

2017

Universiteit Twente

Hilde Jansen

S1233718

Eerste begeleider: Dr. M. Pieterse

Tweede begeleider: Dr. S. Drossaert

[Onderzoeksrapport naar de gebruikerservaringen
van een nieuwe poliklinische blended stoppen met
roken behandeling.]

Samenvatting

Inleiding: Roken brengt veel gezondheidsproblemen met zich mee, het stoppen met roken kan deze gezondheidsproblemen significant laten afnemen of zelfs compleet laten verdwijnen.

Verschillende onderzoeken wijzen uit dat zowel face-to-face behandelingen als online behandelingen effectief blijken te zijn om te stoppen met roken. In zogenaamde blended-care interventies worden face-to-face sessies afgewisseld met online sessies. In dit onderzoek worden de gebruikerservaringen van een blended-care behandeling voor stoppen met roken onderzocht met als doel de interventie te kunnen verbeteren. Om deze gebruikerservaringen goed in kaart te brengen zijn de volgende vragen beantwoord: 1) Wat zijn de algemene ervaringen met de verschillende onderdelen van het programma? 2) Wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende onderdelen van het programma? 3) Wat zijn eventuele verbeterpunten aan het programma?

Methode: In deze studie is gebruik gemaakt van een cross-sectioneel onderzoeksdesign onder twee stake-holder groepen. Er is een semigestructureerd interview afgenomen bij zes patiënten en één counselor. Bij deze interviews waren twee onderzoekers aanwezig. De interviews vonden plaats in het MST waar ook de poli afspraken plaats vonden. De interviews zijn vervolgens getranscribeerd, deze zijn gecontroleerd door meerdere onderzoekers. Hierna is deductief geanalyseerd met Atlas.ti door één onderzoeker.

Resultaten: Er zijn in totaal 145 uitspraken gedaan over algemene ervaringen met het programma. Hiervan waren er 66 over de ervaringen met het online gedeelte, 33 over de combinatie en 46 over het face-to-face gedeelte. Wat opvalt is dat er voornamelijk bij het online gedeelte veel negatieve uitspraken waren, namelijk 49. De gebruikers vonden dit deel van de behandeling te weinig persoonlijk, te weinig interessant, te vrijblijvend en weinig flexibel. Over het face-to-face gedeelte werden juist meer positieve uitspraken gedaan, namelijk 31. Dit deel werd als zeer persoonlijk ervaren ook vond men dit deel het meest motiverend. Deze verdeling zien we ook terug in de uitspraken over de voor- en nadelen. De counselor vond het online gedeelte ook te weinig persoonlijk en weinig flexibel, tevens had deze het idee vaker misleid te worden en drukker te zijn met de combi behandeling. Om de interventie te verbeteren zou er een mogelijkheid moeten komen de interventie op smartphone en tablet te kunnen volgen. Ook begeleidende filmpjes in plaats van lange teksten worden aangedragen evenals een app voor lotgenoten binnen de interventie.

Conclusie: Dit blended-care programma wordt kritisch beoordeeld met enerzijds een

positief oordeel over het face-to-face gedeelte maar anderzijds een voornamelijk negatief oordeel over het online gedeelte en de wisselwerking tussen online en face-to-face.

Verbeteringen zouden zich kunnen richten op het meer persoonlijk maken van de interventie, meer flexibiliteit en minder vrijblijvendheid van het online gedeelte. De ervaringen van de verschillende gebruikersgroepen komen veelal overeen, waar het verschil vooral ligt bij de counselor die ervaart minder goed een band op te kunnen bouwen met de patiënten waardoor ook minder bereikt kan worden.

Abstract

Background: Smoking causes a lot of health problems, smoking cessation can significantly reduce these problems. Several studies have shown that both, face-to-face and online treatments prove to be effective. In so called blended-care interventions face-to-face sessions will be alternated with online sessions. The primary objective of this study is to explore the user experience of a blended-care treatment with the aim to improve the intervention. In order to do this the following questions have been answered: 1) What are the general experiences with the various components of the program? 2) What are the advantages and disadvantages of the various components of the program? 3) What are possible improvements to the program?

Method: This study used a cross-sectional design under two stake-holder groups. A semi-structured interview is conducted in six patients and one counselor. The interviews were conducted by two researchers. The interviews were held in the MST, where also the polyclinic appointments took place. The interviews were subsequently transcribed and controlled by multiple researchers. After this they were analyzed deductively using Atlas.ti by one researcher.

Results: There have been a total of 145 statements about general experiences with the program. Of these, 66 were on the experience with the online part of the treatment, 33 on the combination and 46 on the face-to-face part. What stands out here is that the negative statements were mostly about the online part, namely 49. The respondents experienced this part as too little personal, too uninteresting, non-committal and not enough flexible. The face-to-face section of the treatment gives the patients a lot of positive experiences, namely 31. The face-to-face part gives the opposite image and is perceived very personal and gives the patients a lot of motivation. This distribution is also reflected in the statements about the advantages and disadvantages. The counselor experienced the online part as too little personal and inflexible but had the idea of being deceived more often and spending more time on this combination treatment. In order to improve the intervention there should be a possibility to pursue the intervention on a smartphone or tablet. Also accompanying videos instead of long text be brought up, as well as an app for peers within the intervention

Conclusion: This blended-care program is critically assessed with both a positive assessment of the face-to-face part but then a mostly negative opinion of the online part and the interaction between the online and face-to-face part. Improvements could focus on making

the intervention more personal, more flexible and less freedom in participation of the online part. The different user groups experiences do generally correspond where the difference lies mainly in the counselor experiencing less to build a relationship with the patient and may be less achieved

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	4
1. Inleiding	7
1.1 Stoppen met roken.....	7
1.2 E-health	8
1.3 Blended care.....	9
1.4 Drop out.....	10
1.5 Gebruikerservaring.....	11
1.6 Huidige interventie	12
1.6.1 Onderzoeksvraag.....	12
2. Methode.....	13
2.1 Onderzoeksdesign	13
2.2 Respondenten	13
2.3 Instrument.....	15
2.4 Procedure.....	16
2.5 Analyse.....	17
3. Resultaten	18
3.1 algemene ervaringen	18
3.2 Voor- en nadelen	24
3.3 Evaluatie en verbeterpunten	28
4. Conclusie	30
4.1 Discussie.....	30
5. Referenties.....	35
6. Bijlagen	39

1. Inleiding

In Nederland blijft roken nog altijd een veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Zo werd in 2010 2,8 miljard euro besteed aan zorg ten gevolge van roken (Panhuis-Plasman, Luijben, & Hoogenveen, 2012). Ook blijkt dat roken de veroorzaker is van 91% van de gevallen van longkanker en 85% van de gevallen van COPD, deze mensen sterven vaker op vroegtijdige leeftijd. Voor mannen geldt dat ze gemiddeld 2,1 jaar eerder sterven dan niet rokers, voor vrouwen is dit 1,3 jaar (Panhuis-Plasman et al., 2012).

Hoewel tussen de jaren 1958 en 1991 het aantal rokers flink is gedaald van 60% naar ongeveer 35% (Pieterse et al., 2001), is deze daling nu vertraagd en rookt nog ongeveer een kwart van de Nederlanders van boven de 12 jaar (RIVM, 2012). Ondanks deze daling laten cijfers zien dat er in 2012 ongeveer 20.000 mensen zijn overleden aan de directe gevolgen van roken (RIVM, 2012). Terwijl het aantal rokers blijft dalen valt op dat slecht 10% van de mensen die aangeeft een stoppoging te hebben gedaan hier ook daadwerkelijk in slaagt terwijl 34% van de rokers een serieuze stoppoging heeft ondernomen (Ter Weijde & Croes, 2015). Dit geeft de hardnekkigheid van deze verslaving goed weer.

1.1 Stoppen met roken

Al in de jaren 80 zijn er in een aantal onderzoeken bewijzen gevonden die suggereren dat advies van een arts om te stoppen met roken al effect kan hebben op patiënten (Stead et al., 2013). Om daadwerkelijk te stoppen met roken zijn er een aantal wetenschappelijk bewezen hulpmiddelen. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan nicotine vervangers, counseling door huisarts of longarts en E-health.

1.1.1 Counseling

Counseling kan op verschillende manier plaatsvinden, zo bestaat er telefonische counseling, één-op-één counseling, groeps counseling en online counseling. Counseling wordt over het algemeen uitgevoerd door de huisarts of longarts. Uit onderzoek naar de effecten van verschillende counseling methoden blijkt dat individuele counseling de kans op stoppen met roken vergroot in vergelijking met minder ondersteuning tijdens het stoppen met roken (Lancaster & Stead, 2008). Wanneer er een nog intensievere begeleiding plaats vindt in een groepstherapie lijkt de kans van slagen nog groter (Lancaster & Stead, 2008). Echter blijkt er een drempel te zijn om hulp te vragen in de vorm van counseling. Dit blijkt uit het feit dat vijf

procent van de mensen die hulpmiddelen gebruiken om te stoppen met roken ook counseling aanvragen bij hun huisarts, longarts of andere hulpinstelling (Verdurmen, Monshouwer, & van Laar, 2015). Om deze drempel te verlagen zou het gebruik van internet ingezet kunnen worden. Hierbij valt te denken aan online hulpaanvragen, informatie verstrekken en online counseling.

1.2 E-health

In Nederland heeft 94,4% van de bevolking beschikking over internet (CBS, Statline). Ook op het gebied van gezondheid wordt veel gebruik gemaakt van internet. Steeds vaker worden klachten op het internet opgezocht alvorens de huisarts te raadplegen. In 2015 heeft volgens het CBS 56,7% van alle internetgebruikers boven de 12 jaar in Nederland ooit eens gezondheidsinformatie opgezocht op het internet. In 2016 was dit aantal 57,9% van alle internetgebruikers (CBS, Statline). Door het grote bereik van internet kunnen er meer doelgroepen worden bereikt via interventie en internetbehandeling. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat het internet vooral gebruikt wordt voor zelfhulp- en online behandelprogramma's. Het zou hierbij vooral gaan om de mensen die niet met een klassieke interventie en behandeling bereikt kunnen worden (Trimbos-instituut & Nederlandse Huisartsen Genootschap, 2016). Echter wordt het internet tegenwoordig ook veel gebruikt als communicatiemiddel om het bereik van interventies te vergroten en om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Tevens wordt het internet ook steeds meer gebruikt voor daadwerkelijke behandeling. Deze manier van internetgebruik wordt E-health genoemd (Eysenbach, 2001), er vindt de laatste jaren in Nederland een aanzienlijke stijging plaats in het gebruik hiervan (Brabers et al., 2015).

Op het gebied van E-health interventies in het algemeen zijn een aantal veelbelovende onderzoeken gedaan. Zo laat onderzoek van Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter, & McGhee (2004) een positief significant verschil zien tussen web-based interventies en non web-based interventies. Onderzoek van De Vries, Kremers, Smeets, Brug, en Eijmael (2008) naar op maat gemaakte feedback en actieplannen laat zien dat leerzame SMS berichten cliënten helpt bij het beïnvloeden van het gedrag op korte termijn. Een ander onderzoek naar E-health in vergelijking met fysieke geprinte informatie laat zien dat na één jaar de E-health interventie significant betere effecten heeft dan de fysiek geprinte versie van de interventie (Brendryen & Kraft, 2008).

Het gebruik van E-health zorgt er tevens voor dat er een snellere communicatie kan

plaats vinden tussen patiënt en hulpverlener (Kreps & Neuhauser, 2010). Daarnaast kan E-health de zorgkosten drukken door het relatief goedkope gebruik van het internet, ook het feit dat er meer zorg kan worden aangeboden in een korter tijdsbestek werkt hierin mee (Eysenbach, 2001). De stijging in het gebruik van E-health geeft mogelijkheden tot nieuwe behandelmethoden zoals blended-care.

1.3 Blended care

Hierboven zijn enkele mogelijkheden van E-health beschreven, blended-care is er hier één van. Bij een blended-care behandeling wordt online counseling gecombineerd met face-to-face counseling (Wentzel, Vaart, Bohlmeijer, & Gemert-pijnen, 2016). Een integratie van deze twee methode zou ervoor moeten zorgen dat de behandeling het beste van beide heeft , zo zouden de sterke kanten van de ene methode de zwakke kanten van de andere methode opvangen (Siemer et al., 2016). Zo zou de zwakke kanten van een face-to-face behandeling: 1) pushen door therapeut; 2) niet nakomen van afspraken door patiënten en 3) reiskosten, kunnen worden tegengegaan door een deel van de behandeling te vervangen door online behandeling. Het pushen door de therapeut kan verminderd worden door een aantal online behandelingen in het programma op te nemen. Wanneer een patiënt een poli afspraak niet nakomt kan de counselor deze tijd gebruiken om online behandelingen te doen. Deze zijn flexibeler en kunnen op ieder gewenst moment en tijdstip gedaan worden (Siemer et al., 2016; Haun et al., 2014; Wilhelmsen et al., 2013). De zwakke punten van een online behandeling zijn volgens Siemer et al. (2016) 1) slechte betrokkenheid van de patiënt door geringe hoeveelheid aan persoonlijk contact; 2) het op maat aanbieden van interventies. Blended-care maakt asynchrone communicatie tussen twee behandelmomenten mogelijk (Richards & Simpson, 2015), hierdoor kan de patiënt sneller in contact komen met de counselor en is het voor de counselor mogelijk sneller in te spelen op hulpvragen van de patiënt. Dit zou kunnen leiden tot een betere betrokkenheid van de patiënt aangezien het persoonlijk contact wordt behouden in de face-to-face sessies. Tevens hoeft de patiënt minder lang te wachten op feedback van de counselor. Door het behoud van het persoonlijke contact heeft de counselor de mogelijkheid de face-to-face sessies aan te passen naar de behoefte van de patiënt, tevens bieden de online sessies de mogelijkheid om stappen in de behandeling te wisselen. Hierdoor is het programma beter op maat te maken naar de patiënt (Postel et al., 2013). Dit zal mogelijk een positief effect hebben op de effectiviteit van de behandeling (Kooistra et al., 2014; Postel et al., 2013).

Kooistra et al., (2014) noemt nog een aantal mogelijke voordelen van blended-care. Zo kunnen de online sessies meer structuur bieden aan de patiënt. Op deze manier kunnen patiënten online zien wat ze moeten doen en kunnen ze zelf plannen wanneer ze de online sessies afronden. Ook kan de patiënt op deze manier beter gemonitord worden. De counselor kan namelijk tussentijds online zien wat de patiënt heeft gedaan aan de therapie. Tevens kunnen de online sessies dienen als oefening op hetgeen besproken tijdens de face-to-face sessies. Volgens Postel, Witting, & van Gemert-Pijnen, (2013) worden de behandelingen beter toegankelijk. Dit doordat de deelnemer weinig praktische aanpassingen hoeft te doen in de dagelijkse routine. Bovendien zou blended care kosten besparend zijn doordat de online-sessies minder tijd vragen. Hierdoor heeft de counselor meer tijd en zou deze meer patiënten aan kunnen nemen, dit zou vervolgens de zorg kosten drukken (Kooistra et al., 2014).

Er zijn echter ook een aantal nadelen aan blended-care treatments. Hierbij is te denken aan risico management en vertrouwelijk omgaan met data (Richards & Simpson, 2015). Data van de patiënten staat online, hierdoor loopt het meer risico om verspreid te worden. Denk hierbij aan hacken van gegevens etc. Dit zou een reden kunnen zijn voor patiënten om niet deel te nemen aan een blended care therapie. Tevens is er bij alle partijen een werkende computer nodig met werkende internetverbinding, dit vraagt om een financiële investering. Ook zal er geleerd moeten worden met de software te werken, hier zal een tijdsinvestering van alle partijen gewenst zijn. Het zou kunnen blijken dat deze investeringen uiteindelijk duurder zijn dan de gerechtvaardigde besparingen van blended care (Kooistra et al., 2014).

1.4 Drop out

In een onderzoek naar de drop-out cijfers bij stoppen met roken blijkt dat slechts 10% van de mensen die een stoppoging doet het ook daadwerkelijk volhoudt (Ter Weijde & Croes, 2015). Dit betekent dus dat 90% van de patiënten binnen een jaar weer begint met roken.

Wereldwijd liggen deze cijfer ongeveer gelijk, hierdoor is er veel aandacht voor de drop-out bij stoppen met roken. Onderzoek van Caponnetto en Polosa (2008) naar voorspellers van drop-outs laat zien dat mannen het stoppen beter volhouden dan vrouwen. Vrouwen zouden zich meer zorgen maken over het aankomen in gewicht na het stoppen met roken en zouden over het algemeen minder gemotiveerd zijn. Nicotine afhankelijkheid blijkt ook een grote rol te spelen. Mensen die langer verslaafd zijn kunnen moeilijker stoppen met roken. Ook sociale ondersteuning speelt een belangrijke rol. Wanneer de patiënt positieve sociale ondersteuning krijgt van de omgeving is de kans op een drop-out vele malen kleiner dan wanneer er geen

ondersteuning is (Caponnetto & Polosa, 2008).

Uit onderzoek blijkt dat de drop out cijfers van online behandelingen binnen de gezondheidszorg behoorlijk hoog liggen. In online behandelingen waarbij helemaal geen contact is met een hulpverlener, de zogenaamde zelfhulp programma's ligt de drop out op ongeveer 35% (Melville, Casey, & Kavanagh, 2010). Echter moet gezegd worden dat het hier gaat om drop-out cijfers voor een behandeling van verschillende psychologische aandoeningen. (Melville et al., 2010).

Onderzoek van Van Ballegooijen et al. (2014) naar drop-out bij een blended-care treatment voor depressie toont een significant verschil in drop out cijfers bij face-to-face behandeling in vergelijking met online behandeling. Dit onderzoek toont aan dat bij face-to-face behandelingen ruim 84% van de patiënten de behandeling volledig afrond en dat 85% in ieder geval 80% van de behandeling voltooid. Anders dan bij de online behandeling waar slechts 65% de behandeling volledig afrond en ruim 67% van de patiënten komt tot 80% van de behandeling (Van Ballegooijen et al., 2014).

1.5 Gebruikerservaring

Een belangrijk onderdeel van een goede web-based interventie, en in dit geval ook het online gedeelte van een blended-care programma, blijkt de ervaring in gebruik en het gebruiksgemak van de interventie. Hieronder valt onder anderen de *makkelijkheid* in gebruik van het programma. Het programma dient voor iedereen te gebruiken te zijn, ook wanneer er weinig ervaring met internet is. Tevens dient het programma *snel te werken* en *duidelijk* te zijn. Wanneer blijkt dat dit niet het geval is zal de gebruikerservaring vrijwel zeker negatief uitvallen. Ook de motivatie om deel te nemen aan het web-based gedeelte van de interventie zal afnemen (Castañeda, Muñoz-Leiva, & Luque, 2007). Dit kan tot gevolg hebben dat mensen de deelname aan de blended-care behandeling gedeeltelijk (web-based gedeelte) of zelfs helemaal zullen staken.

Uit onderzoek blijkt dat er een aantal factoren invloed hebben op de gebruikerservaring (Roto, Law, Vermeeren, & Hoonhout, 2011). Hierbij gaat het om context, waaronder *sociale context*. Hierbij valt te denken aan de sociale omgeving van de patiënt waarin deze zich dagelijks bevindt en de invloed van deze omgeving op het gedrag van de patiënt. *Fysieke context*, hierbij valt te denken aan de fysieke gesteldheid van de patiënt, deze zou invloed kunnen hebben op de therapie bijvoorbeeld wanneer de patiënt tijdens de therapie

ziek wordt en hierdoor de therapie niet volledig kan volgen. *Taak context*, hieronder vallen alle taken die te maken hebben met de interventie. En *technische- en informatieve context*, hieronder valt alle techniek die te maken heeft met de interventie, zoals van welke pc/laptop gebruik is gemaakt tijdens de interventie. Maar ook de informatieverstrekking is een belangrijke factor (Roto et al., 2011). Ook de gebruiker zelf heeft invloed, hierbij is *motivatie* belangrijk maar ook *humeur, mentale en fysieke middelen* en *verwachtingen* (Roto et al., 2011).

1.6 Huidige interventie

In dit onderzoek zal de blended-care interventie op het gebied van stoppen met roken van Siemer et al (2016) worden onderzocht op algemene gebruikerservaringen. Deze interventie is een combinatie van twee al bestaande interventies, namelijk de online interventie "Roken de baas" van het Tactus, en het stoppen met roken programma van de rookstoppoli van het MST in Enschede. De nieuwe "Rookvrij leven" interventie bestaat uit tien sessies, hiervan zijn er vijf face-to-face en vijf online.

1.6.1 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is duidelijk te krijgen wat de gebruikerservaringen zijn van deze nieuwe blended interventie voor stoppen met roken. Er zal gekeken worden naar de gebruikerservaringen van zowel counselor als patiënt om zo de interventie in de toekomst te kunnen verbeteren. Ook zullen deze gegevens tegen elkaar afgezet gaan worden om zo te zien waar de gebruikerservaringen van de patiënten en counselors overeenkomen en waar deze aanzienlijk verschillen. Dit wordt gedaan om het programma uiteindelijk op een dergelijke manier te kunnen verbeteren waardoor het voor zowel de patiënten als de counselors meer werkbaar wordt. Dit zal gedaan worden aan de hand van algemene ervaringen, genoemde voor- en nadelen van het programma en aangedragen verbeterpunten door de respondenten. Onder algemene ervaringen zullen ook een aantal eerder genoemde ervaringen met context bevraagd worden. Ook zal gevraagd worden naar voor- en nadelen van dit programma om vervolgens te kijken of deze overeenkomen met eerder genoemde voor- en nadelen van blended-care interventies.

2. Methode

2.1 Onderzoeksdesign

In deze studie werd gebruik gemaakt van een cross-sectioneel onderzoeksdesign onder twee stake-holder groepen. Tevens gaat het hier om een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep. De respondenten zijn willekeurig ingedeeld in één van de twee onderzoeksgroepen. Het gaat hier om een groep die de "oude" behandeling kreeg. Dit houdt in dat deze patiënten alleen face-to-face counseling kregen. En een groep die de "nieuwe" blended behandeling kreeg.

In dit onderzoek hebben 6 patiënten en een counselor een interview ondergaan. Dit waren face-to-face interviews die semigestructureerd waren. Er is gekozen voor een semigestructureerd interviewdesign. Hierin worden de gebruikers individueel bevraagd op hun perspectief op de gebruikerservaringen. Met dit design kan er meer gedetailleerde informatie verkregen worden dan met een gestructureerd design (Roto et al., 2011.).

De interviews zullen worden uitgevoerd vanuit een constructivistische benadering. Hierbij krijgen de counselors en patiënten de gelegenheid om te reflecteren, corrigeren of hun mening op te bouwen op al bestaande statements die door de onderzoekers worden aangedragen. De vragen die worden aangedragen zijn onder te verdelen in 3 hoofdcategorieën; 1) Context, 2) Gebruiker en 3) Systeem. Volgens onderzoek van Roto et al (2011) hebben deze categorieën de grootste invloed op de gebruikerservaring. Door het toepassen van de constructivistische benadering streeft de onderzoeker ernaar de gebruikerservaring in deze blended behandeling op een microniveau te begrijpen. Dit wil zeggen dat de onderzoeker de gebruikerservaringen van iedere respondent apart wil begrijpen. Dit gebeurt volgens de principes die Morrow (2005) omschrijft .

2.2 Respondenten

De onderzoeksgroep bestaat uit zes patiënten die deel hebben genomen aan het BSCT programma en één counselor. De respondenten hebben een gemiddelde leeftijd van 63 jaar. Onder de patiënten zijn 2 vrouwen en 4 mannen. De counselor was een vrouwelijke counselor. De counselor is door het MST toegewezen om met deze nieuwe blended interventie te gaan werken. De counselor die heeft meegewerkt aan dit onderzoek is inmiddels uit dienst maar heeft jaren in het ziekenhuis gewerkt op verschillende afdelingen als verpleegkundige, de laatste jaren hiervan als stoppen met roken counselor.

De patiënten zijn bij aanmelding voor een stoppen met roken behandeling al random ingedeeld bij deze blinded behandeling of bij de normale treatment. De patiënten hadden hierin dus geen keus of zij voor een blinded behandeling wilden gaan of de reguliere face-to-face behandeling (Siemer et al., 2016). Er hebben 140 patiënten deelgenomen aan het BCST programma. Alle patiënten die hebben deelgenomen aan het BCST programma kregen via het MST een informatie brief mee over deze pilot studie, hiermee werden ze van te voren geïnformeerd over een mogelijke deelname aan een interview over de gebruikerservaringen van deze behandeling (Bijlage 1).

Van de 140 patiënten hebben ten tijde van dit onderzoek 45 patiënten het traject volledig doorlopen. Uit deze patiënten is de onderzoeksgroep geselecteerd. Bij het selecteren van patiënten is op verschillende factoren gelet om op deze manier een zo representatief mogelijke onderzoeksgroep te verkrijgen. Allereerst is er gekeken bij welke counselor de patiënten de behandeling hebben gevolgd. Er is getracht drie tot vier patiënten per counselor te interviewen.¹ Dit is gedaan om naast een analyse vanuit het perspectief van elke stakeholder apart ook een analyse te kunnen doen van overeenkomsten en verschillen tussen beide perspectieven door het combineren van beide perspectieven.

Er is bij de selectie van deze patiënten tevens gelet op de factoren: sekse, leeftijd, opleidingsniveau, internet skills, nicotine afhankelijkheid en het zogenaamde stop succes. Dit is gedaan om de onderzoeksgroep zo heterogeen mogelijk te maken waardoor er zoveel mogelijk uiteenlopende ervaringen kunnen worden verzameld. Tevens maakt het de resultaten makkelijker generaliseerbaar over een groter geheel. De variabele stop succes is meegenomen om op deze manier een duidelijk beeld te krijgen of de ervaringen van respondenten die daadwerkelijk gestopt zijn verschillen met de ervaringen van de respondenten waarbij het niet gelukt is om te stoppen.

De patiënten zijn telefonisch benaderd door één van de onderzoekers² om deel te nemen aan een vervolg interview over gebruikerservaring van het BCST programma. Dit interview was geheel op vrijwillige basis. Wanneer patiënten wel wilden meewerken maar niet konden in verband met reiskosten is hun een waardebon aangeboden om op deze manier de reiskosten te dekken.

¹ In het hele programma zijn er drie counselors die hebben gewerkt met deze nieuwe interventie. Echter in verband met de deadline is er maar één counselor meegenomen in dit huidige onderzoek.

² Bij het complete onderzoek zijn meerdere onderzoekers betrokken geweest. Er is in dit team gewerkt tot de analyse. Vanaf dit punt heeft iedere onderzoeker zijn eigen analyse gedaan.

2.3 Instrument

Bij de constructie van de interview vragen is gebruik gemaakt van de "SPSS methode" beschreven door Helfferich (2005). Het SPSS verwijst hierbij in het Duits naar de vier stappen van het ontwikkelingsproces: "Sammeln" (verzamelen van vragen tijdens een brainstorm sessie.); "Prüfen" (de vragen checken in relatie tot voorkennis en openheid.); "Sortieren" (sorteren van de vragen in volgorde); "Subsumieren" (classificeren van de vragen onder hoofdthema's).

Dit is allereerst gedaan door een brainstorm sessie . Hierin is gezamenlijk besproken welke aspecten van gebruikerservaringen concreet gemaakt moesten worden binnen de drie eerder genoemde concepten; context, systeem en gebruiker. Hieruit zijn een aantal hoofdaspecten gekomen. Dit zijn aspecten als: tevredenheid, toegankelijkheid, ervaringen, motivatie, skills, eigen beleving van effectiviteit etc. Vervolgens zijn voor deze aspecten vragen bedacht die meer inzicht zouden kunnen geven op de gebruikerservaring. Deze vragen zijn samen gebracht en geselecteerd door alle onderzoekers. Daaropvolgend is nagegaan of de vragen duidelijk waren en aansloten op de voorkennis van de patiënten. Ook is gekeken of de vragen op de juiste manier gesteld zijn om een goede interviewvraag te zijn, bijv.: "*Kunt u iets vertellen over uw tevredenheid van de behandeling?*". Aangezien de hoofdthema's in dit onderzoek al snel duidelijk waren zijn de vragen meteen geclassificeerd onder de hoofdthema's en is op deze manier de interviewgide tot stand gekomen. Er is een interviewgide ontwikkeld voor de interviews met de patiënten en een interviewgide voor het interview met de counselor, deze wijken op een aantal punten van elkaar af in de vraagstelling. De onderzochte facetten blijven hetzelfde.

Het interview zal ingaan op de gebruikerservaringen van het BCST programma. Respondenten worden gevraagd te beschrijven over hun gebruikers ervaringen. Om ervoor te zorgen dat de respondenten gaan vertellen zal er eerst een algemene vraag worden gesteld over de gebruikerservaringen met de blended treatment ("*Kunt u ons, om te beginnen, vertellen wat uw ervaringen zijn met de combi behandeling?*"). Aanvullende vragen zullen gebruikt worden om de situatie te verduidelijken of voor structurering van het interview rond de gebruikerservaring van de blended treatment. Om goed te kunnen vaststellen wat de ervaringen zijn en waar eventuele verbeteringen kunnen worden aangebracht in het programma is de keus gemaakt om naast de ervaringen met de combi behandeling (hiermee wordt vooral bedoeld op de wisselwerking tussen online en face-to-face therapie) ook te

vragen naar de face-to-face ervaringen (de sessies op de poli) en de ervaringen met het online gedeelte van de behandeling.

Tevens is er een codingslist opgesteld. Dit is gedaan door het proces van thematische analyse zoals beschreven door Braun & Clarck (2006). Dit proces bestaat uit zes stappen: (1) bekend raken met de data, (2) genereren van eerste codes, (3) zoeken naar thema's binnen de data, (4) herzien van thema's (hier wordt gekeken of de thema's werken voor de gehele dataset), (5) definiëren van thema's, (6) produceren van een verslag (Braun & Clarke, 2006). Aan de hand van deze methode zijn er uiteindelijk 43 codes opgesteld (Bijlage 2). Het coderen is gedaan met Atlas.ti 8.0.

2.4 Procedure

Nadat de selectie van de onderzoeksgroep heeft plaatsgevonden zoals hierboven beschreven, is begonnen met het afnemen van de interviews. Voordat het daadwerkelijke interview werd afgenomen werd is een informed consent (Bijlage 3) in tweevoud getekend door de patiënt. Één voor de patiënt zelf en één document voor de administratie van het MST. Dit onderzoek is door de METC (NTR registratie, trail ID: NTR5513, acronym: LiveSmokefree-Study) goedgekeurd en daardoor niet meer voorgelegd aan de ethische commissie van de Universiteit Twente.

Ieder interview werd gedaan door 2 onderzoekers. Één van deze onderzoekers was aanwezig bij alle interviews. De tweede onderzoeker werd gerouleerd ter ondersteuning van de eerste onderzoeker. Verder is er in dit onderzoek voor gezorgd dat er tenminste twee onderzoekers met de transcripties en coderingen bezig zijn geweest. Dit om een zo klein mogelijke kans op bias te hebben (Lucassen & olde Hartman, 2007).

De interviews vonden plaats in het MST waar ook de poli afspraken plaats hebben gevonden. Voorafgaand aan de interviews werden de respondenten geïnformeerd over de procedure van het interview en de geluidsopname die gemaakt werd. Tevens werd een informed consent gelezen en getekend in tweevoud. Één voor de participant en één voor de administratie van het MST.

Alle interviews zijn met toestemming van de participant opgenomen voor latere analyse. Tijdens dit interview werd gebruik gemaakt van een interviewgide ter ondersteuning van de interviewers (bijlage 4; bijlage 5).

De interviews werden binnen één week getranscribeerd, dit werd gedaan aan de hand van de regels van transcriberen van het artikel "beyond the qualitative interview" (Macqueen,

McLellan & Neidig, 2003). Vervolgens werden de transcriptie binnen 3 dagen gecontroleerd door twee mede-onderzoekers. Dit werd gedaan door de geluidsopname af te spelen en hierbij de hele transcriptie mee te lezen. Waarbij fouten gecorrigeerd werden in kleur zodat dit nogmaals nagekeken kon worden indien nodig. Nadat de transcripties volledig waren nagekeken en gecorrigeerd werden ze gecodeerd aan de hand van een coding lijst. Ieder interview is door drie onderzoekers gecodeerd. Van deze drie onderzoekers waren er twee constant, de derde onderzoeker rouleerde. Dit is met name zo gedaan omdat één van de onderzoekers een andere deadline had dan de overige onderzoekers.

2.5 Analyse

Zoals eerder beschreven zijn de interviews opgenomen (met toestemming van de participant). Vervolgens zijn deze getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd. Het coderen is op een deductieve manier gedaan. Tijdens het construeren van de vragenlijsten zijn categorieën samengesteld, deze categorieën zijn tevens bij het coderen van de interviews gebruikt. Er is in dit geval selectief is gecodeerd, hierbij zijn alleen de stukken gecodeerd die volgens de onderzoeker een boodschap hadden met betrekking tot de onderzoeksvraag. Om vervolgens dieper op de interviews in te gaan is de data verder geanalyseerd volgens de abductie methode beschreven door Dubois en Gadde (2002). Op deze manier is geprobeerd verbanden te leggen tussen uitspraken om zo een verklaring te vinden voor deze uitspraken . Het doel hiervan is het begrijpen en het interpreteren van de gebruikerservaringen met het BSCT programma.

3. Resultaten

3.1 algemene ervaringen

In onderstaande tabel zijn de ervaringen van de respondenten weergegeven. Op het eerste gezicht lijkt de blended behandeling negatiever uit te vallen dan gehoopt. Vooral het online gedeelte krijgt veel negatieve reacties in vergelijking met het face-to-face gedeelte. Bij een eerste analyse over de algemene ervaringen zien we dat er in totaal 145 uitspraken zijn gedaan over ervaringen. Wat hierbij vooral opvalt is het aantal negatieve uitspraken over het online gedeelte van de behandeling tegenover het aantal positieve uitspraken over dit gedeelte namelijk 49 vs. 17. Wanneer er gekeken wordt naar de uitspraken over de combinatie valt enerzijds op dat de counselor hier voornamelijk negatieve uitspraken over doet, namelijk 12 vs. 0, anderzijds doen de patiënten meer positieve uitspraken dan negatieve uitspraken over de combinatie behandeling 13 vs. 8. In contrast met eerder genoemde punten valt op dat de verhouding positieve - vs. negatieve uitspraken bij het face-to-face gedeelte geheel anders ligt, namelijk 31 vs. 15. Een laatste opvallend gegeven is het feit dat respondent 53 vooral veel goede en weinig slechte ervaringen heeft in tegenstelling tot de andere respondenten. Uit de gegevens blijkt ook dat deze respondent alle behandelstappen zowel online als face-to-face goed heeft doorlopen.

Tabel 1

Aantal genoemde ervaringen van de respondenten

Soort ervaring	Aantal genoemde ervaringen per respondent							Totals
	RA53	RA27	RA25	RA14	RA12	RA10	CO1	
ervaringen met combi - goed	6	0	2	4	0	1	0	13
ervaringen met combi - slecht	1	1	2	1	0	3	12	20
ervaringen face-to-face- goed	8	3	4	2	5	5	4	31
ervaringen face-to-face - slecht	0	5	2	0	7	1	0	15
ervaringen online - goed	9	2	2	1	2	1	0	17
ervaringen online - slecht	4	6	5	3	9	10	12	49
<i>Totals</i>	28	17	17	11	23	21	28	145

NOTE: In deze tabel worden het aantal gecodeerde uitspraken per respondent per soort ervaring weergegeven. Combi staat hierin voor de wisselwerking tussen face-to-face en online; Face-to-face staat voor de reguliere sessies; Online staat voor de online sessies. RA..= randomisatienummer van de patiënt, CO= counselor.

Analyse online

Een nadere analyse van het online gedeelte van het programma geeft een beeld dat de patiënten het voornamelijk *onpersoonlijk* en *oninteressant* vonden. Het sluit duidelijk niet voldoende aan bij de patiënten. Wel wordt het online gedeelte beschouwd als een *houvast om*

op terug te vallen wanneer de counselor niet beschikbaar is. Voor de counselor is het online gedeelte ook *weinig persoonlijk*. Ook wordt het vervelend gevonden dat niet alle patiënten het even serieus nemen en het online gedeelte van de behandeling niet tot nauwelijks volgen, hierdoor lijkt het erop dat de patiënten het online gedeelte als een *vrijblijvend* onderdeel ervaren. Tevens zijn de lange teksten erg lastig te lezen en te begrijpen.

NEGATIEVE ERVARINGEN

Een analyse van de negatieve ervaringen van patiënten met het online gedeelte geeft het beeld dat de respondenten het oninteressant en onpersoonlijk vonden. Zo vergelijkt respondent¹⁰ het met het invullen van belastingpapieren *"Het is net als belastingpapieren invullen, zo bekijk ik het."*. Ook respondent¹⁴ vond het online gedeelte niet interessant genoeg *"Ik heb t ook allemaal wel ingevuld maar, dat zeg ik voor mij was t nah, niet interessant genoeg."*. Respondent¹² zegt: *"Ik kan schrijven: 'ik voel me verdrietig'. Nou, jullie gaat lezen: 'hij is verdrietig'. Maar jij ziet me niet in mijn ogen als ik verdrietig bent."*. Ook de counselor vond het allemaal weinig persoonlijk *"Ja, ik vind het heel star."*, *"Weinig persoonlijk."*, *"Je moet het meer persoonlijk maken, begrijp je, dat is lastig"*. Verder wordt teveel herhaling als een negatief punt aangehaald. Respondent⁵³ zegt hierover: *"Ik had op het laatst, ..., dan had ik wel zoiets van, ja nu wordt het eigenlijk dat ik constant hetzelfde op moet schrijven."*. Ook respondent²⁷ geeft dit aan, *"Het is vervelend. Dan denk ik van ja je weet het ik heb het ingevuld en dan wordt er nog een keer hetzelfde gevraagd dus je vult hetzelfde in."*. Vervolgens geeft deze patiënt aan: *"Dan stopt het voor mij, want dan is het niet meer interessant en het is niet gemotiveerd."*³

POSITIEVE ERVARINGEN

De positieve ervaringen van patiënten met het online gedeelte geven aan dat patiënten dit gedeelte vooral gebruiken als een houvast om op terug te vallen. Respondent⁵³ zegt hierover: *"Dingen die ik op internet aangeboden kreeg, dat waren meer ehm, hulpmomenten, op tijden dat je het moeilijk had of dat je eh, denkt van nou hoe kan je het beste mee omgaan."*. Verdere positieve uitspraken gingen voornamelijk over de gebruiksvriendelijkheid van de website.

³ Dit onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek naar blended care behandeling voor stoppen met roken. Tijdens de analyse lijkt het erop dat het voor de patiënten niet altijd duidelijk was welke vragenlijsten bij het achterliggende onderzoek horen en welke bij de interventie stoppen met roken.

Respondent53 zegt hierover: " *Alles was duidelijk, was heel makkelijk. ... je kreeg automatisch bericht wanneer de mail, wanneer er weer en nieuwe opdracht binnen kwam.*"

ERVARINGEN VAN DE COUNSELOR

Een analyse over de ervaringen van de counselor bij het online gedeelte bracht andere punten aan het licht. Zo hadden slechte ervaringen ook te maken met techniek. "*Internet is.. het was traag,*", "*Maar alles wat je typt moest je bijna erin drukken.*", even later vult de counselor aan: "*dat typen was een crime. ... Das echt, want er gingen ook fouten naar die mensen toe omdat je dat af en toe niet goed ziet.*".⁴ Ten tweede geeft de counselor als bezwaar aan dat ze weinig respons kreeg van de patiënten: "*Ik heb er denk ik maar drie gehad die uitgebreid respons gaven, en de rest deed haast niks. ... En dat is dan een belemmering in een goede behandeling.*". Als laatst geeft de counselor aan dat de online teksten te lang waren en tevens lastig van stof: "*De teksten zijn te lang.*", "*Maar dat vond ik zelf moeilijk. Lastige teksten.*". Deze teksten zijn standaard begeleidende teksten voor de online opdrachten en feedback. Echter om ervoor te zorgen dat het onderzoek zo valide mogelijk te houden konden deze teksten niet worden aangepast.

Analyse combi

De analyse van het gedeelte over de combinatie (de wisselwerking tussen het online en face-to-face gedeelte) geeft een beeld dat voornamelijk de counselor dit lastig werken vindt. De counselor heeft het gevoel *vaker misleid* te worden over de rookstatus door de patiënten omdat in de online sessies niet altijd eerlijk antwoord wordt gegeven in de opdrachten. Verder wordt er een stuk *flexibiliteit* gemist die de reguliere behandeling wel heeft. Hierdoor heeft de counselor het idee dat ze de behandeling niet altijd even goed kan afstemmen op de behoeften van de patiënt. Ook is het inplannen van online behandelingen lastig wanneer niet alle patiënten antwoord geven. De patiënten vinden de online sessie en de sessies bij de counselor *goed op elkaar aansluiten* en vinden ze het vooral prettig dat er een mogelijkheid is om *terug te kijken* in de sessies wanneer ze dat nodig vinden. De patiënten vinden alleen de *herhaling* in de behandeling vervelend zoals eerder ook genoemd is. Verder zijn er geen aanvullende negatieve ervaringen genoemd, hier is dan ook geen verdere analyse over.

⁴ Dit bleek een zogenoemde "kinderziekte" in het programma te zijn. In een later stadium van het onderzoek is dit opgelost waardoor de patiënten hier geen last van hadden

POSITIEVE ERVARINGEN

Uit de positieve ervaringen blijkt dat de patiënten de twee delen van de behandeling goed op elkaar vonden aansluiten. Tevens komt naar voren dat de mogelijkheid om informatie terug te vinden als positief wordt ervaren. Zo geeft respondent⁵³ aan: *"In de fases waarin zegmaar, eerst het doel stellen, dan de hele opbouw."*, waarna er wordt vervolgt met: *"Ja dat ging, gezien ook de ontwenningverschijnselen, ging dat eh, liep dat mooi gelijk op met elkaar."*. Respondent¹⁴ geeft aan dat vooral het feit dat er teruggekeken kon worden in de behandeling erg positief: *"je hoeft niet alles face-to-face te hebben, dan kun je dus ook vragen, je kunt t doorlezen."*, *"Kun je dit kun je weer teruggrijpen naar bepaalde dingen. Kun je t weer teruglezen."*.

ERVARINGEN VAN DE COUNSELOR

De counselor geeft aan dat meer moeite te hebben met de combinatie en de wisselwerking tussen de twee delen van de behandeling. Ten eerste had de counselor hier het idee dat ze in vergelijking met de reguliere behandeling vaker misleid werd over de werkelijke rookstatus van de patiënten: *"ik had er geen grip op soms."*. Hierbij verwijst ze terug naar een eerder citaat over verwachtingen van de behandeling *"En verslaving brengt met zich mee dat mensen altijd jokken."*, *"Daarom was ik daar wel een beetje... ja... dat ik dacht van nou... ik weet het soms niet."*. Als verder voorbeeld wordt genoemd *"Die meneer schreef alles tot in de finesses, ..., maar hij stopte niet. He, en dat deed die wel alsof, en wij hebben natuurlijk wel de meters."*. Met meters verwijst de counselor naar de CO metingen die gedaan worden tijdens de behandeling, met deze metingen wordt het CO gehalte in de adem van de patiënt gemeten. Tevens uitte de counselor als bezwaar het verlies aan flexibiliteit van de behandeling. Met het blended programma dient een vaster stramien gevolgd te worden: *"wat het lastige in het begin was dat het volgens een vast stramien moest."*. Dit leverde volgens de counselor problemen op in een juiste behandeling voor de patiënt: *"En die doet niet waar die voor gekomen is. En dan kun je een andere lijn volgen en ze anders benaderen door te zeggen, ..., En dat verlies je dan een beetje aan de andere kant."*. Bij de reguliere behandeling is de structuur wat minder en kunnen patiënten verder kijken naar komende stappen. Zodoende kan er een stap overgeslagen worden in de behandeling. Dit kan in de blended behandeling niet omdat voor de patiënten in de online omgeving de volgende behandelstappen niet zichtbaar zijn. Maar volgens de counselor hadden de patiënten daar wel de behoefte toe. Ten derde gaf de counselor aan het lastig te vinden de online behandelingen

in te plannen. De counselor had het idee dat deze online behandelingen maar "tussendoor" gedaan moesten worden: "*En wij hadden natuurlijk ook het probleem, vond ik zelf, het moest overal tussendoor.*" Als reden hiervoor zegt ze op een later moment: "*een afgepast 's middags gaan we voor die internet behandeling zitten. Maar dan heb je weer het probleem, ze reageren soms niet, en dan heb je niets te doen.*". Hiermee doelt de counselor op de asynchrone communicatie binnen de combinatie. Wanneer de patiënt een opdracht niet doet kan de counselor hier niet mee verder. Als laatste punt gaf de counselor aan dat ze met deze behandeling drukker was dan met een reguliere face-to-face behandeling. "*Het is zeker drukker in het begin*". De counselor geeft hierbij echter wel aan dat dit voornamelijk kwam omdat ook de eigen papieren status bijgehouden werd, dit was echter niet noodzakelijk: "*Was eigenlijk dubbel in het begin, ... Want ik maakte ook altijd wel m'n aantekening, misschien hoefde dat wel niet. Maar je hebt toch je eigen status zeg maar. Waar je alles ook in wil verwerken.*".

Analyse Face-to-face

De analyse over de uitspraken over het face-to-face gedeelte vallen in tegenstelling tot de andere facetten voornamelijk positief uit. Het face-to-face gedeelte lijkt hiermee toch het meest gewaardeerde onderdeel van deze combi behandeling. Ondanks dat er een aantal patiënten waren die de *tijd per behandeling* kort vonden blijven de face-to-face sessies een goede motivatie. Patiënten geven aan de face-to-face sessies het *belangrijkste onderdeel* te vinden van de behandeling. Ook voor de counselor zijn deze sessies het belangrijkste. Ze geeft aan in deze sessies beter *contact* te kunnen maken met de patiënten, hierdoor heeft het idee dat ze hierdoor een betere relatie kan opbouwen met haar patiënten. Waardoor de counselor later in de behandeling weer meer kan bereiken bij de patiënt. Een negatief punt dat bij de patiënten naar voren komt is de *wachttijd*. Het blijft erg lastig genoeg tijd in te plannen per patiënt waardoor afspraken kunnen uitlopen. Dit wordt door patiënten als vervelend ervaren, ondanks dat er begrip is dat de ene persoon meer tijd nodig heeft dan de ander. Tevens komt uit de analyse naar voren dat er een verschil in *preferenties* is. Waar respondent¹⁰ juist veel waarde hecht aan persoonlijk contact en lange gesprekken zien we dat respondent²⁷ veel liever korte gesprekken heeft die snel to the point komen en zo weinig mogelijk persoonlijk zijn. Hierdoor lijkt respondent²⁷ geschikter voor online behandelingen te zijn dan respondent¹⁰.

NEGATIEVE ERVARINGEN

De negatieve ervaringen van de face-to-face sessies zijn voornamelijk afkomstig van twee respondenten. Hierbij geeft respondent27 ten eerste aan dat de gesprekken te lang duurden: "*ik vond het vervelend om de hele tijd zulke langdurige gesprekken te gaan.*", "*Ja, ik vond dat, ja ik weet niet, een beetje zeurderig weet je wel.*". In tegenstelling tot respondent10 die de gesprekken juist te kort vond: "*die gesprekken weejwel..., dat kon voor mij persoonlijk dan, best een beetje een, uuh, Dat vond ik een beetje kort.*" Als tweede geeft respondent27 aan dat ze de gesprekken te weinig to the point en te persoonlijk vond: "*Ik kom daar om te stoppen met roken. Ik kom daar niet om te praten over andere dingen.*", "*ja privé vragen ... Snap je, wanneer ben je begonnen en waarom? ... Je gaat wel een beetje heel erg diep graven. Dat moet eigenlijk weg. Ik denk dat daar heel veel mensen tegenop kijken.*". Respondent12 vindt vooral de wachttijden en de tijd die genomen wordt voor het gesprek zelf een minpunt bij de face-to-face gesprekken. De betreffende respondent zegt hierover: "*niet te veel tijd per persoon, dus tien minuten, kwartier maximaal en dat vind ik niet voldoende als iemand gemotiveerd is met stoppen met roken.*". Hierdoor voelt de respondent zich niet serieus genomen en heeft hij het idee dat het de counselors eigenlijk allemaal niets interesseert: "*maar in feite interesseert het jullie vrij weinig of ik stop of niet stop.*".

POSITIEVE ERVARINGEN

Het blijkt dat patiënten vooral veel motivatie halen uit de face-to-face gesprekken. Tevens komt naar voren dat patiënten deze gesprekken als vertrouwelijk ervaren. Zo geeft respondent10 aan dat de gesprekken het meest motiverend waren: "*Het meest motiverende? Na, met die dames praten. Dat vond ik heel motiverend.*". Ook respondent53 geeft aan dat deze gesprekken wel het belangrijkste waren in de behandeling: "*de persoonlijke gesprekken die wij hadden eigenlijk wel het belangrijkste...*". Tevens geeft deze respondent aan dat dit vertrouwelijk aanvoelde: "*Face to face is wel vertrouwelijk vooral wanneer jij je begeleidster gedurende het proces wat leert kennen.*".

ERVARINGEN VAN DE COUNSELOR

Ook de counselor gaf aan dat de persoonlijke voorkeur gaat naar face-to-face gesprekken met patiënten. De hoofdreden daarvoor is het feit dat de counselor het gevoel heeft meer contact te kunnen maken met de patiënt: "*ik heb gewoon meer contact dan, dan zie ik wat er met mensen gebeurt. En dan kan ik ze erop aan spreken.*". Hiermee doelt de counselor

voornamelijk op het belang van de non-verbale communicatie met de patiënt. Tevens heeft de counselor persoonlijk het gevoel dat ze face-to-face meer kan bereiken bij de patiënten: "*maar ik heb het gevoel dat ik dan meer bereik.*". De counselor heeft het gevoel beter tot de patiënt door te dringen wanneer ze direct met de patiënt communiceert.

3.2 Voor- en nadelen

Er is de respondenten gevraagd wat de mogelijke voor- en nadelen zijn van de verschillende facetten van de behandeling. Er is geprobeerd de respondenten wat meer na te laten denken over de mogelijkheden van deze behandeling door in te gaan op de voor- en nadelen. Deze voor- en nadelen worden vaak gevormd door de ervaringen van de respondenten. Echter zien we ook verschillen of aanvullingen. Wanneer we kijken naar het aantal voor- en nadelen uitgezet in tabel 2 valt meteen op dat toch het grootste verschil in aantal genoemde voor- en nadelen per facet bij het online gedeelte het grootst is. Namelijk 4 vs. 11. Hier zijn dus bijna drie keer zoveel nadelen genoemd als voordelen. Bij de andere facetten is dit verschil kleiner. Zo zien we bij het facet combi dat er een verdeling is van 5 vs. 9. Hier zijn twee keer zoveel nadelen genoemd als voordelen. Bij het facet face-to-face is dit verschil het kleinst met 5 voordelen tegenover 7 nadelen. Deze laatste constatering is opvallend gezien het feit dat er meer positieve ervaringen zijn genoemd dan negatieve.

Tabel 2

Aantal genoemde voor- en nadelen over de verschillende facetten van de behandeling

	<i>Aantal genoemde voor- of nadelen per respondent</i>							
<i>Voor- en nadelen</i>	RA53	RA27	RA25	RA14	RA12	RA10	CO1	<i>Totals</i>
nadelen combi	0	1	1	2	0	0	5	9
voordelen combi	1	2	1	1	0	0	0	5
nadelen face-to-face	0	0	0	4	1	1	1	7
voordelen face-to-face	1	0	0	2	1	1	0	5
nadelen online	0	0	3	3	4	1	0	11
voordelen online	1	0	0	2	0	0	1	4
<i>Totals</i>	3	3	5	14	6	3	7	41

NOTE: In deze tabel worden het aantal gecodeerde uitspraken over voor- en nadelen per respondent weergegeven. Combi staat hierin voor de wisselwerking tussen face-to-face en online; Face-to-face staat voor de reguliere sessies; Online staat voor de online sessies. RA..= randomisatienummer van de patiënt, CO= counselor.

Analyse online

De analyse over de voor- en nadelen van het online gedeelte komen logischerwijs overeen met de ervaringen met het online gedeelte. Zo worden als nadelen weer genoemd dat het online gedeelte *weinig persoonlijk* en *oninteressant* is. Hierdoor hebben de patiënten het idee niet optimaal te kunnen profiteren van de online sessies. Een ander nadeel dat wordt genoemd is dat het lastig gevonden wordt serieus aan de slag te gaan met de online opdrachten. Vaak wordt dit "even snel tussendoor" gedaan en lijkt het online gedeelte meer als *vrijblijvend* te worden ervaren. Als voordeel wordt nogmaals genoemd het feit dat het *makkelijk terug te lezen* is. De counselor noemt als extra voordeel dat de patiënten tijd hebben om over de vragen in de opdrachten na te denken. Sommige vragen worden als lastig ervaren in de face-to-face sessies en tijdens de online sessies kan hier rustig over nagedacht worden.

NADELEN ONLINE

Ook hier blijkt weer dat het online gedeelte oninteressant gevonden wordt zoals ook bij de ervaringen al genoemd is. Tevens heeft dit volgens de respondenten tot gevolg dat de informatie ook niet goed doordringt. Zo geeft respondent²⁵ aan: "*Niet alsof het echt doordringt ofzo. Het, het wordt niet echt eigen.*". Dit had tot gevolg dat de patiënten het gevoel hadden niet optimaal te kunnen profiteren van de online sessies: "*... het gevoel te weinig te kunnen profiteren van de online sessies, omdat ik, het is niet mijn manier.*". Respondent¹⁴ noemt ook het nadeel van het missen van directe feedback. Zo zegt deze respondent: "*ja computers zegt niks terug. Dat is uh dat is het enigste nadeel.*". Verder wordt aangegeven door respondent¹² dat het af en toe lastig is om serieus bezig te zijn met het online gedeelte en dat dit vaak snel en zonder veel inspanning werd gedaan: "*Moest jij uuh, serieus zijn om te gaan doen. Soms heb jij geen zin om achter de computer te staan en zeggen ach, ik doe het morgen ... dan komt de tijd en ga toch doe en ga jij heel snel*". Het lijkt dus zo te zijn dat het online gedeelte vaak als meer vrijblijvend wordt ervaren.

VOORDELEN ONLINE

Het teruglezen van informatie werd weer genoemd als grootste voordeel van het online gedeelte. Verder wordt het gezien als een handboek met tips om op terug te vallen: "*daarna vind ik de computer wel, ja het is meer een handleiding, een handboek van eh, met tips erin*". De counselor noemt als voordeel dat de patiënten meer tijd hebben om rustig over vragen na

te denken: *"nou het enige voordeel is dat mensen rustig konden.... Uuhh.. denken over de vragen. Dus dan hadden ze de tijd meer. Das voor, aan de andere weer prettiger misschien."*

Analyse combi

Tijdens de analyse over de na- en voordelen van de combi behandeling is het opmerkelijk dat er andere punten naar voren komen dan genoemd bij de ervaringen. Zo wordt als nadeel genoemd dat niet alles wat face-to-face besproken is online terug te vinden is. Maar ook het eerder besproken niet optimaal kunnen profiteren van de online sessies wordt hier weer genoemd. Door de counselor wordt het nadeel van de *dubbele statusvoering* en *extra tijdsinvestering* weer genoemd. Als voordelen worden genoemd dat het online gedeelte wordt ervaren als een verlengstuk van de face-to-face sessies. Verder ligt volgens de patiënten het voordeel van de combi behandeling vooral bij de counselor en het systeem. De behandeling zou voornamelijk kosten- en tijdsbesparend zijn.

NADELEN COMBI

Bij het facet combi wordt als nadeel genoemd dat niet alles wat besproken was online terug te vinden was: *"Ik zag nadelen als ik dus wat wou weten. Dan kan ik dat niet online vinden"*, zo laat respondent¹⁴ weten. Echter zou dit wel moeten en zouden face-to-face en online naadloos in elkaar moeten overlopen. Verder genoemde nadelen zien we terug in eerder genoemde ervaringen en nadelen van het online gedeelte. Dit zijn het niet optimaal kunnen profiteren van de online sessies door gebrek aan interesse en bij de counselor gaat het over de extra tijd en dubbele statusvoering waardoor extra werk gedaan dient te worden. Echter was dit niet nodig maar gaf de counselor hier wel voorkeur aan.

VOORDELEN COMBI

Over de voordelen van de combi worden dingen benoemd die niet eerder genoemd zijn bij ervaringen. Zo wordt ten eerste genoemd dat het tijdsbesparend zal zijn. Al is dit volgens respondent²⁵ alleen van toepassing op de counselors en het systeem: *"Tijdsbesparing, geldbesparing, ehm, dat eh, ik zie aan die combi geen voordelen."* Ten tweede wordt genoemd dat het online gedeelte als verlengstuk van de face-to-face sessies wordt gezien: *"En de face to face was eigenlijk meer eh, de bevestiging en ..., computer was voor eigenlijk meer een verlengstuk van de face to face."*

Analyse Face-to-face

De analyse over de voor- en nadelen van het face-to-face gedeelte geven ook duidelijke overeenkomsten weer met de ervaringen. Zo worden als nadelen genoemd de *wachttijden*. Ook de *gesprekstijd per sessie* komt weer naar voren als een nadeel. Een ander nadeel wat genoemd wordt is de *beschikbaarheid van de counselors*. De counselors zijn maar een aantal dagen van de week beschikbaar en op deze dagen ook niet continu bereikbaar in tegenstelling tot het online gedeelte wat altijd beschikbaar is. Ook de genoemde voordelen komen overeen met de ervaringen. Zo wordt het *persoonlijke* aspect erg gewaardeerd. Tevens wordt het voordeel van *directe feedback* genoemd, dit werd zoals eerder genoemd erg gemist bij het online gedeelte. De analyse geeft dus een beeld weer dat de nadelen van het online gedeelte duidelijk de voordelen van het face-to-face gedeelte zijn.

NADELEN FACE-TO-FACE

Bij de nadelen van het face-to-face gedeelte valt op dat van de in totaal zeven genoemde nadelen er vier van één respondent afkomstig zijn, namelijk van respondent14. Dit is opvallend aangezien deze respondent geen negatieve ervaringen noemt bij dit facet. Deze respondent geeft als nadelen de wachttijden en de korte duur van de gesprekken. We zien deze nadelen echter wel terug in ervaringen van andere patiënten zoals eerder genoemd. Verder noemt de respondent de beschikbaarheid van de counselors als nadeel: *"soms zijn die dames, die kun je maar een aantal dagen in de week spreken he. Van woensdag tot met vrijdags was dat geloof ik"... Kijk en in t weekend kun je dan niet terecht of op maandag of dinsdag. Kijk dan blijf je met de vragen zitten."*

VOORDELEN FACE-TO-FACE

De directe feedback in de face-to-face sessies wordt vooral als prettig ervaren. Hierin zien we de tegenstelling met het online gedeelte waar het gebrek hieraan als nadeel wordt benoemd. Zo laat respondent14 weten: *"Zo kun, als je een vraag hebt dan kun je erop antwoorden en als je t op de computer doet dan kan dat niet."* Respondent53 zegt hierover: *"Voordelen is vooral de face to face, de gesprekken, de informatie die je krijgt."* Ten tweede wordt het voordeel van persoonlijk contact genoemd. Als bijkomend voordeel van dit persoonlijke contact wordt genoemd dat de gesprekken doortastender zijn en niet zo vrijblijvend als de online sessies.

3.3 Evaluatie en verbeterpunten

In de analyse naar de evaluatie en verbeterpunten valt op dat bij de evaluatie punten het feit van de *herhaling* zoals eerder benoemd ook hier weer duidelijk naar voren komt. Verder noemt de counselor hier de verdeling tussen face-to-face en online sessies en pleit deze voor een *meer flexibel* en een *minder geprotocolleerd* programma. Dit sluit aan bij de ervaringen met de combi. Meerdere respondenten vinden dat er in de vragenlijsten te veel herhaling zit, vooral aan het eind van de behandeling vinden ze dit vervelend worden.⁵

3.1.1 Evaluatie

De counselor zegt in de evaluatie dat ze graag in het begin wat meer face-to-face gesprekken zou hebben gehad met de patiënten en later wat meer online, dit omdat de counselor het idee heeft dat ze hiermee makkelijker een relatie vormt met de patiënten: *"Eerst meer face-to-face, dat je elkaar echt goed, ... Maar dat je iets meer contact hebt gehad. Dus in het begin meer face-to-face en later kun je rustiger wat meer op internet gaan omdat je elkaar gewoon goed kent. En dan weet je van.. uuh.. wat ik bedoel en hoe ik daarover voel en durf je misschien toch meer toe te vertrouwen aan de computer."* Als tweede punt geeft de counselor aan dat het handig zou zijn wanneer de hele online behandeling vanaf het begin beschikbaar is voor de patiënt om in te kijken, dit zodat de vrijheid in de behandeling wat groter wordt en er meer behandeld kan worden naar behoefte van de patiënt. De counselor geeft duidelijk het verschil tussen de behandelingen aan: *"Kijk die mensen die face-to-face kwamen die krijgen het hele boek en die gingen ook achterin lezen en dan kon je het er gewoon over hebben, dat maakt niet uit. Uiteindelijk komt alles aan de orde. Maar die mensen op , op , op de computer hadden dat niet. Dan... Maar die hadden daar wel behoefte aan, die waren daar wel aan toe. En dan ga je dus ... al verder."*

3.3.2 Verbeterpunten

Tijdens het analyseren zijn er een aantal mogelijke verbeterpunten aan het licht gekomen. Zo kwam naar voren dat patiënten graag *informatie folders* zouden hebben vooraf aan de behandeling. Ook het vormen van *lotgenotengroepen* zou bijvoorbeeld helpen. Zo kwam ook het idee van een *lotgenoten app* waarin patiënten met elkaar in contact staan en elkaar tips en trucs zouden kunnen geven wanneer het even lastig wordt. Een ander goed punt is het

⁵ Hierbij verwijst de auteur naar eerdere voetnoot 1. Over mogelijke onduidelijkheid over vragenlijsten betreffende onderzoek of interventie.

beschikbaar maken van de online sessies voor *tablet of smartphone*. Op dit moment is de behandeling alleen beschikbaar voor een pc of laptop, veel patiënten vinden het een extra stap om deze erbij te pakken en aan de slag te gaan waardoor de online sessies "vergeten" worden. Als laatste punt kwam het idee van *gesproken teksten of filmpjes* in plaats van de lange teksten, hierop volgde het idee van een mogelijkheid tot beeldbellen waarmee de counselor toch een andere band kan opbouwen met de patiënt dan tijdens de online sessies.

Op de vraag wat eventuele verbeterpunten kunnen zijn komt patiënt¹² met een aantal ideeën om de wachttijd tot de start van de behandeling wat op te vullen. Zo geeft de patiënt aan het fijn gevonden te hebben in deze wachttijd informatie te hebben gehad om zichzelf voor te bereiden: *"Maar als kunnen thuis al krijgen zeg maar. Iets uh ik denk de belangrijke is, mensen helpen ... Dat jullie niet binnen een week maximaal, iets geven aan de mensen."* Ook heeft de patiënt het over soort forum creëren waar lotgenoten steun en tips van elkaar kunnen krijgen: *"creëren een groep, dat niet online iemand anders bij jullie staan. Die achter mensen, gekoppeld bij een groep. Elkaar opzoeken, he ..., ben jij daar? He ik zit hier ik heb zo zin om te roken. Dan kan de ander zeggen, he doe maar niet joh. Staat daar zo, die kleine groepjes, ik ga jou motiveren"*. Ook de counselor denkt dat een app voor lotgenoten een aanvulling kan zijn op dit programma: *"ik denk mensen, als je over een app spreekt, ..., voor lotgenoten laat ik het zo zeggen, prima iets. Is geweldig"*. De patiënten laten verder nog weten het erg handig te vinden wanneer de behandeling beschikbaar zou zijn op een tablet of smartphone. Zo zegt respondent¹⁴: *"Weet je waarom, je pakt t veel gauwer. Kijk als ik nou wat wil weten, je pakt de iPad en die heb ik direct aan staan."* En vervolgt met: *"Kijk op zo'n iPad is het heel makkelijk te lezen. ... Je hebt een groot beeld je kunt m draaien dus uh dat zou ik, dat zou ik wel voor wezen."* Respondent¹⁰ zegt hierover: *"deze combi behandeling, ook op de tablet kan worden gedaan, omdat dat gemakkelijker is."* Als vierde wordt het idee van begeleidende filmpjes of geluidsopnames genoemd. Respondent 14 vind dit een goede oplossing voor de lange online teksten: *"ja dan zou ik dus de tekst die je toestuurt dat ze t kunnen horen he, ..., dat zou ook nog kunnen."* De counselor voegt hierbij het idee van beeldbellen aan toe. Dit omdat ze toch graag de mensen wel wil zien zodat er enige emotie afleesbaar is in de mimiek van de patiënt: *"Maar dan heb je facetime ofzo, dat vind ik dan nog wel een alternatief."* Waarmee ze vervolgt met: *"Ja, ik heb altijd dat ik mensen moet zien, dat ik dan beter in kan gaan op emoties. Facetime is ook wel plat, maar het is toch wel iets..."*

4. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de gebruikerservaringen van een nieuwe blended stoppen met roken behandeling. De factoren die hierbij onderzocht werden zijn: 1) Gebruiker 2) Context 3) Systeem. Om een beeld te krijgen van deze factoren werd naar de algemene ervaringen, de voor- en nadelen van deze behandeling gevraagd. Deze zijn opgedeeld in drie subgroepen namelijk combi, face-to-face en online.

Gekeken naar de resultaten zoals in dit onderzoek beschreven kan geconcludeerd worden dat de ervaringen met de nieuwe poliklinische blended stoppen met roken behandeling niet positief uitvallen. Dit is duidelijk te zien in de analyse van de algemene ervaringen. Het programma wordt erg kritisch beoordeeld waarbij enerzijds positief wordt gereageerd op het face-to-face gedeelte maar anderzijds veel negatieve opmerkingen worden geplaatst bij zowel het online gedeelte als de wisselwerking tussen de twee onderdelen.

4.1 Discussie

Het meest opvallende resultaat is het aantal reacties die een negatieve lading dragen. Het totaal aantal negatieve reacties is namelijk 121 van de in totaal 186 reacties. Dit komt erop neer dat ongeveer 65% van alle reacties. Dit hoeft echter niet te betekenen dat de interventie ook daadwerkelijk meer negatieve dan positieve ervaringen met zich mee brengt. Zo is het namelijk bekend dat een negatieve ervaring meer indruk maakt en sneller uit het geheugen op te roepen is dan een positieve ervaring (Baumeister et al. 2001). Tevens blijkt dat er in de introductie van het interview een sturende opmerking is gemaakt, namelijk: *"De uitkomsten geven ons meer inzicht in uw ervaring met die combi-behandeling voor stoppen met roken en helpt ons waar nodig deze behandeling te verbeteren."* Het feit dat er wordt benoemd dat de uitkomsten worden gebruikt voor eventuele verbeteringen kan de respondenten triggeren waardoor meer negatieve reacties gegeven worden. Dit is in dit onderzoek echter geen limitatie gezien het feit dat dit onderzoek zich daadwerkelijk richt op gebruikerservaringen en verbetering hiervan in de toekomst.

Een veel genoemd punt is het feit dat het online gedeelte als oninteressant en onpersoonlijk wordt ervaren. Dit is een te verwachte uitkomst wanneer eerder beschreven literatuur bekeken wordt (Siemer et al. 2016). Er ontstaat een beeld dat het online gedeelte niet genoeg aansluit bij de leefwereld en interesse van de patiënten, hierdoor vermindert de motivatie van de gebruiker. Een andere veel gemaakte opmerking die hier mogelijk van

invloed zou kunnen zijn is het feit dat het persoonlijke contact een extra motivatie gaf om door te gaan met de behandeling. Het feit dat het online gedeelte als onpersoonlijk wordt ervaren zou mee kunnen werken aan het drop-out percentage. Uit de gegevens blijkt namelijk dat er van de 6 patiënten maar twee zijn die het online gedeelte compleet hebben doorlopen. De overige vier patiënten zijn na een aantal sessies gestopt. Dit resultaat is echter zoals verwacht naar aanleiding van onderzoek van van Ballegooijen et al. (2014) en Melville et al. (2010). Om dit drop-out percentage mogelijk te verlagen zou het online gedeelte aangepast moeten worden op een manier waardoor de patiënten het als persoonlijker en interessanter ervaren. Een mogelijkheid om tot het persoonlijker maken zou kunnen zijn het toevoegen van filmpjes. Ook zou het kunnen helpen wanneer de online teksten meer vrij aangepast kunnen worden door de counselor, hierdoor kan de counselor de patiënten meer persoonlijk aanspreken.

Tevens lijkt het zo te zijn dat patiënten het idee hebben dat het online gedeelte even tussendoor gedaan kan worden zonder veel inspanning. Dit geeft de indruk dat het online gedeelte als vrijblijvend wordt ervaren. Het idee van blended-care is wel degelijk dat het flexibeler is en daardoor "tussen de bedrijven door" gedaan kan worden. Echter moet het wel zo zijn dat er de tijd voor wordt genomen en men er serieus mee bezig is. Wanneer patiënten vroegtijdig stoppen met de online behandeling of deze niet op de juiste manier volgen heeft dit consequenties voor de algehele behandeling en voor de counselor. Aangezien deze blended-care behandeling zo is ontworpen dat face-to-face en online sessies op elkaar voort bouwen kan de juiste behandeling niet goed worden doorgevoerd wanneer patiënten sessies overslaan. De gemiste sessies moeten opgevangen worden in een face-to-face sessie waardoor de behandeling vertraging op loopt. Tevens heeft dit tot gevolg dat de counselor de behandelingen niet goed kan plannen wanneer sessies overgeslagen worden. De counselor moet in dit geval al geplande face-to-face sessies aanpassen om ervoor te zorgen dat de juiste behandeling kan worden doorgezet. Dit geeft veel extra werk voor de counselor waardoor soms overgegaan moet worden op reguliere face-to-face behandeling. Deze mogelijke ervaring van vrijblijvendheid is echter niet eerder beschreven in de genoemde literatuur. Wel zou er bij een volgende interventie voor gezorgd moeten worden dat het als minder vrijblijvend wordt ervaren. Dit zou mogelijk gedaan kunnen worden door de stap naar het werken in de online omgeving kleiner te maken. Op het moment is de interventie alleen te volgen op een desktop of laptop. Het zou voor een vervolg onderzoek interessant kunnen zijn om de interventie mogelijk te maken voor smartphone en tablet. Hierdoor kan de stap naar het

werken in de online omgeving kleiner gemaakt worden waardoor het mogelijk voor patiënten makkelijker is de opdrachten af te ronden. Het systeem zou daarbij dus meer aansluiten op de respondenten en hun leefwereld.

Verder komt naar voren dat patiënten de besproken informatie in de face-to-face sessies niet altijd terug kunnen vinden in het online gedeelte, dit werd als demotiverend ervaren. Om een naadloos op elkaar aansluitend programma te ontwikkelen mag verwacht worden dat de belangrijkste punten van de face-to-face sessies ook online terug te vinden zijn. Tevens geven patiënten aan het online gedeelte ook vaak te gebruiken om dingen terug te lezen. Het is echter niet de bedoeling dat de counselor iedere face-to-face sessie volledig uitypt en online beschikbaar maakt. Wel is de behandeling zo opgezet dat er per sessie één of meerdere aandachtspunten worden besproken. Deze zijn voor iedere patiënt hetzelfde, iedere sessies staat een ander aandachtspunt centraal. Wanneer deze aandachtspunten per sessie online terug te vinden zouden zijn kan voorkomen worden dat patiënten gedemotiveerd raken omdat ze informatie niet kunnen vinden. Zo kan er per sessie duidelijk beschreven worden wat de aandachtspunten zijn, hoe hiermee om te gaan en kunnen eventuele handvaten worden beschreven.

Uit de resultaten blijkt verder zoals verwacht uit eerdere literatuur dat de negatieve punten uit het online gedeelte de positieve punten uit het face-to-face gedeelte zijn (Siemer et al (2016)). Er kan hier voorzichtig bevestigd worden dat deze blended-care interventie inderdaad "het beste van beide werelden" samenbrengt in één interventie. Wel is het zo dat dit met enige voorzichtigheid gezegd moet worden aangezien het niet altijd als "beste" behandeling wordt ervaren blijkt uit de resultaten en drop-out cijfers. Waardoor dit precies komt is onduidelijk en is een interessant gegeven voor een volgend onderzoek. Zo zou het kunnen zijn dat het in dit onderzoek te maken had met de gemiddelde leeftijd van de respondenten; 64jaar.

Het grootste verschil tussen de ervaringen van de patiënten en die van de counselor liggen in het gebied van de gebruiker. Zo had de counselor vaker het idee misleid te worden tijdens de online behandelingen. Patiënten gaven geen eerlijk antwoord online maar meer sociaal wenselijke antwoorden. Dit geeft het beeld dat de patiënten minder betrokken lijken te zijn bij de eigen behandeling (Siemer, 2016). Om deze betrokkenheid te vergroten zouden er aanpassingen gedaan moeten worden. De counselor zelf geeft aan in het begin van de behandeling meer face-to-face gesprekken te willen hebben en later over te stappen op online behandeling. Hierdoor zou ze een betere band met de patiënt opbouwen, dit kan de

betrokkenheid vergroten en tevens kan hierdoor de behandeling als meer persoonlijk worden ervaren door de patiënten.

4.2 Sterke punten, beperkingen

Een aantal sterke punten van de interventie komen naar voren. Zo wordt het online gedeelte gezien als een verlengstuk van de face-to-face sessies en wordt het motiverend gevonden om daadwerkelijk zelf gericht aan de slag te gaan. Ook het feit dat online informatie terug te vinden is wordt als sterkte van de behandeling ervaren doordat patiënten toch terug kunnen vallen op de behandeling wanneer het lastig is en hier handvaten in kunnen vinden. Wel is het zo dat dit meer uitgebreid kan worden zodat alle informatie uit de face-to-face sessies ook gemakkelijk online terug te vinden is. Een punt genoemd door de counselor is dat patiënten in het online gedeelte rustig de tijd kunnen nemen om vragen te beantwoorden. Er is opgemerkt dat patiënten in face-to-face sessies af en toe moeite hadden vragen te beantwoorden en dit online wel heel duidelijk konden beschrijven.

De beperkingen van de interventie zelf hadden voornamelijk te maken met het onderzoek. Het feit dat alle online brieven naar de patiënten zo min mogelijk van elkaar mochten afwijken was voor de counselor erg lastig. Voor het onderzoek was het echter nodig dat iedere patiënt op dezelfde manier benaderd werd en dezelfde behandeling kreeg.

Voor het onderzoek zelf geldt dat er een kleine onderzoeksgroep is ontstaan waardoor het lastig is concrete uitspraken te doen over deze interventie. Bij een grotere onderzoeksgroep had dit onderzoek meer waarde gehad. De resultaten zouden betrouwbaarder zijn en tevens veelzeggender. Eveneens bleek tijdens de interviews dat de vraagstelling als lastig werd ervaren of de vraag niet goed begrepen werd waardoor er niet altijd een antwoord op de vraag gegeven werd. Hierbij hielp het niet altijd om de vraag te herhalen en was verdere uitleg nodig. Bij het coderen en analyseren leverde dit soms problemen op waardoor eigen interpretatie van antwoorden, met gebruik van overige gegeven antwoorden, noodzakelijk was. Voor een volgend onderzoek is het dan ook raadzaam de vragenlijst onder de patiënten te controleren op taalbegrip. Tevens is gebleken dat er niet altijd een duidelijk onderscheid was voor patiënten tussen vragenlijsten uit de interventie en vragenlijsten uit het onderzoek. Hierdoor was de beleving van de patiënte dat er te veel herhaling in de interventie zat, dit zou gevolgen kunnen hebben gehad voor de resultaten van dit onderzoek.

4.3 Aanbevelingen

Een aanbeveling voor volgend onderzoek zou zijn een onderzoek gericht op preferenties van de patiënten. Het blijkt namelijk dat niet iedere patiënt evenveel behoefte heeft aan face-to-face sessies. Iedere patiënt heeft hierin zijn preferenties, wanneer de ratio online/face-to-face sessies kan worden aangepast naar behoefte van de patiënt zou dit mogelijke positieve gevolgen kunnen hebben voor de betrokkenheid van de patiënt. Zo zou de interventie in verschillende varianten aangeboden kunnen worden met een verdeling van respectievelijk 20/80% - 50/50% - 80/20% online/face-to-face behandelingen, aangepast op de behoefte van de patiënt. Welke variant gevolgd zal worden zal uiteindelijk te maken hebben met voorkeur van de patiënt, ernst van de verslaving en een beoordeling van de counselor na een intake gesprek.

Take home message

Naar aanleiding van dit onderzoek naar gebruikerservaringen van een nieuwe poliklinische blended-care stoppen met roken behandeling kan voorzichtig geconcludeerd worden dat integratie van beide methoden ervoor zorgt dat de zwakke kanten van de ene methode worden opgevangen door de sterke kanten van de andere methode. Hierbij dient er echter wel voor gezorgd te worden dat de inhoud van de interventie als interessant wordt ervaren, tevens moet de interventie dermate flexibel zijn dat het gemakkelijk door de counselor kan worden aangepast naar behoefte van de patiënt waardoor deze de behandeling mogelijk als meer persoonlijk kan ervaren. Om ervoor te zorgen dat patiënten gemotiveerd blijven dienen de twee componenten van de behandeling naadloos op elkaar aan te sluiten en dient alle informatie online terug te vinden te zijn. Wanneer dit gewaarborgd is zullen de ervaringen naar alle waarschijnlijkheid positiever uitvallen.

5. Referenties

- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of general psychology*, 5(4), 323–370. doi: 10.1037//1089-2680.5.4.323
- Brabers, A., Burghouts, A., Friele, R., Gennip van, L., Jong de, J., Krijgsman, J., ... Peeters, J. (2015). *Tussen vonk en vlam eHealth-monitor 2015*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brendryen, H., & Kraft, P. (2008). Happy Ending: A randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. *Addiction*, 103(3), 478–484. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02119.x
- Caponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*, 102, doi:10.1016/j.rmed.2008.02.017
- Castañeda, J. A., Muñoz-Leiva, F., & Luque, T. (2007). Web Acceptance Model (WAM): Moderating effects of user experience. *Information and Management*, 44, 384–396. doi:10.1016/j.im.2007.02.003
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). CBS Statline, data van de enquête over Internet; toegang, gebruik en faciliteiten. Verkregen van <http://statline.cbs.nl>.
- De Vries, H., Kremers, S. P. J., Smeets, T., Brug, J., & Eijmael, K. (2008). The effectiveness of tailored feedback and action plans in an intervention addressing multiple health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 22(6), 417–425. doi:10.4278/ajhp.22.6.417
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1–5. doi:10.2196/jmir.3.2.e20
- Haun, J. N., Lind, J. D., Shimada, S. L., Martin, T. L., Gosline, R. M., Antinori, N., ... Simon,

- S. R. (2014). Evaluating user experiences of the secure messaging tool on the veterans affairs' patient portal system. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), 1–16. doi:10.2196/jmir.2976
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., van Oppen, P., Smit, F., Lokkerbol, J., ... Riper, H. (2014). Blended vs. face-to-face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: study protocol of a randomized controlled cost-effectiveness trial. *BMC Psychiatry*, 14, 290. doi:10.1186/s12888-014-0290-z
- Kreps, G. L., & Neuhauser, L. (2010). New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 329–336. doi:10.1016/j.pec.2010.01.013
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2008). Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 1-50. doi:10.1002/14651858.CD001292.pub2
- Lucassen, P. L. B. J., & olde Hartman, T. C. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Macqueen, K. M., McLellan, E., & Neidig, J. L. (2003). Beyond the Qualitative Interview. *Field Methods*, 15(1), 63–84. doi:10.1177/1525822X02239573
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *Britisch Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 455–471. <http://doi.org/10.1088/0031-9120/36/6/301>
- Panhuis-Plasman, M., Luijben, G., & Hoogenveen, R. (2012). Zorgkosten van ongezond gedrag. *Kosten van ziekten notities*, (2), 1-22.
- Pieterse, M. E., Seydel, E. R., Devries, H., Mudde, A. N., & Kok, G. J. (2001). Effectiveness of a Minimal Contact Smoking Cessation Program for Dutch General Practitioners : A Randomized Controlled Trial. *Preventive Medicine*, 32, 182–190. doi:10.1006/pmed.2000.0791

- Postel, M., Witting, M., & van Gemert-Pijnen, L. (2013). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, 33(3), 210–221.
- Richards, P., & Simpson, S. (2015). Beyond the therapeutic hour: an exploratory pilot study of using technology to enhance alliance and engagement within face-to-face psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43(1), 57–93. doi:10.1080/03069885.2014.936824
- Roto, V., Law, E., Vermeeren, A., & Hoonhout, J. (2011). User Experience White Paper. 1-12
- Siemer, L., Pieterse, M. E., Brusse-keizer, M. G. J., Postel, M. G., Ben Allouch, S., & Sanderman, R. (2016). Study protocol for a non-inferiority trial of a blended smoking cessation treatment versus face-to-face treatment (LiveSmokefree-Study). *BMC Public Health*, 16(1187), 1–11. doi:10.1186/s12889-016-3851-x
- Stead, L., Buitrago, D., Prediado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, (5). doi:/10.1002/14651858.CD000165
- Ter Weijde, W., & Croes, E. (2015). Roken een aantal feiten op een rij. Retrieved from <https://assets.trimbos.nl/docs/2d0ce6ec-672b-4978-ad5d-618f3a56ec5d.pdf>
- Trimbos-instituut, & Nederlandse Huisartsen Genootschap. (2016). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met Roken begeleiding*.
- Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., Van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H., & Riper, H. (2014). Adherence to internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(7). doi:10.1371/journal.pone.0100674
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., & van Laar, M. (2015). *FACTSHEET CONTINU ONDERZOEK ROOKGEWOONTEN 2014*. Utrecht.
- Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of

behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research* 2004, 6(4).
doi:10.2196/jmir.6.4.e40

Wentzel, J., Vaart, R. Van Der, Bohlmeijer, E. T., & Gemert-pijnen, J. E. W. C. Van. (2016).
Mixing Online and Face-to-Face Therapy : How to Benefit From Blended Care in
Mental Health Care, *JMIR Mental Health* 2016, 3(1). doi:10.2196/mental.4534

Wilhelmsen, M., Lillevoll, K., Risør, M. B., Høifødt, R., Johansen, M.-L., Waterloo, K., ...
Kolstrup, N. (2013). Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural
treatment using blended care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13(296).
doi:10.1186/1471-244X-13-296

6. Bijlagen

Bijlage 1. Informatiebrief interview over ervaring met blended behandeling

Medisch Spectrum Δ Twente



Proefpersoneninformatie ten behoeve van een medisch wetenschappelijk onderzoek
getiteld:

**Blended stoppen met roken behandeling – Evaluatie van de effectiviteit van een
blended face-to-face en web-based stoppen met roken behandeling versus reguliere
behandeling**

RookvrijLeven-Studie

Kenmerk: P14-37

Interview over uw ervaring met de blended behandeling

Geachte heer/mevrouw,

Bedankt dat u deelneemt aan de RookvrijLeven-studie.

Bij deze willen wij u graag uitnodigen voor een aanvullend interview om meer te horen over uw ervaringen met de blended behandeling. U beslist zelf of u wilt meedoen. Om te beoordelen of u mee wilt doen, is goede voorlichting van onze kant nodig, en een zorgvuldige afweging van uw kant. Daarom ontvangt u deze schriftelijke informatie. U kunt deze rustig (her)lezen en in eigen kring bespreken. Ook daarna kunt u nog altijd vragen stellen aan de onderzoekers die aan het eind van deze informatiebrief staan genoemd.

Wat is de achtergrond en het doel van dit interview?

Het stoppen met roken is een ingewikkeld proces. Uw ervaringen met de behandeling zijn een belangrijke bron om beter zicht op het proces te krijgen en de stoppen met roken behandeling te verbeteren. Een aantal van uw bevindingen en ervaringen verzamelen wij al door de vragenlijsten die u gedurende de studie online invult. Om nog beter inzicht in uw ervaringen te krijgen willen wij met een klein aantal deelnemers uitgebreide interviews houden.

Wat houdt deelname aan het interview in?

Wanneer u besluit om deel te nemen aan het interview, zullen wij contact met u opnemen voor het maken van een afspraak. Het interview kan bij u thuis of bij het MST plaatsvinden, afhankelijk van uw voorkeur. Het zal uitgevoerd worden door een

Proefpersoneninformatie RookvrijLeven-Studie P14-37, NL50944.044.14, versie 2.0, 30-03-2016 Pagina 1



Longgeneeskunde

medewerker van het RookvrijLeven onderzoeksteam. Van het interview zullen audio-opnamen worden gemaakt.

Het interview zal gaan over uw ervaring met de blended behandeling. Hierbij is niets wat u vertelt goed of fout, uw verhalen zijn waardevol voor de verbetering van de behandeling.

Het interview zal ongeveer 45 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Brengt de deelname aan het interview extra kosten of belasting met zich mee?

Als u aan het interview deelneemt, brengt dat geen extra kosten met zich mee.

Deelname aan het interview vraagt een geringe extra tijdinvestering (rond 45 minuten) en misschien moet u één keer extra naar het ziekenhuis komen, maar het mag dus ook in de thuissituatie.

Vertrouwelijkheid

De gegevens die tijdens het interview over u verzameld worden, zullen vertrouwelijk behandeld worden volgens (inter)nationale regels en wetten, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Als u besluit deel te nemen aan dit interview geeft u toestemming voor het volgende:

- Medewerkers aan de RookvrijLeven-studie en toezichthouders (bijvoorbeeld de Medisch Ethische Toetsingscommissie Twente en de Inspectie voor de Gezondheidszorg) kunnen uw medische gegevens inzien. Zij zijn verplicht deze gegevens geheim te houden.
- Indien u zou beslissen om uw deelname aan het onderzoek te stoppen, dan worden de gegevens die tot dan toe verzameld zijn wel gebruikt in de RookvrijLeven-studie.

Wij zijn verplicht uw onderzoeksgegevens 15 jaar te bewaren. Daarvoor geeft u toestemming als u meedoet aan dit interview.

Vrijwillige deelname

Deelname aan dit interview is geheel vrijwillig. Als u niet wilt deelnemen, hoeft u daarvoor geen reden op te geven. Als u besluit niet mee te doen, heeft dat geen gevolgen voor uw verdere behandeling of begeleiding. Ook als u nu toestemming geeft, kunt u die te allen tijde zonder opgave van redenen weer intrekken.



Longgeneeskunde

Toestemmingsverklaring

Als u besluit mee te doen aan het interview, dan vragen wij u de bijgevoegde toestemmingsverklaring te ondertekenen. Met deze verklaring, ook wel 'informed consent' genoemd, bevestigt u dat u voldoende geïnformeerd bent over het interview en dat u bereid bent om deel te nemen. Ook na ondertekening van deze verklaring blijft u de vrijheid behouden om op elk moment uw deelname te stoppen.

Voor verdere informatie

Komen er na het lezen van deze informatie nog vragen bij u op, dan kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met het Onderzoeksbureau Longgeneeskunde, telefoon: 053-487 36 66 (best bereikbaar op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag van 9 – 16 uur).

Onderzoeksbureau Longgeneeskunde
Medisch Spectrum Twente, Enschede

Bijlage: Toestemmingsverklaring

Bijlage 2. Lijst van gebruikte codes en definities

CODES & CATEGORIES UX BSCT

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>
<i>Ervaringen f2f - goed</i>	
<i>Ervaringen f2f - slecht</i>	
<i>Ervaringen online - goed</i>	
<i>Ervaringen online - slecht</i>	
<i>Ervaringen combi - slecht</i>	
<i>Ervaringen combi - goed</i>	
<i>Ervaringen/overige - goed</i>	
<i>Ervaringen/overige - slecht</i>	
Verwachting behandeling	Alle verwachtingen die niet bij die drie andere verwachtingscodes passen
Verwachting combi	De patiënt noemt wat hij verwacht van de wisselwerking van online en face-to-face
<i>Verwachting online</i>	De patiënt noemt wat hij verwacht van de onlinecomponenten
<i>Verwachting face-to-face/counselor</i>	De patiënt noemt wat hij verwacht van face-to-face componenten of de counselor
<i>Ervaringen eerdere combi behandeling</i>	<i>Eerdere ervaringen met combi behandelingen in relatie tot gezondheid</i>
<i>Ervaringen eerdere face-to-face behandeling</i>	<i>Eerdere ervaringen met face-to-face behandelingen in relatie tot gezondheid</i>
<i>Ervaringen eerdere onlinebehandeling</i>	<i>Eerdere ervaringen met onlinebehandelingen in relatie tot gezondheid</i>
<i>Ervaringen eerdere blended communiceren</i>	<i>Algemene ervaringen met blended communiceren (.b.v. Email, WhatsApp) en face-to-face ontmoeten</i>
<i>Zelfbeschrijving computergebruik</i>	B.v. gebruik van Computer/Tablet/mobieltje voor email, internet, google, Facebook, WhatsApp in het algemeen (en niet in verband met blended communiceren)
Ervaringen stoppen met roken	Alle ervaringen over stoppen met roken tijdens deze behandeling, die niet over aspecten van de behandeling zelf gaan
Eerdere ervaring stoppen met roken	Alle eerdere ervaringen over stoppen met roken tijdens deze behandeling, die niet over aspecten van de behandeling zelf gaan
Motivatatie stoppen met roken	Alle aspecten van motivatie voor stoppen met roken die niet direct met de behandeling hebben te maken
Motivatatie stoppen met roken bijhouden	Alle aspecten van motivatie voor stoppen met roken die niet direct met de behandeling hebben te maken

Motivatie stoppen/doorgaan behandeling	Die aspecten van motivatie die direct met het doorgaan of stoppen van de behandeling hebben te maken
<i>Helpende onderdelen stoppen met roken</i>	<i>Motiverende onderdelen van de behandeling voor stoppen met roken en volhouden</i>
<i>Ideeën over Counselor leest informatie online</i>	<i>Welke idee die patiënt heeft over of die counselor die informatie leest, of dat er niets mee wordt gedaan.</i>
Stemming stoppen met roken	Stemming bij stoppen met roken, als het niet precies over de behandeling gaat
Stemming behandeling	Stemming tijdens de behandeling, als het precies over de behandeling gaat
Geschikt voor combi?	Uitspraken van de patiënt over vaardigheden en eigenschappen voor het volgen van de combi EN/Of of die behandeling passend is voor die patiënt
<i>Context gezondheid & behandeling</i>	<i>Wat over de gezondheid tijdens de behandeling wordt gezegd, onafhankelijk of dat ook een motiverend aspect is geweest</i>
Context, sociale	<i>Wat over de mensen rondom de patiënten hen tijdens de behandeling wordt gezegd, onafhankelijk of dat ook een motiverend aspect is geweest</i>
<i>Context verschillende plekken</i>	<i>Wat over de behandelplekken (thuis, poli) wordt gezegd, onafhankelijk of dat ook een motiverend aspect is geweest</i>
Verloop intake/voorlichting	<i>Wat over het verloop van de intake en voorlichting wordt gezegd, onafhankelijk of dat ook een motiverend aspect is geweest</i>
Verloop behandeling	<i>Wat over het verloop van de behandeling wordt gezegd, onafhankelijk of dat ook een motiverende aspect is geweest</i>
Vrijheid vs. Structuur	<i>Wat over de vrijheid en structuur binnen de behandeling wordt gezegd, onafhankelijk of dat ook een motiverend aspect is geweest</i>
Context techniek	<i>Wat over de techniek (ICT) wordt gezegd, onafhankelijk of dat ook een motiverend aspect is geweest</i>
Adviseren behandeling	Wat de patiënt adviseert aan anderen: combi, of face-to-face, of überhaupt niet
Evaluatie en verbeterpunten	Wat patiënten noemen in verband met gebruiksvriendelijkheid, <i>vanzelfsprekendheid, toegankelijkheid, tevredenheid en er</i>

	<i>bij horende verbeterpunten</i>
Voordelen combi	
<i>Nadelen combi</i>	
Voordelen f2f	
Nadelen f2f	
Voordelen online	
<i>Nadelen online</i>	
Omschrijving van de behandeling	

Bijlage 3. Informed consent

Medisch Spectrum Δ Twente



Toestemmingsverklaring

Blended stoppen met roken behandeling – Evaluatie van de effectiviteit van een blended face-to-face en web-based stoppen met roken behandeling versus reguliere behandeling

RookvrijLeven-Studie

Kenmerk: P14-37, NL50944.044.14

Interview over uw ervaring met de blended behandeling

Verklaring patiënt:

Ik bevestig dat ik de informatiebrief voor deelnemers aan het interview in verband met de RookvrijLeven-Studie (kenmerk: P14-37, Interview over uw ervaring met de blended behandeling) heb gelezen en ik begrijp de informatie. Ik heb voldoende tijd gehad om over mijn deelname na te denken en ben in de gelegenheid geweest om vragen te stellen. Deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik geef toestemming voor deelname aan bovengenoemd interview.

Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik mijn toestemming op ieder moment kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven.

Ik geef toestemming dat bevoegde personen van het onderzoeksteam, leden van de medisch-ethische toetsingscommissie en toezichthoudende autoriteiten inzage kunnen krijgen in mijn medische gegevens en onderzoeksgegevens.

Ik geef toestemming om de gegevens te verwerken voor de doeleinden zoals beschreven in de informatiebrief met het kenmerk: P14-37, NL50944.044.14.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens gedurende 15 jaar na afloop van het onderzoek te bewaren.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum

Toestemmingsverklaring RookvrijLeven-Studie P14-37 NL50944.044.14, versie 2.0, 30-05-2016 Pagina 1



Verklaring onderzoeker:

Ondertekende verklaart hierbij dat de genoemde proefpersoon schriftelijk en naar behoefte ook mondeling over dit interview geïnformeerd is. Hij/zij verklaart dat de proefpersoon heeft toegestemd in deelname aan het interview. Tevens verklaart ondergetekende dat een voortijdige beëindiging van deelname door de proefpersoon geen invloed zal hebben op de zorg die hem of haar toekomt.

Naam onderzoeker:
(of diens vertegenwoordiger)

Handtekening:

Datum:

THEMALIJST EN VRAGEN UX BSCT

Voorbereiding en introductie.....	75
Voorbereiding	75
Introductie.....	76
Vragenlijst.....	77
Algemene ervaringen met de combi behandeling.....	77
Verwachtingen en ervaringen vooraf	79
Gebruiker	80
Motivatie bij het volgen van de combi behandeling	81
Stemming bij het volgen van de combi behandeling	82
Ressources tijdens het volgen van de combi behandeling.....	83
Context	83
Sociale context tijdens het volgen van de combi behandeling	84
Fysieke context tijdens het volgen van de combi behandeling.....	85
Taak context tijdens het volgen van de combi behandeling	85
Technische en informatieve context tijdens het volgen van de combi behandeling	85
Evaluatie.....	87
Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling	88
Tevredenheid met de combi behandeling	91
Verdeling face-to-face en online gedeeltes	92
Voordelen/nadelen.....	92
Afsluiting	93
Eigen toevoeging van de patiënt.....	93

Omschrijving combi behandeling	93
Afsluiting	94
Rapport van de interviewer	95
Aanvullende data over patiënt (uit b.v. eerder ingevulde vragenlijsten of DSV)	72

Termen die die counselors gebruiken

- “Combi” behandeling
- “Online”
- “afspraken op de poli”

Voorbereiding en introductie

Voorbereiding

- Stel voor om aan een tafel plaats te nemen, bij voorkeur in een kamer waar geen anderen aanwezig zijn.
- Ga zo zitten dat de respondent moeilijk kan meelezen met wat er op papier staat of wat je opschrijft (bijvoorbeeld aantekeningen).
- Geef aan dat je het interview graag wilt opnemen en dat de opname alleen wordt gebruikt om een gespreksverslag te maken en dat de opname na afloop van het onderzoek wordt vernietigd.
- Vraag aan de respondent of hij/zij het goed vindt dat het gesprek wordt opgenomen.
- Pak de nodige materialen en zet de opnameapparatuur klaar
- Laat de respondent de toestemmingsverklaring in tweevoud dateren en ondertekenen en doe dat zelf ook.
- Geef een van de exemplaren aan de respondent, het andere exemplaar dient gearhiveerd te worden op Onderzoeksbureau Longgeneeskunde.
- Geef aan dat je, voordat je van start gaat met het interview, een testje wil doen met het opnameapparaat.
- Schakel het apparaat in spreek in: “test”, de datum van vandaag en het tijdstip”
- Vraag aan de respondent of hij de datum en het tijdstip wil herhalen.
- Spoel de opname terug en verzeker jezelf ervan de geluidsopname goed is. Pas zo nodig het geluidsniveau en/of de opstelling aan en herhaal de test totdat de geluidsopname goed is.
- Kondig aan dat je klaar bent om met het interview te beginnen.

Introductie

“(Nogmaals) hartelijk dank dat u mee wilt werken aan dit interview. Wij verwachten dat dit interview tussen 60 en 90 minuten gaat duren. Door het afnemen van interviews proberen we inzicht te krijgen in de ervaringen van deelnemers aan de gecombineerde online en face-to-face behandeling. In de rest van dit interview zullen wij deze gecombineerde behandeling “de combi behandeling” noemen. De uitkomsten geven ons meer inzicht in uw ervaring met de combi-behandeling voor stoppen met roken en helpt ons waar nodig deze behandeling te verbeteren.

“Het interview heeft geen invloed op uw behandeling op de afdeling Longgeneeskunde. De behandelaars, bijvoorbeeld uw longarts of de medewerkers van de stoppen-met-roken poli, krijgen geen informatie over wat u hier vertelt”.

“Uw persoonsgegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en de gegevens die u tijdens het interview verstrekt worden anoniem verwerkt en zijn op geen enkele manier tot u te herleiden.”

“Zoals u weet zijn we geïnteresseerd in de ervaringen van mensen die de combi behandeling voor stoppen met roken gevolgd hebben tijdens hun deelname aan de RookvrijLeven-studie en zijn we benieuwd hoe zij dit, ieder op hun eigen manier, hebben ervaren. Wij willen u daarom vragen om uw ervaringen met de combi behandeling te vertellen; we horen graag alle ervaringen en gebeurtenissen die daarbij belangrijk waren voor u persoonlijk.”

“Dus uw mening over en beleving van de behandeling staat centraal bij dit interview. Wij beschouwen u als de expert”.

“Neemt u alstublieft alle tijd die u nodig heeft. Wij zullen vooral luisteren en proberen om u niet te onderbreken. Wij zullen af en toe aantekeningen maken.”

“Heeft u nog vragen vooraf?”

Behandelstappen

Om onze vragen beter te kunnen toepassen aan uw situatie willen wij aan het begin weten welke van die volgende behandelstappen u zich herinnert gevolgd te hebben.

Welke van deze behandelstappen herinnert u zich?

Stappen (sessie)	Inhoud	
(1) face-to-face	Doel stellen Registratieschrift	☐
(2) online	Registratie bespreken Zelfcontrolemaatregelen Medicatie	☐
(3) face-to-face	Registratie bespreken Omgaan met trek	☐
(4) online	Registratie bespreken Uitlokkers	☐
(5) face-to-face	Registratie bespreken Omgaan met uitlokkers	☐
(6) online	Registratie bespreken Stof tot nadenken	☐
(7) face-to-face	Registratie bespreken Anders denken	☐
(8) online	Registratie bespreken	☐

	Anders doen	
(9) face-to-face	Registratie bespreken Actieplan	☐
(10) online	Registratie bespreken Afsluiting	☐

Vragenlijst

Algemene ervaringen met de combi behandeling

Themalijst:

Ervaringen algemeen	☐
Dingen die goed/slecht gingen	☐
Ervaringen met de counselor f2f	☐
Ervaringen met de counselor online	☐
Verwachtingen algemeen	☐
Verwachtingen online	☐
Verwachtingen face-to-face	☐
Verwachtingen counselor	☐
Eerdere ervaringen combie	☐
Eerdere ervaringen face-to-face	☐
Eerdere ervaringen online	☐
Eerdere ervaringen computer & internet	☐
Zelfbeschrijving computergebruik	☐

Ervaring blended communiceren	☐
Invloed ervaringen	☐

“KUNT U ONS, OM TE BEGINNEN, VERTELLEN WAT UW ERVARINGEN ZIJN MET DE COMBI BEHANDELING? ALLE GEBEURTENISSEN EN ERVARINGEN DIE BELANGRIJK VOOR U WAREN HOREN WE GRAAG.

Doorvragen kan altijd door...

“U noemt Kunt u er meer over vertellen?”

“U noemt ... Kunt een voorbeeld geven?”

"Zijn er naast de dingen die goed gingen ook dingen die minder goed gingen?"

"Zijn er naast de dingen die minder goed gingen ook dingen die juist wel goed gingen?"

Vragen over verandering tijdens de behandeling (vooraf, begin, tijdens, aan het eind, nu terugkijkend), b.v.

“U noemtWas dat ook aan het begin al zo?”

“Is er gedurende de behandeling iets veranderd in uw opvatting over...?”

Volgende vraag alleen stellen als de respondent veranderingen noemt.

„U noemt ... Wat maakt dat er een omslag is geweest in uw ervaring? Op welk punt van de behandeling was dit ongeveer?“

“Kunt u Zich de reden hiervoor nog herinneren?“

Doorvragen naar counselor tegenover online.

"Wat zijn uw ervaringen met het contact met de counselor op de poli?"

"Wat zijn uw ervaringen met het contact met de counselor online?"

[Doorvragen.. zijn hier tegenstrijdigheden in?]

Verwachtingen en ervaringen vooraf

“Wij willen graag iets dieper ingaan op uw verwachtingen van de combi behandeling en ervaringen voorafgaand aan deze combi behandeling”

“Welke verwachtingen had u van de combi behandeling toen het duidelijk was dat u deze behandeling ging volgen?“

“Welke verwachtingen had u van het online gedeelte van de behandeling?“

“Welke verwachtingen had u over de afspraken op de poli?“

“Welke verwachtingen had u over de counselor?“

„Welke eerdere ervaringen had u met face-to-face behandeling voor uw gezondheid zoals hier op de poli?“

„Welke eerdere ervaringen had u met online behandeling voor uw gezondheid?“

„Welke eerdere ervaringen had u in het algemeen met computer en internet?”

“Hoe zou u zichzelf beschrijven als het gaat om computergebruik in het algemeen?”

„U kent nu de combi behandeling. Had u voorafgaand aan deze behandeling reeds ervaring met online communiceren in combinatie met face-to-face afspraken? Denk hier bijvoorbeeld aan afspraken via e-mail/vergaderen, whatsapp of iets dergelijks. Kunt u daar iets over vertellen?”

Evtl. doorvraag..

“Denkt u dat dit invloed heeft gehad op de combi behandeling?”

Gebruiker

Themalijst:

Reden stoppen/doorgaan met behandeling	☐
Combi motiveert stoppen met roken	☐
Helpende onderdelen	☐
Motivatie door counselor	☐
Counselor leest informatie	☐
Stemming	☐
Verandering stemming	☐

Behandeling passend bij patiënt	☐
Eigenschappen/vaardigheden voor het volgen van de combi	☐

"Wij willen het nu graag over u als deelnemer hebben. We vragen bijvoorbeeld naar uw motivatie of over hoe het met u ging tijdens de behandeling."

Motivatie bij het volgen van de combi behandeling

"Wat maakt dat u met de behandeling bent gestopt?"

OF

"We weten dat het best lastig kan zijn om een stoppen met roken behandeling vol te houden tot het eind. Dat lukt u echter goed. Wat maakt dat u het goed volhoudt om deze behandeling te volgen?"

Check informatieblad respondent wat van toepassing is.

[De volgende vraag alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op de reden voor stoppen/doorgaan]

"Kunt u toelichten waarom[reden(en) noemen] de reden was?"

De volgende vraag aan alle respondenten stellen.

"Waren er naast ...[reden(en) noemen] voor u nog andere redenen om te stoppen/ door te gaan?"

“In hoeverre motiveerde deze gecombineerde behandeling u bij het stoppen met roken?”

“Wat was voor u het meest motiverende onderdeel van de combi behandeling?”

“Was dat meer iets wat in het face-to-face gedeelte of in het online gedeelte gebeurde?”

“Welke onderdelen hielpen u het meest om te stoppen met roken?”

“Welke onderdelen hielpen u niet of minder bij stoppen met roken?”

“In hoeverre motiveerde de counselor u? En maakte het voor u verschil of het een online contact of het een afspraak op de poli betrof?”

Evtl. doorvragen...

“Hoe bewust was u van het feit dat de counselor de online informatie leest? In hoeverre heeft dat uw ervaring met de combi behandeling beïnvloed?”

Stemming bij het volgen van de combi behandeling

“Stoppen met roken gaat meestal gepaard met de nodige stemmingen en emoties. U kunt hierbij denken aan bij voorbeeld vreugde of verdriet, woede, angst, verbazing of walging. “

“Welke emoties heeft u met name ervaren?”

“Zijn er veranderingen in uw gemoedstoestand geweest?”

Als deelnemer iets noemt doorvragen ...

“Wanneer was dat? Bij welke onderdelen van de behandeling?”

Doorvragen naar betere stemming als alleen slechtere wordt genoemd, en andersom ...

„Heeft u ook een betere/slechtere gemoedstoestand ervaren ?“

Als deelnemer iets noemt doorvragen ...

“Wanneer was dat? Bij welke onderdelen van de behandeling?”

Ressources tijdens het volgen van de combi behandeling

“Vindt u deze manier van behandelen passend bij u?”

„Waren er specifieke onderdelen die u vooral passend vond bij uzelf?“

„Om de combi behandeling goed te kunnen volgen is het belangrijk dat iemand o.a. voldoende computervaardig en gemotiveerd is. Herkent u dit? Wat zijn volgens u nog meer eigenschappen/vaardigheden die belangrijk zijn voor het kunnen volgen van een combi behandeling?“

De volgende vraag alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op de vaardigheden

“Kunt u toelichten waarom[vaardigheid noemen] nodig is?”

Eventueel doorvragen naar fysieke/mentale resources

Context

Themalijst:

Mensen rondom heen	☐
Verschillende plekken	☐
Vrijheid vs. structuur	☐
Voorlichting	☐
Techniek	☐

“Wij willen ook graag weten wat er rondom de behandeling heen gebeurde. Wat zeiden de mensen in uw omgeving? Wat vond je van de behandelplekken – hier op de poli of thuis? We zullen met de mensen in uw omgeving beginnen.”

Sociale context tijdens het volgen van de combi behandeling

“Waren mensen in uw omgeving op de hoogte van uw deelname aan de combi behandeling?

“Waarom wel / niet? Kunt u dat toelichten?”

“In hoeverre werd uw ervaring met de combi behandeling beïnvloed door mensen in uw omgeving? Denk hierbij aan familie, collega's, vrienden en anderen ... wat zij dachten, zeiden of deden.”

“In hoeverre werd u gemotiveerd (of juist niet) door mensen in uw omgeving?”

Fysieke context tijdens het volgen van de combi behandeling

"Op welke plekken heeft u de online onderdelen van de behandeling gevolgd? Waarom op deze plek?"

"Wat vond je van het feit dat je het ene moment achter je eigen computer zat en het andere moment in de spreekkamer op de poli?"

Taak context tijdens het volgen van de combi behandeling

"Het online gedeelte van de behandeling is behoorlijk gestructureerd, terwijl de afspraken op de poli wat meer vrijheid kennen. Hoe kijkt u hier tegen aan?"

"Wat vond u vooral prettig aan de vrijheid / vaste structuur?"

Evtl. doorvragen naar afleiding door andere taken bij het online gedeelte.

"Hoe druk bent u geweest met die combi behandeling?"

"Hoe druk bent u geweest met andere taken tijdens de combi behandeling? "

Technische en informatieve context tijdens het volgen van de combi behandeling

"Wat vind u van de voorlichting die u hebt gekregen over de combi behandeling?"

"Had de computer die tot uw beschikking stond invloed op uw ervaring met de behandeling?"

Evaluatie

Themalijst:

Gebruiksvriendelijkheid	☐
Gebruiksvriendelijkheid "online"	☐
Gebruiksvriendelijkheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten gebruiksvriendelijkheid	☐
Vanzelfsprekendheid	☐
Vanzelfsprekendheid "online"	☐
Vanzelfsprekendheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten vanzelfsprekendheid	☐
Toegankelijkheid	☐
Toegankelijkheid "online"	☐
Toegankelijkheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten toegankelijkheid	☐
Tevredenheid "algemeen"	☐
Tevredenheid "online"	☐

Tevredenheid “face-to-face”	☐
Verbeterpunten tevredenheid	☐
Verdeling face-to-face en online gedeelte	☐
Voordelen/Nadelen	☐

Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling

“We willen het graag hebben over de gebruiksvriendelijkheid van de gecombineerde behandeling, denkt u hierbij aan vanzelfsprekendheid, het gemak in gebruik en toegankelijkheid.”

“Kunt u vertellen wat uw ervaringen zijn met de gebruiksvriendelijkheid?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in het programma?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op gebruiksvriendelijkheid van het online gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe gebruiksvriendelijk vond u het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in het online deel van de combi behandeling?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op gebruiksvriendelijkheid van het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe gebruiksvriendelijk vond u het face-to-face gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in het face-to-face deel van de combi behandeling?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op vanzelfsprekendheid van het online gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot vanzelfsprekendheid in het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op vanzelfsprekendheid van het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot vanzelfsprekendheid in het face-to-face gedeelte van de combibehandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op toegankelijkheid van het online gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot toegankelijkheid in het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op toegankelijkheid van het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot toegankelijkheid in het face-to-face gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

Tevredenheid met de combi behandeling

“Hoe is uw algemene tevredenheid over de combi behandeling?”

“Over welke onderdelen bent u minder of meer tevreden?”

“Hoe zouden we hierin verbeteringen kunnen aanbrengen volgens u?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op het online gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe is uw tevredenheid over het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Over welke onderdelen bent u het meest en minst tevreden?”

“Hoe zouden we hierin verbeteringen kunnen aanbrengen volgens u?”

„Als u mocht kiezen waar zou u dan zelf als eerste verandering in aan willen brengen? Waarom?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe is uw tevredenheid over het face-to-face gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u een voorbeeld geven van een onderdeel waar u minder tevreden over bent?”

“Hoe zouden we hierin verbeteringen kunnen aanbrengen volgens u?”

„Als u mocht kiezen waar zou u dan zelf als eerste verandering in aan willen brengen? Waarom?”

“Kunt u een voorbeeld geven van een onderdeel waar u meest tevreden over bent?”

Verdeling face-to-face en online gedeeltes

“Wat vindt u van de verdeling face-to-face behandelingen en online sessies?”

“Wat vond u van de tijdsverdeling?”

Voordelen/nadelen

"Wat zijn voor u de belangrijkste voordelen van deze combi behandeling?"

“Wat zijn voor u de belangrijkste nadelen van deze combi behandeling?"

Afsluiting

Themalijst:

Eigen toevoeging van de patiënt	☐
Omschrijving van de behandeling	☐

Eigen toevoeging van de patiënt

„We zijn nu met onze vragenlijst eigenlijk klaar. Is er nog iets wat uw graag wilt zeggen of toevoegen waar wij het niet over hebben gehad?“

Omschrijving combi behandeling

“Dan wil ik u ter afsluiting graag nog een korte vragen stellen die niet zozeer over uw ervaringen gaan, maar wat meer praktisch van aard zijn.”

„We hebben het telkens over de combibehandeling, maar merken dat het soms lastig is om de behandeling goed te omschrijven. Heeft u hiervoor een tip of suggestie?“

Doorvragen met b.v.

“Als u de combi behandeling in 3 woorden mag beschrijven, welke 3 woorden zouden dat dan zijn?“

Afsluiting

- Check aan de hand van de topiclijsten of je alle vragen hebt gesteld en of je overall antwoord op hebt gekregen.
- Stel eventueel nog aanvullende vragen om de antwoorden compleet te maken.
- Kondig het einde van het gesprek aan.
- Geef de geïnterviewde de gelegenheid om vragen te stellen of om aanvullingen/ toelichtingen te geven
- Geef kort aan hoe de procedure van verwerking eruit ziet.
- Vraag de respondent om feedback over het interview: wat vond hij/zij van het interview?
- Bedank de respondent voor zijn/haar medewerking.

Rapport van de interviewer

Onderstaande vragen graag meteen na afloop van het interview beantwoorden

1) Waren er buiten jezelf en de respondent nog andere personen aanwezig die de vragen en antwoorden konden horen?

- ☐ Niemand aanwezig (ga door naar vraag 3)
- ☐ Anderen aanwezig

2) Is de aanwezigheid van anderen volgens jou van invloed geweest op wijze waarop respondent de vragen heeft beantwoord?

- ☐ Nee/waarschijnlijk niet
- ☐ Ja/waarschijnlijk wel, namelijk

.....

.....

.....

.....

3) Eventuele opvallende zaken voor/tijdens/na het interview

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aanvullende data over patiënt (uit b.v. eerder ingevulde vragenlijsten of DSV)

- Geslacht
- Leeftijd
- Culturele herkomst
- Burgerlijke staat
- Kinderen
- Woonsituatie
- Opleidingsniveau
- Bron van inkomst
- Dagbesteding
- Internet skills
- Fagertröm
- Rookgedrag
- Rookhistorie
- Lichamelijke klachten score
- Depressie, angst, stress score
- EuroQol score

THEMALIJST EN VRAGEN UX BSCT

Voorbereiding en introductie.....	75
Voorbereiding	75
Introductie.....	76
Vragenlijst.....	77
Algemene ervaringen met de combi behandeling.....	77
Verwachtingen en ervaringen vooraf	79
Gebruiker	80
Motivatie bij het volgen van de combi behandeling	81
Stemming bij het volgen van de combi behandeling	82
Ressources tijdens het volgen van de combi behandeling.....	83
Context	83
Sociale context tijdens het volgen van de combi behandeling	84
Fysieke context tijdens het volgen van de combi behandeling.....	85
Taak context tijdens het volgen van de combi behandeling	85
Technische en informatieve context tijdens het volgen van de combi behandeling	85
Evaluatie.....	87
Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling	88
Tevredenheid met de combi behandeling	91
Verdeling face-to-face en online gedeeltes	92
Voordelen/nadelen.....	92
Afsluiting	93
Eigen toevoeging van de patiënt.....	93

Omschrijving combi behandeling	93
Afsluiting	94
Rapport van de interviewer	95
Aanvullende data over patiënt (uit b.v. eerder ingevulde vragenlijsten of DSV)	72

Termen die die counselors gebruiken

- “Combi” behandeling
- “Online”
- “afspraken op de poli”

Voorbereiding en introductie

Voorbereiding

- Stel voor om aan een tafel plaats te nemen, bij voorkeur in een kamer waar geen anderen aanwezig zijn.
- Ga zo zitten dat de respondent moeilijk kan meelezen met wat er op papier staat of wat je opschrijft (bijvoorbeeld aantekeningen).
- Geef aan dat je het interview graag wilt opnemen en dat de opname alleen wordt gebruikt om een gespreksverslag te maken en dat de opname na afloop van het onderzoek wordt vernietigd.
- Vraag aan de respondent of hij/zij het goed vindt dat het gesprek wordt opgenomen.
- Pak de nodige materialen en zet de opnameapparatuur klaar
- Geef aan dat je, voordat je van start gaat met het interview, een testje wil doen met het opnameapparaat.
- Schakel het apparaat in spreek in: “test”, de datum van vandaag en het tijdstip”
- Vraag aan de respondent of hij de datum en het tijdstip wil herhalen.
- Spoel de opname terug en verzeker jezelf ervan de geluidsopname goed is. Pas zo nodig het geluidsniveau en/of de opstelling aan en herhaal de test totdat de geluidsopname goed is.
- Kondig aan dat je klaar bent om met het interview te beginnen.

Introductie

“(Nogmaals) hartelijk dank dat u mee wilt werken aan dit interview. Wij verwachten dat dit interview tussen 60 en 90 minuten gaat duren. Door het afnemen van interviews proberen we inzicht te krijgen in de ervaringen van deelnemers aan de gecombineerde online en face-to-face behandeling. In de rest van dit interview zullen wij deze gecombineerde behandeling “de combi behandeling” noemen. De uitkomsten geven ons meer inzicht in uw ervaring met de combi-behandeling voor stoppen met roken en helpt ons waar nodig deze behandeling te verbeteren.

“Het interview heeft geen invloed op uw werkzaamheden op de afdeling Longgeneeskunde. Uw collega's en leidinggevenden, bijvoorbeeld het teamhoofd, krijgen geen informatie over wat u hier vertelt”.

“Uw persoonsgegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en de gegevens die u tijdens het interview verstrekt worden anoniem verwerkt en zijn op geen enkele manier tot u te herleiden.”

“Zoals u weet zijn we geïnteresseerd in de ervaringen van de mensen die met de combi behandeling voor het stoppen met roken gewerkt hebben tijdens de RookvrijLeven-studie en zijn we benieuwd hoe zij dit, ieder op hun eigen manier, hebben ervaren. We willen u daarom vragen om uw ervaringen met de combi behandeling te vertellen; we horen graag alle ervaringen en gebeurtenissen die daarbij belangrijk waren voor u. “

“Dus uw mening over en beleving van de behandeling staat centraal bij dit interview.”

“Neemt u alstublieft alle tijd die u nodig heeft. Wij zullen vooral luisteren en proberen om u niet te onderbreken. Wij zullen af en toe aantekeningen maken.”

“Heeft u nog vragen vooraf?”

Vragenlijst

Algemene ervaringen met de combi behandeling

Themalijst:

Ervaringen algemeen	☐
Dingen die goed/slecht gingen	☐
Ervaringen met de patiënt f2f	☐
Ervaringen met de patiënt online	☐
Verwachtingen algemeen	☐
Verwachtingen online	☐
Verwachtingen face-to-face	☐
Verwachtingen patiënt	☐
Eerdere ervaringen combi	☐
Eerdere ervaringen online	☐
Eerdere ervaringen computer & internet	☐
Zelfbeschrijving computergebruik	☐
Ervaring blended communiceren	☐

“KUNT U ONS, OM TE BEGINNEN, VERTELLEN WAT UW ERVARINGEN ZIJN MET DE COMBI BEHANDELING? ALLE GEBEURTENISSEN EN ERVARINGEN DIE BELANGRIJK VOOR U WAREN HOREN WE GRAAG.

Doorvragen kan altijd door...

“U noemt Kunt u er meer over vertellen?”

“U noemt ... Kunt een voorbeeld geven?”

"Zijn er naast de dingen die goed gingen ook dingen die minder goed gingen?"

"Zijn er naast de dingen die minder goed gingen ook dingen die juist wel goed gingen?"

Vragen over verandering tijdens de behandeling (vooraf, begin, tijdens, aan het eind, nu terugkijkend), b.v.

“U noemtWas dat ook aan het begin al zo?”

“Is er gedurende de studie iets veranderd in uw opvatting over... ?”

Volgende vraag alleen stellen als de respondent veranderingen noemt.

„U noemt ... Wat maakt dat er een omslag is geweest in uw ervaring? Op welk punt van de studie was dit ongeveer?”

“Kunt u zich de reden hiervoor nog herinneren?”

Doorvragen naar counselor tegenover online.

"Wat zijn uw ervaringen met het contact met de patiënt op de poli?"

"Wat zijn uw ervaringen met het contact met de patiënt online?"

[Doorvragen.. zijn hier tegenstrijdigheden in?]

Verwachtingen en ervaringen vooraf

“Wij willen graag iets dieper ingaan op uw verwachtingen van de combi behandeling en ervaringen voorafgaand aan het RookvrijLeven-traject”

“Welke verwachtingen had u van de combi behandeling toen het duidelijk was dat u met deze vorm van behandelen ging werken?”

“Welke verwachtingen had u van het online gedeelte van de behandeling?”

“Welke verwachtingen had u over de afspraken op de poli?”

“Welke verwachtingen had u over de patiënt?”

„Welke eerdere ervaringen had u met een online behandeling/behandelen?”

„Welke eerdere ervaringen had u in het algemeen met computer en internet?”

“Hoe zou u zichzelf beschrijven als het gaat om computergebruik in het algemeen?”

„U kent nu de combi behandeling. Had u voorafgaand aan deze behandeling reeds ervaring met online communiceren in combinatie met face-to-face afspraken? Denk hier bijvoorbeeld aan afspraken via e-

mail/vergaderen, whatsapp of iets dergelijks. Kunt u daar iets over vertellen?”

Evtl. doorvraag..

“Denkt u dat dit invloed heeft gehad op de combi behandeling?”

Gebruiker

Themalijst:

Reden stoppen/doorgaan met behandeling	☐
Combi motiveert stoppen met roken	☐
Helpende onderdelen	☐
Motivatie door counselor	☐
Patiënt leest informatie	☐
Stemming	☐
Verandering stemming	☐
Behandeling passend bij counselor	☐
Eigenschappen/vaardigheden voor het werken met de combi	☐

"Wij willen het nu graag over u als behandelaar hebben. We vragen bijvoorbeeld naar uw motivatie en/of u de behandeling voor u passend vindt."

Motivatie bij het volgen van de combi behandeling

"Wat maakt het dat u met de ene patiënt bent gestopt met de behandeling en met een andere patiënt juist doorgaat?"

[De volgende vraag alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op de reden voor stoppen/doorgaan]

"Kunt u toelichten waarom[reden(en) noemen] de reden was?"

De volgende vraag aan alle respondenten stellen.

"Waren er naast ...[reden(en) noemen] voor u nog andere redenen om te stoppen/ door te gaan met behandelen?"

"Als u kijkt naar deze combi behandeling, in hoeverre motiveerde deze opzet u hiermee te werken?"

"Wat is voor u het meest motiverende onderdeel van de combi behandeling?"

"Is dat meer iets wat in het face-to-face gedeelte of in het online gedeelte gebeurd?"

"Welke onderdelen helpen u het meest bij het behandelen?"

"Welke onderdelen helpen u niet of minder bij het behandelen?"

“In hoeverre motiveren de reacties van de patiënten u? En maakte het voor u verschil of het een online contact of het een afspraak op de poli betreft?”

Evtl. doorvragen...

“Hoe bewust bent u van het feit dat de patiënt de online informatie gaat lezen en er daadwerkelijk wat mee doet? In hoeverre beïnvloed dat uw werkwijze?”

Stemming bij het volgen van de combi behandeling

“Het werken met een nieuwe behandelvorm gaat meestal gepaard met de nodige stemmingen en emoties.

U kunt hierbij denken aan bij voorbeeld vreugde of verdriet, woede, angst, verbazing of walging. “

“Welke emoties heeft u met name ervaren?

“Zijn er veranderingen in uw gemoedstoestand geweest tijdens dit gehele traject?”

Als deelnemer iets noemt doorvragen ...

“Wanneer was dat? Had dit meer te maken met het leren werken met deze behandel vorm of meer met een specifiek onderdeel van de behandeling?”

Als deelnemer alleen dingen noemt over het leren werken met de behandeling...

“Zijn er ook bepaalde onderdelen van de combi behandeling die meer effect hebben op je gemoedstoestand?”

Als deelnemer alleen dingen noemt over de onderdelen van de behandeling...

“Was er bij het leren werken met deze combi behandeling effect hebben op je gemoedstoestand?”

Ressources tijdens het volgen van de combi behandeling

“Vindt u deze manier van behandelen passend bij u?”

„Waren er specifieke onderdelen die u vooral passend vind bij uzelf?“

„Om de combi behandeling goed aan te kunnen bieden is het belangrijk dat iemand o.a. voldoende computervaardig is. Herkent u dit? Wat zijn volgens u nog meer eigenschappen/vaardigheden die belangrijk zijn voor een counselor om een combi behandeling aan te kunnen bieden?“

De volgende vraag alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op de vaardigheden

“Kunt u toelichten waarom[vaardigheid noemen] nodig is?”

Eventueel doorvragen naar fysieke/mentale resources

Context

Themalijst:

Mensen rondom heen



Verschillende plekken	☐
Vrijheid vs. structuur	☐
Voorlichting	☐
Techniek	☐

“Wij willen ook graag weten wat er rondom de behandeling heen gebeurt. Wat zeggen collega's, leidinggevenden en andere mensen in uw omgeving over blended behandelen? Wat vond je van de behandelplekken – hier op de poli of online? We zullen met de mensen in uw omgeving beginnen.”

Sociale context tijdens het volgen van de combi behandeling

“In hoeverre werd uw ervaring met de combi behandeling beïnvloed door mensen in uw omgeving? Denk hierbij aan leidinggevenden, collega's, familie en anderen ... wat zij dachten, zeiden of deden.”

Wat zeiden....

- ***Collega's***
- ***Leidinggevenden***
- ***Andere medewerkers van het MST bijv. secretaresses***
- ***Familie en vrienden***

- Onderzoekers van de RookvrijLeven Studie

“In hoeverre werd u gemotiveerd (of juist niet) door mensen in uw omgeving?”

Fysieke context tijdens het aanbieden van de combi behandeling

“Op welke plekken heeft u de online onderdelen van de behandeling aangeboden? Waarom op deze plek?”

“Wat vond je van het feit dat je het ene moment achter je eigen computer zat en het andere moment in de spreekkamer op de poli?”

Taak context tijdens het aanbieden van de combi behandeling

“Het online gedeelte van de behandeling is behoorlijk gestructureerd, terwijl de afspraken op de poli wat meer vrijheid kennen. Hoe kijkt u hier als counselor tegen aan?”

“Wat vond u vooral prettig aan de vrijheid / vaste structuur?”

Evtl. doorvragen naar afleiding door andere taken bij het online gedeelte.

“Hoe druk bent u geweest met die combi behandeling?”

“Hoe druk bent u geweest met andere taken tijdens de combi behandeling?”

Technische en informatieve context tijdens het volgen van de combi behandeling

“Wat vindt u van de voorlichting die u hebt gekregen over de combi behandeling?”

“Had de computer die tot uw beschikking stond invloed op uw ervaring met de behandeling?”

Evaluatie

Themalijst:

Gebruiksvriendelijkheid	☐
Gebruiksvriendelijkheid "online"	☐
Gebruiksvriendelijkheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten gebruiksvriendelijkheid	☐
Vanzelfsprekendheid	☐
Vanzelfsprekendheid "online"	☐
Vanzelfsprekendheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten vanzelfsprekendheid	☐
Toegankelijkheid	☐
Toegankelijkheid "online"	☐
Toegankelijkheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten toegankelijkheid	☐
Tevredenheid "algemeen"	☐
Tevredenheid "online"	☐

Tevredenheid “face-to-face”	☐
Verbeterpunten tevredenheid	☐
Verdeling face-to-face en online gedeelte	☐
Voordelen/Nadelen	☐

Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling

“We willen het graag hebben over de gebruiksvriendelijkheid van de gecombineerde behandeling, denkt u hierbij aan vanzelfsprekendheid, het gemak in gebruik en toegankelijkheid.”

“Kunt u vertellen wat uw ervaringen zijn met de gebruiksvriendelijkheid?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in het programma?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op gebruiksvriendelijkheid van het online gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe gebruiksvriendelijk vond u het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in het online deel van de combi behandeling?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op gebruiksvriendelijkheid van het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe gebruiksvriendelijk vond u het face-to-face gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in het face-to-face deel van de combi behandeling?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op vanzelfsprekendheid van het online gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot vanzelfsprekendheid in het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op vanzelfsprekendheid van het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot vanzelfsprekendheid in het face-to-face gedeelte van de combibehandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op toegankelijkheid van het online gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot toegankelijkheid in het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op toegankelijkheid van het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Wat is uw ervaring met betrekking tot toegankelijkheid in het face-to-face gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u ons hier wat meer over uw ervaringen vertellen?”

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

“Waar denkt u dat er verbeteringen kunnen worden aangebracht in de combi behandeling?”

Tevredenheid met de combi behandeling

“Hoe is uw algemene tevredenheid over de combi behandeling?”

“Over welke onderdelen bent u minder of meer tevreden?”

“Hoe zouden we hierin verbeteringen kunnen aanbrengen volgens u?”

De volgende vier vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op het online gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe is uw tevredenheid over het online gedeelte van de combi behandeling?”

“Over welke onderdelen bent u het meest en minst tevreden?”

“Hoe zouden we hierin verbeteringen kunnen aanbrengen volgens u?”

„Als u mocht kiezen waar zou u dan zelf als eerste verandering in aan willen brengen? Waarom?”

De volgende vragen alleen stellen als de respondent geen toelichting geeft op het face-to-face gedeelte van de combi behandeling.

“Hoe is uw tevredenheid over het face-to-face gedeelte van de combi behandeling?”

“Kunt u een voorbeeld geven van een onderdeel waar u minder tevreden over bent?”

“Hoe zouden we hierin verbeteringen kunnen aanbrengen volgens u?”

„Als u mocht kiezen waar zou u dan zelf als eerste verandering in aan willen brengen? Waarom?”

“Kunt u een voorbeeld geven van een onderdeel waar u meest tevreden over bent?”

Verdeling face-to-face en online gedeeltes

“Wat vindt u van de verdeling face-to-face behandelingen en online sessies?”

“Wat vond u van de tijdsverdeling?”

Voordelen/nadelen

"Wat zijn voor u de belangrijkste voordelen van deze combi behandeling?"

“Wat zijn voor u de belangrijkste nadelen van deze combi behandeling?"

Afsluiting

Themalijst:

Eigen toevoeging van de patiënt	☐
Omschrijving van de behandeling	☐

Eigen toevoeging van de patiënt

„We zijn nu met onze vragenlijst eigenlijk klaar. Is er nog iets wat uw graag wilt zeggen of toevoegen waar wij het niet over hebben gehad?“

Omschrijving combi behandeling

“Dan wil ik u ter afsluiting graag nog een korte vragen stellen die niet zozeer over uw ervaringen gaan, maar wat meer praktisch van aard zijn.”

„We hebben het telkens over de combibehandeling, maar merken dat het soms lastig is om de behandeling goed te omschrijven. Heeft u hiervoor een tip of suggestie?“

Doorvragen met b.v.

“Als u de combi behandeling in 3 woorden mag beschrijven, welke 3 woorden zouden dat dan zijn?“

Afsluiting

- Check aan de hand van de topiclijsten of je alle vragen hebt gesteld en of je overall antwoord op hebt gekregen.
- Stel eventueel nog aanvullende vragen om de antwoorden compleet te maken.
- Kondig het einde van het gesprek aan.
- Geef de geïnterviewde de gelegenheid om vragen te stellen of om aanvullingen/ toelichtingen te geven
- Geef kort aan hoe de procedure van verwerking eruit ziet.
- Vraag de respondent om feedback over het interview: wat vond hij/zij van het interview?
- Bedank de respondent voor zijn/haar medewerking.

Rapport van de interviewer

Onderstaande vragen graag meteen na afloop van het interview beantwoorden

1) Waren er buiten jezelf en de respondent nog andere personen aanwezig die de vragen en antwoorden konden horen?

- ☐ Niemand aanwezig (ga door naar vraag 3)
- ☐ Anderen aanwezig

2) Is de aanwezigheid van anderen volgens jou van invloed geweest op wijze waarop respondent de vragen heeft beantwoord?

- ☐ Nee/waarschijnlijk niet
- ☐ Ja/waarschijnlijk wel, namelijk

.....

.....

.....

.....

3) Eventuele opvallende zaken voor/tijdens/na het interview

.....

.....

.....

.....

