers *COPD-patiënt zijn*. Bij algehele gezondheid gaat het niet om één specifieke klacht, maar om het feit dat deelnemers willen werken aan hun gezondheid in het algemeen. Daarnaast gaven mensen aan dat ze vanwege het hebben van COPD van mening waren dat ze iets moesten doen aan hun gezondheid. Tot slot waren er ook deelnemers die specifieke klachten hadden zoals hoesten en benauwdheid, waardoor zij graag hun rookgedrag wilden aanpassen. Veel van deze klachten zijn weliswaar direct gekoppeld aan het hebben van COPD, maar worden toch als losstaande redenen aangedragen. Het is een interessante observatie dat de koppeling door de deelnemers zelf vaak niet benoemd wordt. Daarbij was de mogelijkheid om te minderen in plaats van stoppen met roken met dit programma, voor een 8 deelnemers een extra motivatie om specifiek aan dit programma deel te nemen.

De extrinsieke motivatie kon worden onderverdeelt in: *advies van medisch personeel*, *financiële redenen* en *ter ondersteuning van een partner*. De helft van de geïnterviewde deelnemers gaf aan van het programma gehoord te hebben, en gemotiveerd te zijn, door medisch personeel; zowel van een huisarts, specialist als een medewerker van de stoppen met roken poli (stop-poli) in het ziekenhuis. Daarnaast gaven 2 deelnemers (waarvan 1 uit de interventiegroep) ook aan dat er financiële redenen waren om te minderen met roken. Tot slot was er een deelnemer waarvan de primaire reden van deelname niet het eigen rookgedrag, maar dat van een naaste was. In dit geval een partner die ook ernstig ziek was van een aan roken gerelateerde aandoening, kanker. Hoewel dit binnen de geïnterviewde deelnemers een unieke situatie was, is het mogelijk dat onder de volledige groep deelnemers aan de REDUQ-studie dit vaker voor is gekomen, aangezien veel deelnemers naasten hebben die ook roken.

Aangaande de motivatie kan een hiërarchie worden gemaakt, waarbij de gezondheid en de ondersteuning van de partner voor deelnemers een primaire motivatie was. Gebaseerd op het feit deze motivatie vaak snel en spontaan werd genoemd en daarbij vrij uitgebreid werd toegelicht. Het advies van het medisch personeel en de financiële voordelen was daarbij een secundaire of extra motivatie. De motivatie om te verandering in rookgedrag had geen verband met de primaire of secundaire motivaties, maar sloeg op de reden van deelname aan specifiek dit programma.

Er is geen duidelijk aanwijsbaar verschil tussen de geïnterviewde deelnemers uit de interventiegroep en de controlegroep, als het gaat om motivatie vooraf.

Tabel 3. Intrinsieke en extrinsieke motivatie van deelnemers voorafgaand aan de studie (n=12)

	Subthema	Voorbeeld citaat
<u>Intrinsieke motivatie</u>		
Gezondheid	<i>Algehele gezondheid (3/1)*</i>	“Nee eigenlijk niet, was puur voor de gezondheid.”
	<i>COPD patiënt zijn (1/2)</i>	“Nou omdat ik dus COPD-patiënt ben, wou ik dus proberen er wat aan te gaan doen.”
	<i>Gezondheidsklachten (3/2)</i>	“Ja ik had problemen met rokershoestjes, en ’s morgens problemen met opstaan, heel moeilijk.”
Verandering in rookgedrag	<i>(6/2)</i>	“Omdat ik eraf wou van dat roken. En dat lukt niet.”
<u>Extrinsieke motivatie</u>		
Op advies van medisch personeel	<i>(4/2)*</i>	“Eigenlijk door de hartspecialist en toen kwam ik bij Van Beurden [arts] terecht en nou ja zo ging het balletje allemaal rollen.”
Financieel	<i>(1/1)</i>	“Ja misschien in het achterhoofd dat financiële plaatje. Het is natuurlijk ook hartstikke duur als je veel rookt.”
Ter ondersteuning partner	<i>(0/1)</i>	“Eigenlijk nog meer het belang voor mijn man. Van als ik denk, ik stop en hij gaat met mij mee, dat is altijd alleen maar goed. Nou dat was dus eigenlijk dé reden.(...) hij had slokdarmkanker gehad, en nou ja hoe minder hij rookt hoe beter als het is.”

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

VERWACHTINGEN

In het interview werd eerst een algemene vraag gesteld over verwachtingen, met de gedachte daarmee een spontane reactie uit te lokken. Echter bleken deelnemers daar oppervlakkig op te reageren. Opvallend in de resultaten is dat de enige concrete verwachtingen die er waren, betrekkingen hadden op het eigen succes. 7 (4 uit de interventiegroep) van de 11 deelnemers die daarover iets hebben gezegd waren hoopvol gestemd. Bovendien valt hierbij op dat de deelnemers van de controlegroep die zich uitspraken over verwachtingen t.a.v. succes, allemaal hoopvol waren terwijl dat bij de interventiegroep meer verdeeld was. Van de andere onderdelen van het programma die bij doorvragen werden aangehaald, namelijk de trainer en de methode, hadden de deelnemers, zoals ook te zien is in tabel 4, weinig verwachtingen.

Tabel 4. Verwachtingen van deelnemers met betrekking tot de REDUQ-studie (n=12)

	Subthema	Voorbeeld citaat
Verwachtingen t.a.v. het rookreductieprogramma	Weinig tot geen verwachtingen (6/5)*	<i>“Geen enkel. Ik wist echt niet hoe of het zou werken hoe of het zou gaan, daar had ik helemaal geen idee van.”</i>
Verwachting t.a.v. trainer	Weinig tot geen verwachtingen (5/0)	<i>“Nou dat niet. [geen verwachtingen] Christa [medewerker MST] was erbij, en nog een paar. Van die vrouwtjes, ja die zie ik nog weleens op het ziekenhuis. Nou ja toen dacht ik bij mezelf, baat het niet dan schaaft het ook niet.</i>
Verwachting t.a.v. succes	Neutraal (1/0)	<i>“Ja je weet gewoon van jezelf, je moet eraan werken, dus..”</i>
	Hoopvol(4/3)M	<i>“Ja, ja, ik had wel de verwachting om zeker met de helft te stoppen, of te minderen.”</i>
	Niet hoopvol(3/0)	<i>“Nou dat het misschien wel beetje zou lukken maar ik had er weinig vertrouwen in, eerlijk gezegd. [methode]”</i>

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

ERVARING MET MINDEREN MET ROKEN

Alle geïnterviewde deelnemers aan de REDUQ-studie hebben een poging gedaan om te minderen tijdens de studie. In deze paragraaf: *ervaringen met minderen met roken* is uitsluitend gekeken naar de ervaringen met betrekking tot minderen met roken tijdens de REDUQ-studie, en in principe daarmee dus niet naar eventuele minder- of stoppogingen daarbuiten.

ERVARING MET DE STAPSGEWIJS-MINDEREN MET-ROKEN-TECHNIEK

In tabel 5 is te zien dat van de geïnterviewde deelnemers, er 3 (waarvan 2 uit de interventiegroep), positief waren over de SMR-techniek die tijdens het programma werd aangeraden. Zij vonden dat het goed vol te houden was, het over tijd makkelijker werd en ervoeren positieve fysieke resultaten. Van deze deelnemers is 1 deelnemer (8.c) uiteindelijk gestopt met roken, heeft 1 ongeveer 50% weten te minderen (7.i) en is 1 uiteindelijk weer teruggevallen tot het oorspronkelijk aantal sigaretten (5.i). De overige deelnemers (5 uit interventiegroep, 3 uit de controlegroep) hadden over het algemeen negatieve ervaringen met deze techniek. Van deze 3 deelnemers was er 1 deelnemer (7.i) die in eerste instantie negatief tegenover de techniek stond, dit sloeg om doordat hij ervoer dat het over tijd steeds gemakkelijker werd om zich aan de richtlijnen te houden. Deelnemers die negatief waren over de techniek gaven aan dat deze moeilijk vol te houden was en dat de planning lastig in te passen was in hun dagelijks leven. Daarbij werd het als vervelend ervaren dat de SMR-techniek van de deelnemers een voortdurende inspanning vergde die hen de hele dag bezighield.

Een groot aantal deelnemers (6 uit de interventiegroep en 3 uit de controlegroep) besloot om een alternatieve techniek te volgen. Dit overlapt met zowel de groep die positief was over de SMR-techniek als de groep die negatief was. Dat wil zeggen dat het voor sommige deelnemers een aanvulling was op de SMR-techniek. Voorbeelden van alternatieve methodes zijn: non-systematisch verlengen van het interval tussen sigaretten, locatie-afhankelijk roken en moment-afhankelijk roken. De eerste alternatieve techniek, het non-systematisch verlengen van intervallen, is vergelijkbaar, en wellicht zelfs geïnspireerd door, de SMR-techniek, maar is dan minder georganiseerd en minder strikt als het gaat om handhaving van een eventueel schema. “*En toen dacht ik echt, van nou daar ligt dat ding, ik kan het nog wel een uur uitstellen, en nog wel een uurtje uitstellen.*” (1.i). Locatie- en methode-afhankelijk roken beschrijft de strategie van deelnemers om te besluiten op bepaalde momenten of bepaalde plaatsen niet meer te roken. Dit kon bijvoorbeeld gaan om de auto of een bepaald periode van de dag, zoals de middag. Deze technieken werden ook als alternatieven aangedragen binnen het programma, al is het natuurlijk niet met zekerheid te zeggen dat dit de reden was dat deelnemers voor deze techniek kozen. Onder de geïnterviewde deelnemers waren de deelnemers die kozen voor alternatieve technieken net zo succesvol waren met reduceren als de deelnemers die zich hebben gehouden aan de SMR-techniek. Opvallend is vooral dat een meerderheid

van de deelnemers die kiezen voor een alternatieve methode uit de interventiegroep komen en dat in het algemeen aanbevolen techniek duidelijk de meeste weerstand oproept onder de deelnemers.

Tabel 5. Ervaringen met verschillende methodes voor minderen met roken (n= 12)

	Subthema's	Voorbeeldquotes
Ervaringen met SMR Positief	Algemeen(2/1)*	<i>“Dat was ook de periode dat ik het minst rookte.”</i>
	Over tijd gemakkelijker (2/1)	<i>“Ja. We waren gewoon met de eerste poging bezig, dat ging heel goed. En nou dat was ook best wel leuk, want op een gegeven moment, ik weet niet hoeveel tijd daar dan tussen zat, maar toen keken we al niet eens meer op de klok.”</i>
	Positieve (fysieke) resultaten (1/1) Planning goed vol te houden(1/1)	<i>“Ja, nee. Nou ik krijg steeds meer lucht en ik sliep goed.”</i> <i>“Dat ging gewoon hartstikke goed, dan heb je niet zulke uitglijders. Tenminste dat is mijn ervaring ermee.”</i>
Ervaringen met SMR Negatief	Algemeen(1/0)	<i>“Nou dat werkt dus niet.[stapsgewijs minderen met roken]”</i>
	Methode moeilijk vol te houden(2/3)	<i>“Dat ging mij te snel, om te zeggen van nou, deze week, of noem het bijvoorbeeld maar elke dag een kwartier langer ertussen, dat ging mij te snel. Dat tempo lag voor mij te hoog, om zo snel te minderen. Dat merkte ik na één week al.[stapsgewijs minderen ging te snel]”</i>
	Planning moeilijk in te passen in dagelijks leven(2/2) Constant/vaak mee bezig(2/0)	<i>“Jawel, als ik in huis was, dan lukte dat wel. Maar ik ging ook wel eens hele dagen weg, en dan lukt dat niet.”</i> <i>“Dat was eigenlijk het punt, dat je daar dan constant eigenlijk de hele dag mee bezig was.(...) Maar ik bleef maar constant met het idee bezig, op tijd roken. Dat verminderde ook niet, dus ik was er hele dagen mee bezig, om te stoppen of te minderen met roken”</i>
Alternatieve technieken	Aanpassing frequentie (4/3)	<i>“Ja dat heb ik uit mezelf gedaan. Ik heb maar wat op de computer gezet, ik ga dat zus en zo doen, en dat zo laat. Ja dat is wel moeilijk hoor, want je bent helemaal gewend weet je wel. [eigen schema gemaakt]”</i>

Locatie afhankelijk (2/1)	<i>“we hebben dus samen met mijn vrouw besloten om niet meer in de auto te roken en dat was eigenlijk wel naar aanleiding van dit onderzoek”</i>
Moment afhankelijk(1/1)	<i>“Nou, zoals ik al zei, vaste tijden doe ik in feite niet maar het is meer, ja hoe moet ik het noemen, een, een bepaalde periode van een dag en dat is meestal aan het begin van de dag rook ik veel en daarna is het helemaal, de hele dag door minder”</i>

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN BIJ MINDEREN MET ROKEN

In het interview is ook gevraagd wat de belemmerende en bevorderende factoren waren tijdens het minderen met roken, waarvan een overzicht te vinden is in tabel 6. Het gaat hierbij om ervaringen en factoren ongeacht de technieken die gebruikt is om te minderen.

Belemmerende factoren om te minderen waren voornamelijk de sociale omgeving en de ervaren stress en tegenslagen tijdens het volgen van het programma. In de sociale omgeving werden deelnemers vaak geconfronteerd met sigaretten aangezien bij veel deelnemers mensen in de familie- en vriendenkring ook rookten. In de interviews wordt niet in alle gevallen gespecificeerd wat de stress veroorzaakt, maar in de interviews waarbij dit wel gebeurd gaat het om stress vanwege heftige gebeurtenissen in de sociale omgeving. Deze gebeurtenissen maken het moeilijk om de poging tot minderen en stoppen vol te houden. Ook gewoonte en een laag vertrouwen in het eigen kunnen zijn belemmerende factoren die deelnemers tegenkwamen tijdens het minderen.

Bevorderende factoren om te minderen waren de sociale omgeving, intrinsieke motivatie en omgevingsfactoren. De sociale omgeving, die ook al genoemd is als belemmerende factor, kon ook een stimulerende, controlerende en ondersteunende rol spelen voor de deelnemers. De intrinsieke motivatie, de wil om het doel te bereiken in zichzelf, speelde bij één deelnemer een grote rol. Hij wilde voor zichzelf minderen met roken en dit hielp om het proces vol te houden.(11.c). Daarnaast waren er ook externe factoren die hielpen bij het minderen, voornamelijk als het gaat om locaties waar het verboden is om te roken zoals het huis, het ziekenhuis en het werk.

Tabel 6: belemmerende en bevorderende factoren tijdens minderen met roken (n=12)

	Subthema's	Voorbeeld citaten
Belemmerende factoren om te minderen**	Sociale omgeving(4/1)*	<i>“Ja wel eens als je eens een bekende tegen kwam. Wil je een sigaretje? Nee, want zus en zo. O, nou ja. Als je een sigaret aangeboden wordt, dan had ik nog wel eens zoiets van, daar heb ik best zin in. Mocht niet, klaar.”</i>
	Stress/tegenslagen(6/2)	<i>“Nee, nou ja het is in, in een rustige periode vrij constant maar d'r moet niet te veel gebeuren in huis, dan begin ik weer”</i>
	Gewoonte (1/0)	<i>“In mijn geval gaat dat gewoon van als ik meer vrije tijd heb, dan rook ik ook meer. Dan stap ik vaker naar buiten.”</i>
	Vertrouwen in eigen kunnen (1/0)	<i>“Ik heb 45 jaar gerookt, om dan in één keer sigaret aan de kant te leggen, dat lukt me niet. En wat een ander daar van vindt en van denkt, dat doet me niks. Iedereen kan wel tegen me zeggen: je bent een slappeling. Jammer dan, dan ben ik maar een slappeling, maar ik kom niet van het roken af.”</i>
Bevorderende factoren om te minderen**	Sociale omgeving(3/3)	<i>“Ik heb hier een hele goede oppas in huis en die houdt dat strikt in de gaten. [partner]”</i>
	Intrinsieke motivatie(0/1)	<i>“Nee. Dat doe ik voor mezelf, nee. Dat doe ik alleen maar voor mezelf.”</i>
	omgevingsfactoren(1/1)	<i>“Nee wat natuurlijk helpt is dat je thuis niet meer rookt, want als je rookt dan ga je maar naar buiten. En op het werk mag je maar op bepaalde plekken roken. Dat helpt natuurlijk altijd he?”</i>

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

**onafhankelijk van de door de deelnemer gebruikte reductiemethode

ERVARING MET STOPPEN MET ROKEN

In tabel 1 is te zien dat 4 deelnemers (2 uit interventiegroep en 2 uit controlegroep) een succesvolle poging tot stoppen hebben gedaan. Echter geven 2 daarvan (2.i, 6.i) in het interview aan geen stoppoging te hebben gedaan tijdens de REDUQ-studie. Wel geeft één van hen aan, na de studie volledig te zijn overgestapt op elektrisch roken (6.i). Het is niet duidelijk hoe deze data te verklaren is, aangezien er na het ontkennende antwoord op de vraag of er een stoppoging is gedaan bij deze twee deelnemers tijdens de interviews niet is doorgevraagd over dit onderwerp.

Tabel 7 bestaat uit data van 3 deelnemers (1 uit de interventiegroep en 2 uit de controlegroep) die aangeven een stoppoging te hebben gedaan, waarvan er 2 (11.c & 9.c) na 18 maanden rapporteerden nog steeds gestopt te zijn (iets wat zij in de interviews aangeven nog steeds te zijn). Zij hebben allemaal in meer of mindere mate gebruik gemaakt van begeleiding die vanuit de REDUQ-studie bij de stop-poli werd aangeboden, parallel aan het reductieprogramma. Dit hebben zij allen als positief ervaren.

Bevorderende factoren om te stoppen met roken en dit vol te houden waren de externe omgeving, intrinsieke motivatie, de ondersteuning van medicatie en de positieve ervaring op de stop-poli. Deelnemers zag in hun omgeving patiënten die in ernstige mate leden aan COPD of ten gevolgen hiervan stierven, wat zij als motiverende ervaarden om vol te houden. De spreekwoordelijke knop die deelnemers ineens wisten om te zetten bevorderde voornamelijk de beslissing om te stoppen en leek hen ook te helpen dit vol te houden. Daarbij geven de twee deelnemers aan veel baat te hebben gehad bij Champix, een medicijn wat de hunkering naar tabak en nicotine verlaagd. Wat niet duidelijk naar voren komt in de interviews is de rol van de counseling bij het stoppen met roken. Hoewel zij positieve ervaring hebben met de stop-poli, is de rol hiervan in de gedragsverandering niet concreet geformuleerd.

Net zoals bij minderen met roken, blijkt ook dat bij het stoppen met roken de sociale omgeving, stress, en tegenslagen duidelijke belemmerende factoren waren bij het stoppen met roken. De sociale omgeving confronteerde de deelnemers met hun rookgedrag. Daarbij zorgden tegenslagen en de daardoor veroorzaakte stress, ook voor moeilijke periodes tijdens het stoppen met roken. Net als bij minderen met roken, ging het hierbij voornamelijk om tegenslagen in de sociale omgeving. Logischer wijs hadden de drie deelnemers ook last van trek in en behoefte aan sigaretten. De gewoonte om te roken zorgden er bij alle drie voor dat zij een of meerdere malen terugvielen in hun oude gedrag. Tot slot gaf een 4^e persoon aan geen stoppoging te hebben gedaan bij een gebrek aan intrinsieke motivatie. Dit is wel in deze categorie gecodeerd omdat het ondanks de absentie van een stoppoging het wel geldt als een ervaring met stoppen met roken.

Tabel 7. Ervaringen met stoppen met roken (n=3)

	Subthema's	Voorbeeldcitaat
Bevorderende factoren	Externe omgeving (1/2)	<i>"Ja, ja. Als ik daarginder zie bij de fysiotherapeut, dat ze daar in een rolstoel zitten met een cilinder d'r achterop en ze zitten buiten en ze steken dat sigaretje weer aan, dan ben je verkeerd bezig. Of niet?"</i>
	Intrinsieke motivatie(1/1)	<i>"Want toen dacht ik altijd van dat kan ik nooit, maar je moet toch die knop omzetten daarboven en dan moet je denken van nou is het afgelopen. Je moet in een keer de geest krijgen en dan als je die geest hebt, want iedereen kan het hoor."</i>
	Ondersteuning van medicatie (1/1)	<i>"Het enigste waar ik nou goed baat bij had, was die Champix."</i>
	Positieve ervaring op de stoppoli (1/2)*	<i>"Altijd goed gesprek gehad met haar, ja. En in het begin was dat toch wel een beetje moeilijk met dat roken. En dan kijken wat je eraan kunt doen en hoe je het doet. [ervaring stoppolie]"</i>
Belemmerende factoren	Sociale omgeving(1/1)	<i>"Ja zeker als je dan in een gezelschap bent, met vrienden, ik heb heel veel vrienden die roken allemaal. De eerste tijd is maar beter dat je niet gezellig naar allemaal feestjes gaat. Ja dat is het meest lastig."</i>
	Stress/Tegenslagen(1/1)	<i>"Eén keer. En toen was ik er ook een tijdje af. En dat zeg ik, toen kwam dat gedonder met mijn schoonzoon."</i>
	Trek/behoefte aan sigaret(1/2)	<i>"Ja ik had er gewoon weer trek in, in 1 keer."</i>
	Gewoonte(1/2)	<i>"Dat ik niet hoeven roken en niet kunnen roken, ik heb het daar helemaal niet over gehad maar ik was nog niet opgehaald in thuis daar begon ik weer. [deelnemer had 3 dagen in het ziekenhuis gelegen]"</i>
	Motivatie(1/0)	<i>"En dan, ja eigenlijk toch niet, hoe moet ik dat zeggen, dat ik niet de wil had om te stoppen."</i>

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

ERVARINGEN MET HET PROGRAMMA

De deelnemers zijn in het interview gevraagd naar hun ervaringen met het programma. Het ging hierbij om therapietrouw, met name op de onderdelen die zij zelfstandig moesten uitvoeren, en hun ervaringen op alle verschillende onderdelen van het programma.

THERAPIETROUW

Het programma binnen de REDUQ-studie voor het minderen met roken bestond, zoals ook uitgebreider beschreven in de inleiding, uit een aantal onderdelen, namelijk: de groepsbijeenkomsten, de telefonische contacten, het werkboek en de nicotinevervangende middelen. Voordat de ervaringen met de verschillende onderdelen zullen worden beschreven, wordt in tabel 8 beschreven hoe therapietrouw deelnemers waren op het gebied van het werkboek en de nicotinevervangende middelen.

Waar de interventiegroep een werkboek tot hun beschikking had, hadden de deelnemers uit de controlegroep een vergelijkbare handleiding die ze kon helpen met het reduceren van roken. In de tabel hieronder is te zien hoeveel van de geïnterviewde deelnemers gebruik hebben gemaakt van het werkboek en de zelfhulphandleiding. Wanneer een deelnemer slechts een enkele keer door het werkboek heeft heen gebladerd valt dit niet onder het gebruiken van het werkboek.

De interventiegroep kreeg tijdens het programma nicotinevervangende middelen aangeboden, namelijk: pleisters, kauwgom, zuigtabletten en microtabs. Alle deelnemers uit de interventiegroep hebben hier gebruik van gemaakt. Er moet hierbij wel een kanttekening worden gemaakt dat dit een oppervlakkig beeld geeft aangezien hierin therapietrouw niet wordt meegenomen. Geen van de deelnemers uit de controlegroep hebben gebruik gemaakt van nicotinevervangende middelen. Wel hebben twee van hen gebruik gemaakt van Champix in hun stopfase.

Alle deelnemers uit de interventiegroep hebben telefonisch contact gehad tijdens de interventie. Hun ervaringen daarmee zijn verder in de resultaten besproken. De groepsbijeenkomsten zijn door alle deelnemers gevolgd, wel heeft 1 deelnemer (3.i) een aantal bijeenkomsten individueel gevolgd vanwege ziekte en planning van de bijeenkomsten.

Tabel 8. Gebruik van werkboek/zelfhulphandleiding (n=12)

	Interventiegroep	Controlegroep
Werkboek/zelfhulphandleiding		
Wel gebruikt	3	2
Niet gebruikt	4	3
Nicotinevervangende middelen		
Wel gebruikt	7	0
Niet gebruikt	0	5

ERVARINGEN MET DE PROGRAMMAONDERDELEN

In tabel 9 zijn alle verschillende programmaonderdelen onder elkaar gezet met daarbij de ervaringen van de deelnemers. Het gaat hierbij om de opzet, de groepsbijeenkomsten, de nicotinevervangende middelen, het werkboek en de huiswerkopdrachten, de formulieren, het telefonisch contact en tot slot hoe zij ervaren dat het programma als geheel invloed heeft gehad op hun rookgedrag.

Beginnend bij de algehele opzet, geven de deelnemers die daarom hun mening hebben gegeven aan dat zij tevreden waren over de opzet in het algemeen.

De groepsbijeenkomsten lijken voor de deelnemers het belangrijkste onderdeel te zijn geweest in het programma. Een goede inhoud, opzet en steun van de groepsgenoten waren hierin belangrijke factoren. Een duidelijk punt van kritiek vanuit de deelnemers is dat er weinig groepsbijeenkomsten waren of dat er te lange periodes tussen de bijeenkomsten zaten. Deelnemers zagen de bijeenkomsten als een bevorderende factor om verder te gaan met hun pogingen. Na enige tijd verwaterde die bevorderende factor waardoor deelnemers uitspraken weer behoefte te hebben aan de bijeenkomsten: *“Je bent een groep bij elkaar, en dan wissel je ervaringen uit, en dan had ik wel weer de stimulans om te zeggen: nou ik ga dat weer eens even doen. Maar dan na twee weken ging ik weer meer roken.”*

(6.i) Eén deelnemer had een minder positieve ervaring met de groepsbijeenkomst. Zij was in haar groep, de enige vrouw in het gezelschap en moest een langere afstand reizen om bij de bijeenkomst te komen. Zowel de samenstelling als het tijdstip van de bijeenkomst (na zonsondergang) maakten dat zij een alternatief heeft gevolgd waarbij zij individuele begeleiding heeft gekregen.

De nicotinevervangende middelen werden, door de deelnemers die daar gebruik van hebben gemaakt niet als positief ervaren. De meeste merkten geen resultaat en ervoeren het ook als lastig in gebruik. Deelnemers vonden de nicotinekauwgom vies en werden er misselijk van. De nicotinepleisters bleven bij één deelnemer niet goed zitten vanwege transpiratie. Een andere deelnemer gaf aan dat, hoewel hij ziek werd van de pleisters, hij ze wel als prettig ervoer omdat, vanwege de misselijkheid, zijn trek in sigaretten afnam. Opvallend is dat twee van de deelnemers vanwege hartklachten geen nicotinevervangende middelen hadden mogen ontvangen. Het blijft in de interviews onduidelijk waarom deze contra-indicatie niet tijdens de voorbereidende gesprekken is gesignaleerd, maar dat deze deelnemers pas nadat ze klachten ondervonden er, naar eigen zeggen, door advies van de cardioloog achter kwamen dat deze nicotinevervangende middelen voor hen niet geschikt waren.

In tabel 8 werd al duidelijk dat 3 van de 7 hierover geïnterviewde deelnemers geen gebruik hadden gemaakt van het werkboek. Hiervoor waren verschillende redenen. Allereerst gaven deelnemers aan dat het werkboek niet bij hen aansloot, bijvoorbeeld omdat ze het te kinderachtig vonden. Daarbij was er een lage uitkomstverwachting, maar wel een hoge tijdsconsumptie. Een aantal oefeningen en opdrachten kwamen meerdere malen voor in het boek en dit werd als storend ervaren. Tot slot had één

deelnemer (3.i) het gevoel dat alle opdrachten uiteindelijk gericht waren op stoppen met roken. Tijdens het interview gaf deze deelnemer aan dat wanneer het woord 'stoppen' op de pagina voorkwam hij het geen goede opdracht vond, omdat hij van mening was dat het programma alleen voor minderen met roken bestemd was. Het invullen van de formulieren , om het rookgedrag bij te houden, werd als te herhalend ervaren. Volgens een deelnemer werd hier tijdens de bijeenkomsten niks mee gedaan, iets wat naar zijn eigen zeggen wel wenselijk was geweest. Het was niet altijd duidelijk of deelnemers over het werkboek of over de formulieren hadden aangezien het in beide gevallen soms ging over het invullen van vragenlijsten.

Het laatste onderdeel van het programma waren de tussentijdse telefonische contacten. Deelnemers waren hier over het algemeen neutraal tot positief over. Positief is met betrekking tot het telefonische contact niet zo sterk als dat het was bij de groepsbijeenkomsten. Mensen vonden het “*prima*” (2.i) of “*wel goed*” (3.i). Twee van de deelnemers vonden het niet van toegevoegde waarde en één van hen ervoer de vragen die werden gesteld als een verplichting voor de begeleider en daarmee niet als oprechte interesse.

De helft van de deelnemers (4 uit de interventiegroep en 2 uit de controlegroep) heeft aangegeven dat het programma een positieve invloed heeft gehad op hun rookgedrag. Ondanks dat in tabel 1 te zien is dat niet alle deelnemers ook daadwerkelijk een positieve verandering hebben ondergaan in rookgedrag, lijken zij dit wel zo te hebben ervaren. De deelnemers geven aan dat, het programma in het algemeen, ze aan het denken heeft gezet en dat ze nieuwe inzichten hebben gekregen over hoe ze kunnen minderen met roken. Eén deelnemer vanuit de controlegroep geeft als antwoord op de vraag over de invloed van de interventie op het rookgedrag, eerst aan geen doelen te hebben bereikt en dat om die reden het programma geen invloed heeft gehad. Er is bij hem, en waarschijnlijk ook bij de andere deelnemers, dan ook geen sprake van veranderend gedrag, maar van een verandering in attitude tegenover roken of hun eigen rookgedrag.

Tabel 9. Ervaringen van deelnemers met de programmaonderdelen (n=12)

	Subthema's	Voorbeelden citaten
Opzet van het programma	Positief(2/1)*	<i>"De opbouw van het programma vond ik ook heel prettig."</i>
Groepsbijeenkomsten	Algemeen(2/0)	<i>"Ja die bijeenkomsten. Die vond ik super."</i>
	Goede inhoud/opzet((2/0)	<i>"Iedereen kon zijn mening goed geven, over hoe zijn ervaring is en hoe ze er mee omgaan, wat ze mogen en wat ze niet mogen. [groepsbijeenkomst]"</i>
	Steun van groepsgenoten(5/0)	<i>"We hadden ook toevallig een heel leuke groep, maar we waren ook heel eerlijk tegen elkaar. Wanneer er een keer iets misging, dan zeiden we dat ook."</i>
	Weinig bijeenkomsten/veel tijd tussen bijeenkomsten(4/0)	<i>"En ik vond dat die tijdsbestek tussen die bijeenkomsten te groot was."</i>
	Onwenselijke groepssamenstelling (1/0)	<i>"Nou die binden dus, ik meen dat er zeven of acht man waren, dat weet ik niet precies meer, maar die zitten dus bij elkaar te praten met elkaar."</i>
	Groepsbijeenkomst te laat op de dag(1/0)	<i>"De groepen werden om vier uur gepland en duurden tot half zes, en in januari is Dehet om half zes donker. En dan durf ik niet over de autobaan te rijden."</i>
Nicotine vervangende middelen	Geen effect(4/0)	<i>"Toen had ik dus alleen die pleisters en de kauwgom, maar dat hielp niks. Maar iedereen had het daarover, dat dat niet hielp. "</i>
	Past niet bij persoonlijk doel(0/1)	<i>"Ja ik had zoiets van, dan krijg ik nog nicotine binnen. Dat was de bedoeling, het was juist de bedoeling dat ik daar afkwam. Mijn man had er de eerste paar weken heel erg moeite mee, toen heb ik wel aangeboden om ze te kopen. Nee zegt hij, ik doe het net zoals jij."</i>
	Niet prettig/lastig in gebruik(3/0)	<i>"Ik ben geen kauwer. Dus ik deed er verder niks mee, alleen na een half uur dan werd het spul bitter, en weg ermee. Ik kauw er ook toch vrij weinig op"</i>
	Niet mogelijk vanwege hartklachten(2/0)	<i>"Nee, daar ben ik niet mee doorgegaan. En dat bleek achteraf, dat die kauwgom, dat dat eigenlijk niet had gemogen."</i>

Werkboek/huiswerkopdrachten	Algemeen(2/0)	Van de cardioloog. “ “nou de enige ervaring die ik er mee heb, is dat ik ze steeds wel heb ingevuld. Van keer tot keer bijhouden, wel gedaan.[huiswerkopdracht]”
	Geen gebruik van gemaakt(4/0)	“Nee, wat ik er nou mee gedaan heb, weet ik niet meer, maar ik dacht weinig.[gebruik gemaakt van het boek]”
	Sluit niet aan bij persoon(2/0)	“Bij mijn persoon. Nee dat doet t niet, past niet bij me.”
	Onnodig/biedt geen hulp(2/0)	“Ja. Ja, ik vulde het altijd netjes in, maar niet dat me dat nu zo veel hielp. Ik vond die bijeenkomsten belangrijker in mijn ogen dan dat werkboek.”
	Teveel nadruk op stoppen(1/0)	“Ja. Ja, ik vulde het altijd netjes in, maar niet dat me dat nu zo veel hielp. Ik vond die bijeenkomsten belangrijker in mijn ogen dan dat werkboek.”
	Onduidelijk/lastig(2/0)	“Ja, gevoelssurfen heb ik nooit wat van gesnapt. Ik ben niet zo gevoelig blijkbaar. Nee daar heb ik nooit wat van gesnapt.”
Invullen forumlieren/vragenlijst	Inhoud was begrijpelijk(1/0)	“De inhoud van het werkboek was zeker wel begrijpelijk.”
	Teveel werk/herhaling(2/0)	“Is triest, dat werkboek. Daar staan zo veel vragen in, dat zijn iedere keer dezelfde vragen. En dat is irritant.”
	Teveel werk/herhaling(2/0)	“[herhaling] Veel te veel. Kijk maar (wijst op bladzijde), dit is er dan maar 1, maar hier moest je ook die andere steeds maar meenemen.”
	Terugkoppeling gemist((1/0)	“Het enigste wat ik wat minder vond, we moesten die, een soort rapportage invullen. En op de bijeenkomst vond ik, werd daar eigenlijk te weinig gebruik van gemaakt.”

Telefonisch contact	Neutraal (4/0)	<i>“Ja goed, dan krijg je een telefoontje; hoe is het dan? Ja ik rook nog. Ja zo is het toch? Of; ja ik rook wel wat minder. Gaat het over zo’n telefoon, ja wat moet je dan zeggen? Dus dat doe je dan, dat het dan wat minder wordt. Nou ja goed dan is het telefoongesprek afgelopen.”</i>
	Geen meerwaarde (2/0)	<i>“Je bent een groep bij elkaar, en dan wissel je ervaringen uit, en dan had ik wel weer de stimulans om te zeggen: nou ik ga dat weer eens even doen. Maar dan na twee weken ging ik weer meer roken.”</i>
	Positief/Werkt als herinnering (2/0)	<i>“die zijn wel geweest, meerdere keren. Ik vind dat prima, want je wordt even weer herinnerd aan het geheel.”</i>
Invloed van programma op rookgedrag	Positief(4/2)*	<i>“Ja. Het heeft me wel in de bovenkamer gezet van jongen, nou moet het toch een keer afgelopen zijn.”</i>
	Geen invloed(1/1)	<i>“Maar dan na twee weken ging ik weer meer roken. En ik heb ook, zeg maar na een vier/vijf sessies, had ik eigenlijk voor mezelf al besloten om de handdoek in de ring te gooien, want het lukte me gewoon niet.”</i>

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

PROGRAMMA ONDERDELEN - CONTROLEGROEP

Deelnemers uit de controlegroep hadden voorafgaand aan de REDUQ-studie een voorlichtingsbijeenkomst en tijdens de studie zelf ondersteuning in de vorm van een zelfhulphandleiding. Eén van de deelnemers (11.c) was, naar eigen zeggen, om onduidelijke redenen, niet op de hoogte gesteld van de bijeenkomst. Twee anderen vonden het inhoudelijk interessant, maar een andere deelnemer was juist niet overtuigd van de methode na de voorlichtingsbijeenkomst. Een interessante opmerking kwam van een deelnemer die na de bijeenkomst snel de informatie weer kwijt was. Opvallend is verder dat alle 4 de deelnemers zeiden de zelfhulphandleiding niet te hebben gebruikt. Ze hadden hiervoor niet hele concrete redenen. De vijfde deelnemer uit de controlegroep lijkt het over een handleiding te hebben die niet bij de REDUQ-studie hoort en de interviewer vraagt hier niet op door. Hierdoor is er over het gebruik van de handleiding van deze deelnemer verder geen informatie.

Tabel 10. Ervaring met het programma – Controlegroep (n=5)

Ervaringen met het programma	Subthema's	Voorbeeldquote
Voorlichtingsbijeenkomst	Algemeen (0/1)*	<i>“Goed. Ook onderling een beetje praten, van rook jij, rook jij.”</i>
	Inhoudelijk interessant (0/2)	<i>“Het was gewoon.. Nou je stak er wat van op.”</i>
	Niet overtuigend(0/1)	<i>“Ja.. Gaat dat werken of gaat dat niet werken? Dat idee had ik iedere keer weer.”</i>
	Niet van op de hoogte(0/1)	<i>“Nee! Dat hebben ze mij wel gezegd aan de telefoon, maar ik heb nooit bericht daar van gehad.”</i>
	Inhoud snel vergeten(0/2)	<i>“maar ik was thuis en ik was het allemaal al weer kwijt.”</i>
Zelfhulphandleiding	Geen gebruik van gemaakt(0/4)	<i>“Nee dat eh nee.. Dat kan ik me ook niet herinneren. Nee (kijkt in handleiding), geloof dat ik dat de hele tijd heb overgeslagen.[zelfhulphandleiding is niet gebruikt]”</i>

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

SUGGESTIES VOOR VERBETERING

Tot slot van het interview werd de deelnemers gevraagd of zij suggesties voor verbetering hadden voor het REDUQ-programma. Veel van de suggesties voor verbetering kwamen voort uit eerdergenoemde ervaringen. *Aanpassing nicotinevervangende middelen* betreft een deelnemer die vindt dat pleisters en kauwgom uit het programma moeten worden gehaald en één deelnemer is van mening dat er meer aandacht moet zijn voor elektrisch roken.

Aanpassing van de frequentie en de planning van de bijeenkomsten, de groepssamenstelling en de inhoud van het programma (werkboek behandelen en minder nadruk op stoppen met roken) zijn al besproken onder het kopje *programmaonderdelen – interventiegroep*.

Voor sommige deelnemers was de SMR-techniek lastig in te passen in hun leven. Eén van de deelnemers geeft daarom aan om duidelijker van tevoren aan te geven dat je een bepaalde levensstijl nodig hebt om goed mee te kunnen doen met de interventie.

Tabel 11. Suggesties voor verbeteringen m.b.t. het programma (n=8)

Suggesties voor verbetering	Aanpassing <i>aanpassing nicotinevervangende middelen</i> (2/0)*	“ja, dan praat ik uit mijn eigen ervaring, het elektrisch roken bespreekbaar maken.”
	Frequentie groepsbijeenkomsten ((3/1)	“En ik vond de tijden tussen de sessies, die vond ik te lang.”
	Groepssamenstelling (1/1)	“En ik vond de tijden tussen de sessies, die vond ik te lang.”
	Groepsbijeenkomst inhoud (2/0)	“En het boek behandelen, dus ik zou zeggen we moesten een vragenlijst invullen en dan willekeurig vragen eruit halen”
	Meer verwachtingsmanagement t.a.v methode (0/1)	“Dat ze die mensen zeker moeten vertellen dat ze een zo strak mogelijk ritme in hun leven brengen. Dat zou in mijn ogen een heel groot hulpmiddel zijn(...)”
	Planning moment bijeenkomst (1/0)	“De groepen werden om vier uur gepland en duurden tot half zes, en in januari is het om half zes donker. En dan durf ik niet over de autobaan te rijden.[de laatste paar keer is ze niet geweest omdat het te laat was]”

*Aantallen deelnemers: (interventiegroep/controlegroep)

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In dit onderzoek is gekeken naar de ervaringen van de deelnemers tijdens de REDUQ-studie. De REDUQ-studie heeft getracht, door middel van reductie, COPD-patiënten voor te bereiden op stoppen met roken. De tegenvallende resultaten daaruit zijn aanleiding geweest om onder deelnemers interviews af te nemen en te kijken naar hun ervaringen tijdens de REDUQ-studie, om zo een beter beeld te krijgen van de mogelijke oorzaken van het uitblijven van het verwachte resultaat.

De voornaamste bevinding is dat deelnemers weinig therapietrouw zijn geweest als het gaat om het programma wat zij hebben gevolgd. In veel gevallen is het voorgeschreven programma niet uitgevoerd, voornamelijk als het gaat om de reductietechniek, nicotinevervangende middelen en ondersteuning in de vorm van huiswerkopdrachten en een werkboek. Deze doelgroep ervaart meer begeleiding nodig te hebben en een andere vorm van minderen die beter te passen is in hun dagelijks leven. Dit lijkt ook sterk samen te hangen met de kernmerken van de doelgroep namelijk de sterke nicotine afhankelijkheid die stoppen moeilijk maakt en de extra begeleiding kan verklaren, maar ook de lagere opleiding waardoor een werkboek met veel tekst en opdrachten als overweldigend kan worden ervaren.

Ook kan worden geconcludeerd dat tijdens de REDUQ-studie, maar vaak ook daarna, deelnemers actief bezig zijn geweest met hun rookgedrag. Allen hebben zij pogingen gedaan om te minderen en veel van hen ervaren de effecten van de interventie in hun huidige rookgedrag, hoewel dit bij nadere beschouwing wellicht voornamelijk cognitief van aard was. In de onderstaande uiteenzetting worden de deelvragen uit dit onderzoek besproken.

DOELEN, MOTIVATIE EN VERWACHTINGEN

Veel deelnemers geven voornamelijk als het gaat om *verwachtingen* vrij oppervlakkig antwoord en ook op het gebied van doelen en motivatie zijn de antwoorden niet zeer uitgekristalliseerd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het gaat om een herinnering van minimaal 18 maanden terug. Daarbij vraagt het ook enige reflectief vermogen wat voor de deelnemers, met vaak lagere cognitieve capaciteiten, een obstakel kan zijn geweest om een doorgrond antwoord te formuleren.

Eén van de inclusievoorwaarden voor de REDUQ-studie was dat deelnemers in de komende 6 maanden niet als doel hadden om een stoppoging te ondernemen. Ondanks dit gegeven, gaf de helft van de deelnemers tijdens de interviews aan dat zij voorafgaand aan de studie wel als doel hadden om te stoppen. Een evidente reden hiervoor is dat ook deelnemers die wilden stoppen met roken maar zichzelf daar niet toe in staat achtten zich kwalificeerden voor deelname aan het programma. Daarnaast wordt in het transtheoretisch model van gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente

(1992) beschreven dat voorafgaand aan bereidheid tot een stoppoging een periode voorafgaat waarin een bewustwording moet groeien van de voordelen ten opzicht van de nadelen om te stoppen met roken. In deze fase zelf wegen voor de deelnemers de nadelen nog zwaarder dan de voordelen, en dus stellen zij niet te willen stoppen. Wanneer de voordelen van de gedragsverandering zwaarder gaan wegen dan de nadelen, verandert dit en ontstaat de bereidwilligheid die eerst ontbrak. Daarmee kan worden gesteld dat de REDUQ-studie doelgericht deelnemers in pre-contemplatiefase, zoals de eerste fase uit het model wordt genoemd, heeft gerekruteerd, en dat deze deelnemers dus eventueel al in de eerste fase van gedragsverandering zaten met het uiteindelijke doel om te stoppen. Daarbij kan het besluit tot het reduceren van roken ook het proces tot het besluit om te stoppen met roken, en daarmee de pre-contemplatiefase, hebben versneld. Echter blijft de vraag of het transtheoretisch model wel toepasbaar is op de deelnemers onbeantwoord. West (2005) is er van overtuigd dat dit model en de beslissing om een verandering te maken in rookgedrag veel complexer zijn dan in het transtheoretisch model wordt beschreven. Het model gaat er namelijk vanuit gaat dat deelnemers een coherent plan maken als het gaat om gedragsverandering. In plaats van een coherent plan, kan er bij de deelnemers ook sprake zijn geweest van een *identiteitsshift*, die niet komt vanwege een overgang naar een andere fase, maar door een klein succes op het gebied van gedragsverandering (Kearney & O'Sullivan, 2003). De identiteitsshift is vergelijkbaar met de spreekwoordelijke knop die sommige deelnemers vermelden om te hebben gezet.

De belangrijkste motivatie om deel te nemen aan de REDUQ-studie was *gezondheid*. Het gaat hierbij om de algemene gezondheid, fysieke klachten en het feit dat deelnemers COPD-patiënt zijn. Interessant om hierbij op te merken is dat een deel van de deelnemers niet direct de koppeling leken te maken tussen hun fysieke klachten en het feit dat ze COPD hadden. Ondanks dat deelnemers wel een duidelijke link legden tussen gezondheid en de verandering in rookgedrag kan het zijn dat zij niet de urgentie voelden om iets aan hun rookgedrag te doen aangezien een aantal fysieke klachten, zoals een rokershoestje deze urgentie niet direct opriepen. De vraag is of er in de interventie genoeg aandacht is geweest voor de mate van urgentie en of er meer aandacht had moeten zijn voor de gevolgen van de situatie waar de deelnemers zich in bevonden. De vraag is, wanneer deelnemers zich meer bewust zijn van de urgentie van hun situatie, of dat via het vergroten van de intrinsieke motivatie kan leiden naar een actievere deelname en daarmee de effectiviteit van de versterking van de interventie.

In het interview is weinig aandacht geweest voor de achterliggende gedachte van de motivatie. Intrinsieke motivatie komt volgens Ryan en Deci (2000) voort uit een idee dat de actie innerlijke voldoening geeft in plaats het behalen van externe doelen. Gegeven deze definitie, zou het doel tot verbeter van de gezondheid zowel een intrinsieke als een extrinsieke motivatie kunnen zijn. Extrinsiek omdat het voor patiënten kan gaan om het behalen van gezondheids- of gebruiksdoelen. Intrinsiek omdat het deelnemers ook de innerlijke voldoening kan geven door tegemoet te komen aan de mogelijk toegeschreven waarde van gedragsverandering op het gebied van roken, ongeacht de

uitkomsten daarvan. Kijkend naar de data kan worden gezegd dat het bij de meeste deelnemers gaat om een combinatie van extrinsieke en intrinsieke motivatie. Op basis van een vorige conclusie op het gebied van urgentie zou kunnen worden gesuggereerd dat de mogelijkheid bestaat de *gezondheid* voor veel deelnemers een extrinsieke motivatie was, aangezien zij niet de voldoening van de gedragsverandering op zich ervoeren, maar zich mogelijkwerwijs moreel verplicht voelden vanwege hun situatie. Dit zou ook niet verrassend zijn omdat veel deelnemers vaak al in eerdere trajecten hebben gezeten om hun rookgedrag aan te passen en dat dit door de samenleving en hun behandelend artsen vaak als doel werd gesteld. Het was wellicht goed geweest om hier in de interventie meer aandacht aan te besteden voorafgaand aan het traject tot gedragsverandering.

Tot slot spraken deelnemers over het algemeen weinig verwachtingen uit ten aanzien van het programma waaraan zij deelnamen. Over zowel het programma als de methode en de begeleiding van de groepsbijeenkomsten bleven de deelnemers zeer op de vlakte. Dit kan zowel positief als negatief zijn geweest voor de interventie. Het hebben van weinig verwachtingen zorgden er wellicht voor dat deelnemers niet snel teleurgesteld konden raken door het programma. Het kan ook geresulteerd hebben in een grote mate van vrijblijvendheid, wat een oorzaak kan zijn geweest voor de lage therapietrouw. De vraag is of deelnemers die zich van tevoren niet verdiept hebben in een traject wat zij 18 maanden aangaan, zich er wel in zullen verdiepen tijdens het programma. Het zou interessant zijn om te kijken of een betere ondersteuning op het gebied van het vormen van verwachtingen, voorafgaand aan de studie, ook de participatie tijdens de studie verhoogd. Het vooraf stellen van concrete en hoge doelen, en daarmee ook het vormen verwachtingen, kan namelijk positieve resultaten opleveren voor de prestaties van de deelnemers (Locke, 1968). Deelnemers hadden wel verwachtingen ten aanzien van hun eigen succes; zowel positief als negatief. De doelen die eerder zijn beschrijven zijn ook onderdeel van deze verwachtingen. Deze verwachtingen zijn gevormd aan de hand van relatief weinig overwegingen met betrekking tot het programma, maar hoogstwaarschijnlijk op basis van hun persoonlijke doelen. Tot slot moet worden opgemerkt dat hierbij wordt geraakt aan een herinnering van minimaal 18 maanden terug. Het kan daarom ook goed mogelijk zijn dat de oppervlakkigheid gevolg is van de verstreken tijd.

ERVARINGEN MET MINDEREN EN STOPPEN MET ROKEN

Tijdens de interventie zijn de deelnemers obstakels tegen gekomen die het minderen of stoppen moeilijk maakten of ervoor zorgden dat zij zelfs terugvielen in oud gedrag. Dit ging vaak om stress en tegenslagen in de sociale omgeving. Vanuit verschillende onderzoeken op het gebied van afkicken van een verslaving weten we dat deze factoren een grote rol kunnen spelen in het eventueel terugvallen. Mermelstein et al. (1983) stelt dat 43% van de terugvallen onder rokers wordt veroorzaakt door stress.

Er is daarin een verschil aan te brengen, wat ook door de deelnemers wordt aangegeven, tussen volledig terugvallen en een kleine terugval of *uitglijder*; dit laatste wordt voornamelijk veroorzaakt door een incident terwijl volledig terugvallen vaak veroorzaakt wordt door een structurele verandering in het leven van de roker. Het lijkt belangrijk om op dit gebied ondersteuning te bieden vanuit de interventie. Het is onduidelijk uit de interviews of dit voldoende behandeld wordt in de huidige interventie en voornamelijk de groepsbijeenkomsten en telefoongesprekken.

De rol van tegenslagen is wel dubbelzinnig, gegeven dat deze ook soms bevorderend kunnen werken om verder te gaan met minderen. Dit laatste is voornamelijk het geval als het gaat om ervaringen op het gebied van gezondheid bij deelnemers zelf of hun directe omgeving. Hetzelfde geldt eigenlijk ook voor de sociale omgeving. Waar sommige (of in sommige situaties) deelnemers aangeven hier ondersteuning uit te halen kan het ook confronterend of demotiverend werken als de omgeving wel actief rookt of de deelnemer aanspreekt op hun veranderde rookgedrag. In de resultaten kwam naar voren dat vooral de directe omgeving zoals familie en vrienden een steun kunnen zijn in het proces. Deze bevinding wordt ook onderschreven door Mermelstein (1986), die beschrijft dat de sociale ondersteuning van de nabije vrienden en familie erg belangrijk is in het proces van gedragsverandering. Een aantal deelnemers spraken, als het ging om motiverende factoren, ook over een spreekwoordelijke *knop* die omging, die kan samenhangen met de *identiteitsshift*, eerder beschreven. Zij vonden de motivatie in zichzelf om hun rookgedrag te veranderen ongeacht hun situatie en hun omgeving. Wat opvalt is onder de interventiegroep, deelnemers meer ervaringen deelde over belemmeringen met betrekking tot stress, tegenslagen en sociale omgeving, dan de controlegroep tijdens de interviews. Enerzijds kan dit duiden op het feit dat er daadwerkelijk sprake is van een ongelijke verdeling van tegenslagen, stress en invloed van de sociale omgeving. Anderzijds kan het ook verklaard worden door de aandacht die in de groepsbijeenkomsten is besteed aan de rol van deze belemmerende factoren binnen hun gedragsverandering, dit zou de deelnemers meer bewust maken van deze factoren en uiteindelijk beter in staat stellen ze te herkennen en ze te benoemen. Wat echter niet in de interviews naar voren kwam is dat zij ook beter in staat waren met deze situaties om te gaan door toedoen van de ondersteuning.

Als we meer inzoomen op hoe deelnemers pogingen hebben gedaan (dan wel niet succesvol) om te minderen en te stoppen wordt al snel duidelijk dat veel deelnemers gebruik hebben gemaakt van alternatieve technieken in plaats van, of naast, de SMR-techniek die vanuit de REDUQ-studie werd aanbevolen. Veel van deze technieken om te minderen waren beschreven in het werkboek, zoals de techniek om op bepaalde plekken of een bepaalde moment niet te roken, of om een specifieke sigaret weg te laten (zoals de sigaret voor het ontbijt). In het interview kwam niet duidelijk naar voren of deelnemers het werkboek als bron hadden gebruikt voor deze technieken. De keuze voor de techniek om te minderen lijkt geen verband te houden met het succes onder de geïnterviewde deelnemers. Dit werpt de vraag op wat de noodzaak is van de keus voor de SMR-techniek en of het niet beter was

geweest om deelnemers daar meer vrijheid in te geven en te begeleiden in de techniek naar keuze. Het moet wel worden opgemerkt dat de SMR-techniek de enige evidence-based methode is. Cinciripini (1997) geeft aan dat SMR significant betere resultaten behaalt als het gaat om minderen en uiteindelijk stoppen met roken dan andere methodes, maar houdt hierbij geen rekening met de therapietrouw van de deelnemers. Daarbij geeft hij aan dat de SMR-techniek makkelijk te implementeren is en weinig training vereist van de rokers. Echter blijkt uit de data van dit onderzoek dat de deelnemers van de REDUQ-studie dit juist niet zo hebben ervaren en dat de implementatie voor hen niet gemakkelijk was. Zij vonden het moeilijk vol te houden en lastig in te passen in hun dagelijks leven of dat het tempo te hoog lag voor hun gevoel. Dit roept de vraag op of deze groep zich beter zou laten bedienen met een aangepaste of langzamere versie van de SMR-techniek die beter aansluit bij de capaciteiten en omstandigheden van de deelnemers.

Voor de deelnemers was het tijdens de interventie ook mogelijk om te stoppen met roken. Zodra een deelnemers aangaf te willen stoppen kon hij direct begeleiding krijgen vanuit de stop-poli. Bij 2 van de 3 deelnemers die daar gebruik van hebben gemaakt, lijkt dit een positieve uitwerking te hebben gehad op hun rookgedrag en allen hebben zij de bezoeken aan de stoppoli als positief ervaren. Hoewel niet alle deelnemers die hier gebruik van hebben gemaakt doorhadden dat dit onderdeel was van de interventie lijkt het wel een gunstige constructie in het uiteindelijk doel om deelnemers te laten stoppen met roken.

ERVARINGEN MET INDIVIDUELE PROGRAMMA-ONDERDELEN

De interventie binnen de REDUQ-studie bestond uit groepsbijeenkomsten, nicotinevervangende middelen, een werkboek en telefonisch contact. Het doel van deze combinatie was om tot een positief reductieresultaat en eventueel zelfs tot een stoppoging te komen.

Beginnend bij de nicotinevervangende middelen blijkt dat deelnemers niet onverdeeld positief waren. Deelnemers ervoeren geen effect met betrekking tot hun rookgedrag, en vonden het daarbij ook onprettig in het gebruik. Medicatieve ondersteuning in de vorm van Champix hielp een aantal deelnemers wel om (gedeeltelijk) te stoppen, en ook de E-sigaret wordt genoemd als hulpmiddel in het proces van gedragsverandering. De opgenoemde ervaringen hebben enkel betrekking op de interventiegroep aangezien in de controlegroep geen deelnemers zaten die gebruik hebben gemaakt van nicotinevervangende middelen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de interventie wel aanzet tot het gebruik van nicotinevervangende middelen, maar er niet in slaagt om de therapietrouw op dit gebied hoog te houden. Verschillende onderzoeken geven echter aan dat het gebruik nicotinevervangende middelen de kans op stoppen met roken wel 1.5 tot 2 maal verhoogd, als dit in combinatie is met begeleiding (Silagy, Mant, Fowler, & Lancaster, 2004). Silgy et al. vonden ook dat deelnemers aan stoppen-met-roken-programma's die een hoge motivatie hadden om te stoppen met

roken vaak ook hogere therapietrouw hadden als het gaat om het gebruik van de nicotinevervangende middelen. Aangezien een groot deel van de deelnemers aan de REDUQ-studie niet gemotiveerd waren om te stoppen met roken en enkel wilden minderen zou dit een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de lage therapietrouw onder de deelnemers van de REDUQ-studie.

Naast de nicotinevervangende middelen bestond de interventie uit groepsbijeenkomsten, een werkboek en telefonisch contact. De controlegroep had naast de voorlichtsbijeenkomst alleen een zelfhulphandleiding die zij konden raadplegen op het gebied van de SMR-techniek. De interventiegroep had een grote voorkeur voor de groepsbijeenkomsten boven andere vormen van ondersteuning. Zij vonden steun in elkaars aanwezigheid en het uitwisselen van ervaringen. De rol van de begeleiding in dit proces is onduidelijk, maar het is mogelijk dat het gaat om een vorm van “onzichtbare” begeleiding die juist op die manier zorgde voor een positief platform. Ondanks dat de ervaringen op dit gebied niet vergeleken kunnen worden met die van de controlegroep is het duidelijk dat de deelnemers uit de interventiegroep hier veel aan hebben gehad. Aangezien deelnemers aangaven behoefte hebben aan meer contactmomenten kan het waardevol zijn om op dit gebied mogelijkheden te verkennen om alternatieve methodes te gebruiken om hen hierin tegemoet te komen.

Tussen de groepsbijeenkomsten door werden deelnemers ondersteund door telefonisch contact met de begeleider. Deelnemers waren over het algemeen neutraal over de rol daarvan binnen het programma, met uitzondering van één deelnemer die zich negatief uitsprak over het door hem ervaren ontbreken van authentieke interesse vanuit de begeleiding tijdens het telefonisch contact. Interessant hieraan is dat persoonlijk contact belangrijk lijkt voor de deelnemers, iets wat blijkt uit de waardering van de groepsbijeenkomsten, maar dat dit belang niet strekt tot aan het telefonisch persoonlijk contact. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het bij het telefonisch contact niet gaat om lotgenoten, maar om een beroepsmatige interactie waarbij wellicht sociale wenselijkheid voor de deelnemers in de weg kan staan van een meer betekenisvol contact.

Het werkboek, welke onderdeel was van de begeleiding binnen de REDUQ-studie, was in verschillende vormen, beschikbaar voor zowel de interventie als de controlegroep. Echter blijkt dat geen van de geïnterviewden uit de controlegroep gebruik te hebben gemaakt van de zelfhulphandleiding. Dit maakt het lastig om de controlegroep en de interventiegroep met elkaar te vergelijken met betrekking tot de invloed van de interventie op de ervaring met de handleiding. Het is onduidelijk uit de interviews waarom de deelnemers geen gebruik gemaakt hebben van de zelfhulphandleiding, maar het ontbreken van verdere begeleiding in de vorm van contact zou hierin een rol kunnen spelen. Het sluit waarschijnlijk wel de conclusie uit dat de controlegroep door te veel ondersteuning een vergelijkbaar resultaat had als de interventiegroep binnen de REDUQ-studie. De controlegroep lijkt namelijk amper blootgesteld te zijn aan enige interventie of inmenging van de

REDUQ-studie, wanneer aangenomen wordt dat de geïnterviewde deelnemers representatief zijn voor de gehele controlegroep.

Kijkend naar de ervaringen van de interventiegroep, valt op dat de ervaringen zeer verdeeld zijn ten aanzien van het werkboek, maar slechts een uitzondering positief van aard is. Hoewel deze groep zich wellicht meer verbonden voelden met het programma en om die reden wel het werkboek heeft opgepakt, bleef het moeilijk voor de deelnemers om er gecommitteerd mee bezig te zijn. Zowel de inhoud als de vorm van het werkboek werden als belemmerend ervaren om bezig te gaan met het werkboek. Ook deelnemers die wel actief het werkboek gebruikt hebben benoemen dat het voor hun niet direct van toegevoegde waarde was. Dit werpt de vraag op of het wellicht mogelijk is dat het werkboek een demotiverende factor kan zijn geweest op het algehele minderen met roken, en daarmee ook het succes van de REDUQ-studie. Het zou dan ook interessant kunnen zijn om te kijken naar een andere vorm van het werkboek waarbij men deze niet in één keer thuis gestuurd krijgt, maar waarbij het gekoppeld is aan het, positief ervaren, groepscontact en ze bij elke bijeenkomst een gedeelte van het werkboek mee naar huis krijgen. Daarbij komt de informatie dan niet in één keer wat misschien minder overweldigend kan zijn voor de deelnemers.

AANBEVELINGEN VOOR EVENTUEEL VERVOLG VAN DE REDUQ-STUDIE

In de discussie zijn al een aantal aanbevelingen gedaan voor een eventueel vervolg van de REDUQ-studie. Voorafgaand aan de interventie kan worden gekeken naar minder strikt rekruteren, aangezien de doelen van de deelnemers schijnbaar snel kunnen veranderen. Een open systeem waar alle deelnemers op verschillende momenten in hun gedragsveranderingsproces kunnen deelnemen zou interessant zijn om te onderzoeken. Ook is het goed om deelnemers bewust te maken van de reden en urgentie van deelname en hen daarbij te ondersteunen in het formuleren van doelen, verwachtingen en motivatie.

Tijdens de interventie kan er worden gekeken naar de mogelijkheid om meerdere technieken tot minderen te ondersteunen die soms beter aansluiten bij de specifieke situatie van de deelnemer. Zo onderstaat er al tijdens de interventie ook een beter beeld van hoe deelnemers omgaan met het proces tot minderen, waarop kan worden ingespeeld tijdens de contactmomenten. Dit geldt ook op het gebied van nicotinevervangende middelen. Het gebruik hiervan kan worden bevorderd door te zorgen dat deelnemers de juiste motivatie hebben, maar ook door flexibel te zijn in het aanbieden van de verschillende vormen. Onder de deelnemers leeft duidelijk de behoefte aan meer contactmomenten. Dit zegt veel over de doelgroep, maar is lastig haalbaar kijkend naar financiële middelen in de zorg. Alternatieven zoals een zelfsturende groepsbijeenkomst zou eventueel een optie zijn aangezien ze minder financiële middelen eisen, een mogelijke implementatie kan eventueel gebruik van digitale

middelen om de kosten verder omlaag te brengen en de beschikbaarheid en effectiviteit te verhogen. Het probleem hiervan is wel dat de begeleiding, die wel in de groepsbijeenkomsten aanwezig is, wegvalt en het voor het onderzoek minder zichtbaar is wat er tijdens contactmomenten gebeurt. Tot slot is het aanbevolen om te kijken naar alternatieven voor het werkboek, waarbij zowel de vorm als de inhoud niet altijd goed werd ontvangen. Een werkboek is in principe een middel om deelnemers tussen de contactmomenten tot steun te zijn en er moet worden gekeken in welke vorm en met welke inhoud dit doel kan worden behaald.

KRITISCHE OPMERKINGEN HUIDIG ONDERZOEK

Hoewel de hierboven getrokken conclusies worden verondersteld bruikbaar te zijn en inzicht te geven, zijn er een aantal kanttekening die belangrijk zijn om te plaatsen bij het onderzoek. Allereerst is het twijfelachtig of de deelnemers wel geschikt waren voor de semi-gestructureerd thematische vorm van interviewen waarvoor gekozen is. Voor de vragen die ontstaan zijn uit deze vorm is een groot reflectief vermogen nodig, terwijl uit de transcripties van de interviews de suggestie wordt gewekt dat deelnemers hier vaak oppervlakkig blijven en moeten worden geholpen bij het zoeken naar het antwoord.

Dit sluit aan bij het probleem dat van deelnemers is verlangd dat zij tijdens de interviews herinneringen aan ervaringen van minimaal 18 maanden geleden konden ophalen. Daarbij hadden een aantal deelnemers ook deelgenomen aan andere programma's met betrekking tot rookgedragverandering voor of na hun deelname aan de REDUQ-studie wat het ophalen van relevante herinneringen niet vergemakkelijkte, en de kans op vertekeningen in die ervaringen groter maakten. Mogelijkerwijs was het voor deelnemers ook onduidelijk welke onderdelen van het programma wel en niet onderdeel uitmaakte van de REDUQ-studie. Dit gaat met name over de deelnemers die aan hadden gegeven een stop-poging te willen doen en daarbij in een zij-traject terecht kwamen, wat ervaren zou kunnen worden als een nieuw programma/studie.

Het interviewprotocol voor de interviews die zijn afgenomen voor onder andere dit onderzoek, is opgesteld voorafgaand aan het formuleren van de onderzoeksvraag. Iets wat bij een eventueel vervolgonderzoek idealiter andersom plaats vindt om specifieke onderdelen uit de onderzoeksvraag in het interview terug te laten komen.

Tijdens het verwerken van de data is het duidelijk geworden dat tijdens interviews soms non-verbale informatie verloren is gegaan door transcriptie. Dergelijke informatie zou in vervolgonderzoek bij kunnen dragen aan een goed beeld van de context. Specifiek gaat dit in het huidige onderzoek om

bijvoorbeeld het voorleggen van het werkboek waarbij de geïnterviewde opmerkingen maakt bij specifieke pagina's, maar achteraf niet kan worden nagegaan om welke pagina het gaat.

Tot slot is er tijdens de REDUQ-studie veel kwantitatieve data verzameld over de geïnterviewden, in dit onderzoek is dit op minimale wijze gekoppeld aan de kwalitatieve data. In verder onderzoek zou het interessant zijn om meer van deze kwantitatieve data te vergelijken met de resultaten uit dit onderzoek. Hiermee kunnen ook bepaalde stellingen die deelnemers innemen worden getoetst aan de werkelijkheid, bijvoorbeeld als het gaat om hun rookgedrag in bepaalde periodes of hun gebruik van nicotinevervangende middelen.

BIBLIOGRAFIE

- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139–161. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Boerdam, A., & Knoop, K. (2016). *Astma en COPD in beeld*.
- Christenhusz, L., Pieterse, M., Seydel, E., & van der Palen, J. (2007). Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high intensity or a brief counseling intervention. *Patient Education and Counseling*, 66(2), 162–166. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.11.006>
- Cinciripini, P. M., Wetter, D. W., & McClure, J. B. (1997). Scheduled reduced smoking: Effects on smoking abstinence and potential mechanisms of action. *Addictive Behaviors*, 22(6), 759–767. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00061-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00061-0)
- Colby, S. M., Tiffany, S. T., Shiffman, S., & Niaura, R. S. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. In *Drug and Alcohol Dependence* (Vol. 59, pp. 83–95).
- Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Maria Casanova, F., Santus, P., Blasi, F., ... Centanni, S. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine*, 100(10), 1767–1774. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.01.026>
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M., & Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1203–1218. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00260-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00260-5)
- Fletcher, C., & Peto, R. (1977). The natural history of chronic airflow obstruction. *British Medical Journal*, 1(6077), 1645–1648. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6077.1645>
- Hagens, P. (2017). (Preliminary Title) Does smoking reduction counselling promote abstinence in COPD patients not ready to quit? *T.b.a., T.b.a.(T.b.a.)*.
- Hughes, J. R., & Carpenter, M. J. (2006). Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 8(6), 739–749. <https://doi.org/10.1080/14622200600789726>
- Hymowitz, N., Cummings, K., Hyland, A., Lynn, W., Pechacek, T., & Hartwell, T. (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*. https://doi.org/10.1136/tc.6.suppl_2.S57
- Jimenez, C., Masa, J., Miravittles, M., Gabriel, R., Viejo, J., & Villansante, C. (2001). Smoking Characteristics * Differences in Attitudes and Dependence Between Healthy Smokers and Smokers With COPD, 119(5), 1365–1370.
- Kearney, M. H., & O'Sullivan, J. (2003). Identity Shifts as Turning Points in Health Behavior Change. *Western Journal of Nursing Research*, 25(2), 134–152. <https://doi.org/10.1177/0193945902250032>
- Lindson-Hawley, N., Banting, M., West, R., Michie, S., Shinkins, B., & Aveyard, P. (2016). Gradual versus abrupt smoking cessation a randomized, controlled noninferiority trial. *Annals of Internal Medicine*, 164(9), 585–592. <https://doi.org/10.7326/M14-2805>
- Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and*

- Human Performance*, 3(2), 157–189. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(68\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0030-5073(68)90004-4)
- Mannino, D. M., & Buist, A. S. (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet*, 370(9589), 765–773.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 2011–2030. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Beer, J. S., & Kamarek, T. (1986). Social support and smoking cessation maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 447–453. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.447>
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/doi:10.3109/10884609309149692>
- Rennard, S. I. (1998). COPD: overview of definitions, epidemiology, and factors influencing its development. *Chest*, 113(4), 235–241. https://doi.org/10.1378/chest.113.4_Supplement.235S
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sheldon Cohen, T. K. and R. M. (1983). A Global Measure of Perceived Stress, 24(4), 385–396.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lancaster, T. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1–106. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub3>
- 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(5), 682–688. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01093.x>
- Waverijn, G., Spreeuwenberg, P., & Rijken, P. M. (2014). *Monitor zorg-en leefsituatie van mensen met astma of COPD*. Utrecht.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036–1039. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x>
- World Health Organisation. (2016). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

LIJST VAN APPENDICES

- A. Programma van de groepsbijeenkomsten
- B. Interviewschema
- C. Codes + Toelichting

APPENDIX

APPENDIX A

Beschrijving van het programma en de groepsbijeenkomst

BESCHRIJVING VAN HET PROGRAMMA - INTERVENTIEGROEP

Opzet

De REDUQ-studie is een onderzoek naar minderen (als aanloop naar stoppen) met roken bij patiënten met COPD. Het project wordt gefinancierd door het Astmafonds en is opgezet als een gerandomiseerde, gecontroleerde multicenter studie met anderhalf jaar follow-up. Het onderzoek wordt gecoördineerd door Universiteit Twente en vindt plaats in samenwerking met vier ziekenhuizen in Nederland. Deelnemende ziekenhuizen zijn: Medisch Spectrum Twente in Enschede, Universitair Medisch Centrum Groningen, het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam, en het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven. Doel van het onderzoek is het vergelijken van de (kosten-) effectiviteit van een intensief rookreductieprogramma (interventiegroep) met een zelfhulpprogramma (controlegroep), op continue abstinentie van minimaal een jaar. Ook wordt onderzocht of het mogelijk is om langere tijd minstens 50% minder te roken, of de helft minder roken leidt tot gezondheidswinst (longfunctie, exacerbaties) en een verbetering van de kwaliteit van leven en of het de motivatie om volledig te stoppen met roken vergroot.

Onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria:	Exclusiecriteria:
• COPD, GOLD stadium I - IV • Leeftijd 40-80 jaar • Rookt ≥ 10 sigaretten per dag • Cotinine niveau > 20 ng/ml • Gemotiveerd om minder te roken • 2 mislukte stoppogingen (abstinentie > 24 uur) in de afgelopen 3 jaar	• Gemotiveerd om te stoppen met roken binnen 1 maand vanaf baseline (= 'ready to quit') • Onvoldoende beheersing Nederlandse taal • Contra-indicatie voor het gebruik van nicotinevervangers • Ernstige psychiatrische morbiditeit (niet alleen depressieve symptomen)

Onderzoeksprogramma

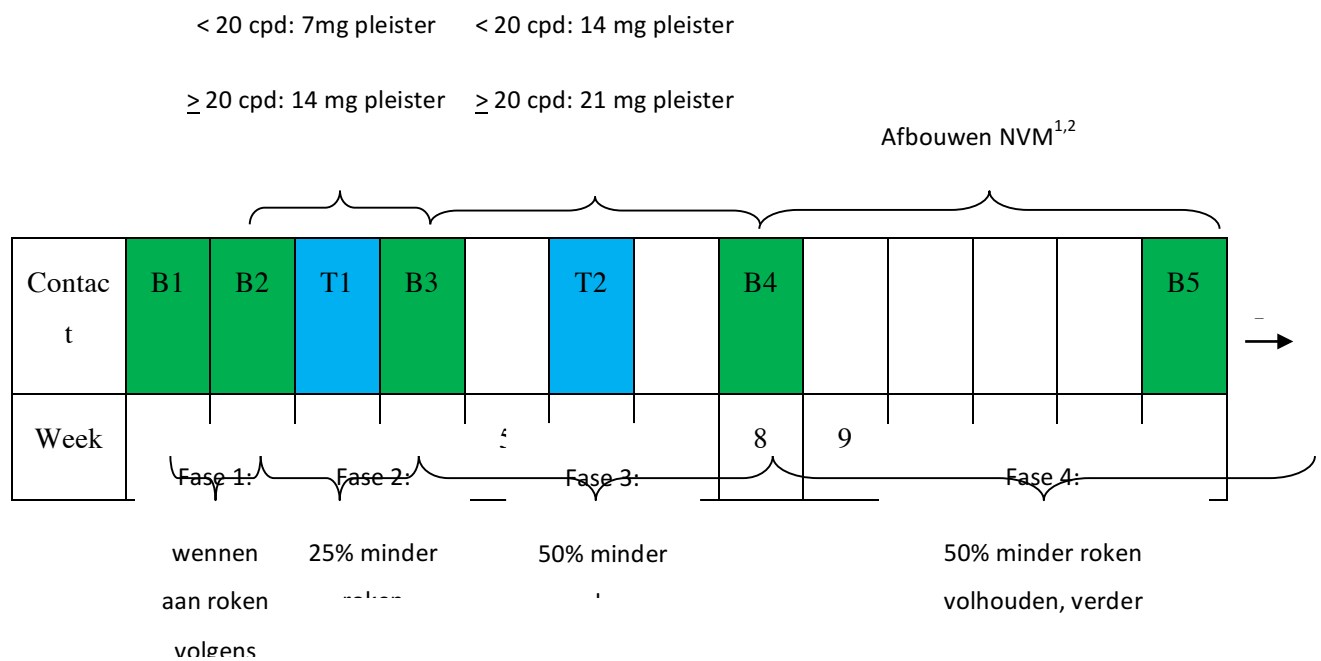
In de studie wordt geminderd met roken volgens de methode van geleidelijke gecontroleerde reductie ('scheduled reduced smoking'; Cinciripini et al., 1994). Bij deze methode wordt op vaste tijden gerookt waarbij het inter-sigaretinterval steeds groter wordt gemaakt. In drie of 4 fasen bouwen de deelnemers het aantal sigaretten dat ze per dag roken af, met als einddoel: minimaal 50% reductie ten opzichte van baseline (zie onderstaande figuur). Deelnemers krijgen daarnaast informatie over hun aandoening, rookverslaving, minderen en stoppen met roken en krijgen advies over hoe ze met ontweningsverschijnselen en verleidelijke situaties kunnen omgaan. Ook krijgen ze advies over het gebruik van nicotinevervangende middelen.

Studiegroepen

Er zijn 2 studiegroepen. Randomisatie (1:1) bepaalt in welke studiegroep een patiënt wordt ingedeeld.

Studiegroep 1 neemt deel aan een groepsprogramma, bestaande uit 8 groepsbijeenkomsten (gem. 10 deelnemers) van anderhalf uur, geleid door een gespecialiseerd longverpleegkundige en 4 telefooncontacten van elk 10 minuten, verspreid over een periode van anderhalf jaar. Daarbij ontvangen de deelnemers vanaf de tweede bijeenkomst gedurende 12 weken (gratis) een combinatie van nicotinevervangende middelen (nicotinepleisters en -kauwgom, zuigtabletten of microtabs). Deze

middelen worden gebruikt naast gecontinueerd roken, waarbij de dosering wordt aangepast aan het aantal sigaretten dat wordt gerookt.



B is bijeenkomst, T is telefooncontact

¹ Deelnemers kunnen op eigen initiatief en kosten langer nicotinevervangende middelen gebruiken

² ≥ 20 sigaretten per dag:

25% reductiefase: week 2-4: 14 mg pleister;

50% reductiefase: week 4-8: 21 mg pleister;

Afbouw NVM: week 8-13: 1/3 21 mg, 1/3 14 mg, 1/3 7 mg pleister

< 20 sigaretten per dag:

25% reductiefase: week 2-4: 7 mg patch;

50% reductiefase: week 4-8: 14 mg patch

Afbouw NVM: week 8-13: 1/2 14 mg, 1/2 7 mg

Dosering tabletten: naast gebruik pleister en gecontinueerd roken max. 10 per dag

Programmaonderdelen groepsbijeenkomsten REDUQ II interventiegroep

Bijeenkomst 1 – week 1

- Opzet en structuur van het programma
- Relatie roken en COPD
- Rookverslaving (geestelijk en lichamelijk)
- Minderen met roken
- Geleidelijke gecontroleerde reductie (*'scheduled reduced smoking'*)
- Kennismakingsrondje
- Thema's:
 - Inzicht huidig rookgedrag (bespreken vooraf ingevulde observatielijst rookgedrag)
 - Voor- en nadelen (verandering) rookgedrag
- Werkboekopdrachten

Bijeenkomst 2 – week 2

- Ervaringenrondje *
- Uitwerking thema:
 - Voor- en nadelen van (verandering) rookgedrag
- Nieuwe thema's:
 - Barrières om te minderen
 - Risicosituaties en trek
- Ontwenningsverschijnselen
- Nicotinevervangende middelen
- Werkboekopdrachten

Bijeenkomst 3 – week 4

- Ervaringenrondje

- Uitwerking thema's:
 - Barrières om te minderen
 - Risicosituaties en trek
- Nieuwe thema's:
 - Zelfcontrolemaatregelen
 - Omgaan met trek
- Werkboekopdrachten

Bijeenkomst 4 – week 8

- Ervaringenrondje
- Uitwerking thema's:
 - Zelfcontrolemaatregelen
 - Omgaan met trek
- Nieuwe thema's:
 - Doelen (bij)stellen
 - Omgaan met druk uit de omgeving
- Werkboekopdrachten

Bijeenkomst 5 – week 13

- Ervaringenrondje
- Uitwerking thema's:
 - Doelen (bij)stellen
 - Omgaan met druk uit de omgeving
- Nieuwe thema's:
 - Veranderen van gedachten (4 G's + niet-helpende gedachten omzetten in helpende gedachten)
 - Uitglijders en terugval: noodplan
- Werkboekopdrachten

Bijeenkomst 6 – week 26

- Ervaringenrondje
- Uitwerking thema's:
 - Veranderen van gedachten
 - Uitglijdende en terugval: noodplan
- Nieuw thema:
 - Doorzetten/Volhouden!
- Werkboekopdrachten

Bijeenkomst 7 – week 52

- Ervaringenrondje
- Uitwerking thema:
 - Doorzetten/Volhouden!
- Nieuw thema:
 - Evaluatie van het programma
- Werkboekopdrachten

Bijeenkomst 8 – week 78

- Ervaringenrondje
- Evaluatie REDUQ II-programma
- De toekomst
- Afsluiting

N.B. Tijdens alle programmaonderdelen wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering

* Tijdens het ervaringenrondje worden ervaringen met minderen met roken, NRT, ontwenningverschijnselen etc. gedeeld. De counselor complimenteert wanneer vooruitgang geboekt is. Als er minder positieve ervaringen of negatieve ervaringen zijn wordt getracht deze te her-etiketteren naar een positieve invalshoek, zodat voorkomen wordt dat de deelnemers zichzelf

demotiveren of het roken idealiseren. De deelnemer wordt gevraagd hoe hij/zij het anders zou kunnen aanpakken (“U hebt nu ervaren waar uw uitdagingen liggen, hoe zou u het anders kunnen aanpakken?”) en evt. wordt de groep gevraagd oplossingen aan te dragen. De deelnemer/groep moet ‘het werk doen’, maar het is wel mogelijk om deelnemers in een bepaalde richting te sturen (“Is dit de juiste manier voor u, of zou u het nog beter kunnen aanpakken?”).

APPENDIX B

Lijst van de thema's en onderwerpen gebruikt in het interview

Thema	Topic
Motivatie voor deelname aan de REDUQ-studie	<i>Redenen/motivatie om deel te nemen</i>
Ideeën en verwachtingen ten aanzien van het rookreductieprogramma	<i>Ideeën en verwachtingen ten aanzien van het reductieprogramma</i>
	<i>Ideeën en verwachtingen ten aanzien de counselor/trainer</i>
	<i>Ideeën en verwachtingen ten aanzien van de gebruikte methode om te minderen</i>
	<i>Doel van respondent (verandering rookgedrag (minderen en/of stoppen), verbetering gezondheid)</i>
Ervaringen met minderen met roken	<i>Pogingen om te minderen (aantal, methode(n))</i>
	<i>Reden(en) om geen poging te doen om te minderen</i>
	<i>Ervaringen met stapsgewijs minderen (roken op vaste tijden en periode tussen elke 2 sigaretten steeds groter maken)</i>
	<i>Ervaringen met andere methoden om te minderen</i>
	<i>Ervaringen met het gebruik van nicotinevervangers tijdens het minderen met roken</i>
	<i>Belemmerende en bevorderende factoren bij het minderen (privésituatie; gezondheid, omgeving, familie, vrienden)</i>
Ervaringen met stoppen met roken	<i>Pogingen om te stoppen (aantal, methode, duur, manier)</i>
	<i>Reden(en) om wel/geen stoppoging(en) te doen</i>
	<i>Ervaringen met het gebruik van medicatie bij het stoppen met roken (nicotinevervangers,</i>

receptgeneesmiddelen)

Reden(en) om wel/niet in te stromen in stoppen-met-rokenprogramma van de SRP

Ervaringen met begeleide stoppoging op de SRP

Reden(en) om wel/geen andere (anders dan SRP) begeleide stoppoging(en) te doen

Ervaringen met andere begeleide stoppoging (en)

Reden(en) om wel/geen (andere) hulpmiddelen te gebruiken tijdens stoppoging

Ervaringen met andere hulpmiddelen (naast medicatie en SMR-begeleiding)

Bevorderende en belemmerende factoren bij het stoppen met roken / rookvrij blijven

Ervaringen met het
rookreductieprogramma

Ervaringen met groepsbijeenkomsten (IG)/eenmalige voorlichtingsbijeenkomst(CG)

Ervaringen met counselor/trainer

Moeilijkheidsgraad werkboek/zelfhulphandleiding

Therapietrouw: huiswerk

groepsbijeenkomsten/stappenplan zelfhulphandleiding

Hoeveelheid informatie in werkboek/zelfhulphandleiding

Hoeveelheid opdrachten en oefeningen werkboek / informatie en stappenplan zelfhulphandleiding

Invloed opdrachten en oefeningen werkboek / stappenplan zelfhulphandleiding op verandering rookgedrag

Invloed groepsbijeenkomsten / eenmalige voorlichtingsbijeenkomst op verandering rookgedrag

Invloed counselor/trainer op verandering rookgedrag

Invloed groepsleden op verandering rookgedrag (alleen IG)

Toekomstverwachtingen
en –plannen met ten
aanzien van uw
rookgedrag

Verwachtingen t.a.v. toekomstig rookgedrag

*Plannen met betrekking tot behoud of verandering
rookgedrag*

Wijze waarop plannen gerealiseerd gaan worden

*Termijn waarbinnen de plannen gerealiseerd gaan
worden*

*Bevorderende/belemmerende factoren voor
behoud/verandering rookgedrag*

APPENDIX C

In deze lijst met codes en toelichting is te vinden wat een citaat inhoud volgens de codeur om de code toegeschreven te krijgen. De meervoudsvorm geeft in deze niet aan dat er meerdere deelnemers waren die een citaat hadden onder deze code, maar geeft alleen de mogelijkheid daartoe aan. In het resultaatendeel van de bachelorthese kan kunnen voorbeeldcitaten en het aantal deelnemers binnen een code worden gevonden.

	Subthema	Toelichtingen
<u>Intrinsieke motivatie</u>		
Gezondheid	<i>Algehele gezondheid</i>	Deelnemers noemen gezondheid in het algemeen als motivatie om deel te nemen
	<i>COPD patiënt zijn</i>	Deelnemers noemen het feit dat ze COPD hebben als motivatie om deel te nemen
	<i>Gezondheidsklachten</i>	Deelnemers noemen specifieke klachten als motivatie om deel te nemen
Verandering in rookgedrag		Deelnemers willen hun rookgedrag veranderen en dit is de hun motivatie om deel te nemen
<u>Extrinsieke motivatie</u>		
Op advies van medisch personeel		Deelnemers zijn door medisch personeel gemotiveerd om deel te nemen
Financieel		Deelnemers zijn om financiële redenen gemotiveerd om deel te nemen
Ter ondersteuning partner		Deelnemers willen hun partner ondersteunen in het proces om rookgedrag aan te passen en nemen daarom deel.

	Subthema	Toelichting
Verwachtingen t.a.v. het rookreductieprogramma	Weinig tot geen verwachtingen	Deelnemers hebben geen specifieke verwachtingen t.a.v. het programma
	Weinig tot geen verwachtingen	Deelnemers hebben geen specifieke verwachtingen t.a.v. de functie van de trainer
	Neutraal	Deelnemers hebben verwachtingen t.a.v. hun succes, maar zijn daarin niet specifiek
Verwachting t.a.v. succes	Hoopvol	Deelnemers verwachten een positief resultaat te behalen door middel van het programma
	Niet hoopvol	Deelnemers verwachten geen positief resultaat te behalen door middel van het programma

	Subthema's	Toelichting
Ervaringen met SMR Positief	Algemeen	
	Over tijd gemakkelijker	Deelnemers vinden, naar mate zij langer bezig zijn met de SMR-techniek, het makkelijker vol te houden.
	Positieve (fysieke) resultaten	Deelnemers ervaren positieve fysieke resultaten door hun gedragsverandering.
Ervaringen met SMR Negatief	Planning goed vol te houden	Deelnemers vinden de planning van de SMR-techniek goed vol te houden.
	Algemeen	
	Methode moeilijk vol te houden	Deelnemers vinden de planning van de SMR-techniek moeilijk vol te houden.

Alternatieve technieken	Planning moeilijk in te passen in dagelijks leven	Deelnemers vinden de planning van de SMR-techniek moeilijk in te passen in hun dagelijksleven naast hun andere activiteiten.
	Constant/vaak mee bezig	Deelnemers ervaren het als vervelend dat zij constant met de techniek bezig moeten zijn.
	Aanpassing frequentie	Deelnemers hebben gekozen voor een andere techniek namelijk: het aanpassen van de frequentie van het aantal sigaretten
	Locatie afhankelijk	Deelnemers hebben gekozen voor een andere techniek namelijk: het roken op bepaalde plekken wel of juist niet
	Moment afhankelijk	Deelnemers hebben gekozen voor een andere techniek namelijk: het roken op bepaalde momenten wel of juist niet
	Subthema's	<i>Toelichting</i>
Belemmerende factoren om te minderen	Sociale omgeving	Deelnemers ervaren belemmeringen in het minderen met roken door mensen in hun omgeving.
	Stress/tegenslagen	Deelnemers ervaren belemmeringen in het minderen met roken door stress en tegenslagen in hun leven
	Gewoonte	Deelnemers ervaren belemmeringen om te minderen met roken door hun gewoonte om te roken.
	Vertrouwen in eigen kunnen	Deelnemers vinden het moeilijk om te minderen, omdat zij weinig vertrouwen hebben in zichzelf in het kunnen behalen van hun doel.
Bevorderende factoren om te minderen	Sociale omgeving	Deelnemers ervaren steun, ondersteuning en hulp van hun sociale omgeving in het minderen met roken.
	Omgevingsfactoren	Deelnemers ervaren een belemmering in het stoppen met roken door gebeurtenissen in hun omgeving buiten hun sociale omgeving.

	Subthema's	<i>Toelichting</i>
Opzet van het programma	Positief	Deelnemers zijn positief over de opzet van het programma
Groepsbijeenkomsten	Algemeen	
	Goede inhoud/opzet	Deelnemers zijn positief over de opzet en de inhoud van de groepsbijeenkomsten
	Steun van groepsgenoten	Deelnemers ervaren steun van groepsgenoten
	Weinig bijeenkomsten/veel tijd tussen bijeenkomsten	Deelnemers vinden dat er te weinig groepsbijeenkomsten plaats vinden en dat er te weinig tijd tussen bijeenkomsten is.
	Onwenselijke groepssamenstelling	Deelnemers vinden de groepssamenstelling onwenselijk.
	Groepsbijeenkomst te laat op de dag	Deelnemers vinden het moment van de groepsbijeenkomst te laat.
Nicotine vervangende middelen	Geen effect	Deelnemers ervaren geen effect van de nicotine vervangende middelen.
	Past niet bij persoonlijk doel	Deelnemers vinden het gebruik van nicotine vervangende middelen niet passen bij hun persoonlijke doelen.
	Niet prettig/lastig in gebruik	Deelnemers vinden het gebruik van nicotinevervangende middelen niet prettig en/of lastig in gebruik.
	Niet mogelijk vanwege hartklachten	Deelnemers mogen geen nicotinevervangende middelen gebruik ivm hartklachten.
Werkboek/huiswerkopdrachten	Algemeen	

	Geen gebruik van gemaakt	Deelnemers hebben geen gebruik gemaakt van het werkboek of hebben hier een enkele keer doorheen gebladerd zonder er actief iets mee te doen.
	Sluit niet aan bij persoon	Het werkboek sluit niet aan bij de deelnemers.
	Onnodig/biedt geen hulp	Deelnemers vinden het werkboek onnodig en ervaren geen hulp/ondersteuning door het werkboek
	Teveel nadruk op stoppen	Deelnemers vinden dat er teveel nadruk wordt gelegd op stoppen met roken in het werkboek
	Onduidelijk/lastig	Deelnemers vinden (delen van) het werkboek onduidelijk of lastig te begrijpen.
	Inhoud was begrijpelijk	Deelnemers vinden (delen van) het werkboek begrijpelijk
	Teveel werk/herhaling	Deelnemers vinden het werkboek teveel werk.
Invullen formulieren/vragenlijst	Teveel werk/herhaling	Deelnemers vinden het invullen van de formulieren m.b.t. hun rookgedrag veel werk en teveel herhalend
	Terugkoppeling gemist	Deelnemers missen de terugkoppeling van de formulieren in de groepsbijeenkomsten
Telefonisch contact	Neutraal	Deelnemers hebben geen specifieke mening over het telefonische contact
	Geen meerwaarde	Deelnemers zien geen meerwaarden van het

	Positief/Werkt als herinnering	telefonisch contact. Deelnemers ervaren het telefonisch contact positief en zien het als een herinnering van hun deelname aan het programma.
Invloed van programma op rookgedrag	Positief	Deelnemers ervaren een positieve invloed van het programma op hun rookgedrag
	Geen invloed	Deelnemers ervaren geen invloed van het programma op hun rookgedrag.
Controlegroep	Subthema's	Toelichting
Voorlichtingsbijeenkomst	Algemeen	
	Inhoudelijk interessant	Deelnemers vinden de voorlichtingsbijeenkomst inhoudelijk interessant
	Niet overtuigend	Deelnemers zijn niet overtuigd/geënthousiasmeerd geraakt door de bijeenkomst.
	Niet van op de hoogte	Deelnemers zijn niet op de hoogte geweest van de bijeenkomst.
	Inhoud snel vergeten	Deelnemers waren de inhoud van de bijeenkomst snel weer vergeten na afloop.
Zelfhulphandleiding	Geen gebruik van gemaakt	Deelnemers hebben geen gebruik gemaakt van de zelfhulphandleiding
Suggesties voor verbetering	<i>Aanpassing nicotinevervangende middelen</i>	Deelnemers vinden dat er aanpassingen/vervanging

	nodig zijn op het gebied van nicotinevervangende middelen.
Frequentie groepsbijeenkomsten	Deelnemers vinden dat er een hogere frequentie van groepsbijeenkomsten moeten zijn
Groepssamenstelling	Deelnemers vinden dat de groepssamenstelling meer tegmoet moet komen aan de behoefte van deelnemers.
Groepsbijeenkomst inhoud	Deelnemers vinden dat de inhoud die moet worden besproken tijdens groepsbijeenkomsten moet worden aangepast en dat meer aandacht moet komen voor het werkboek en de formulieren
Meer verwachtingsmanagement t.a.v methode	Deelnemers zouden graag beter zijn voorbereid op wat de methode inhoud om zo te weten of het bij hen past.
Planning moment bijeenkomst	Deelnemers vinden dat het moment/tijdstip van de groepsbijeenkomsten moet worden heroverwogen.
