

USER EXPERIENCE BLENDED SMOKING CESSATION TREATMENT



Rik Drenth
Nick Driesman
Bachelorrapport SPH
Academie Mens en Maatschappij
Saxion Enschede

Het beste van twee werelden combineren om te stoppen met roken?

explorerend onderzoek naar de gebruikerservaringen met betrekking op het stoppen met roken van de patiënten van de gecombineerde Stoppen met Roken behandeling

Rik Drenth – 315357

Nick Driesman – 347555

Bachelorbegeleider: Jillis Kors

Academie Mens en Maatschappij

Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Enschede

Enschede, december 2017

Voorwoord

Het bachelor rapport dat voor u ligt is uitgevoerd in opdracht van Saxion hogeschool Enschede. Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met het MST, Tactus en Lutz Siemer vanuit Saxion. In dit rapport geven wij de resultaten weer die wij verkregen hebben bij het onderzoeken van de gebruikerservaringen van de gecombineerde stoppen met roken behandeling vanuit het MST. De behandeling is al een aantal jaar aan de gang, echter was er nooit onderzoek gedaan naar de ervaringen van zowel de patiënten als de counselors die met deze behandeling bezig zijn geweest.

Het onderzoek en daarbij dit bijbehorende rapport hebben wij in ons afstudeerjaar van de studie Sociaal Pedagogische Hulpverlening uitgevoerd. Het volledige onderzoek is, naast ons, tevens uitgevoerd door twee mede studenten vanuit Saxion, één student vanuit Universiteit Twente en Lutz Siemer vanuit Saxion.

Onze dank gaat uit naar onze mede studenten waarmee wij nauw hebben samengewerkt gedurende dit onderzoek, en naar Tactus en het MST om ons de mogelijkheid en het vertrouwen te hebben gegeven om het onderzoek uit te voeren. Vanuit Saxion bedanken wij Lutz Siemer voor de goede samenwerking en begeleiding gedurende dit proces.

Rik Drenth en Nick Driesman

Enschede, Augustus 2017

Inhoudsopgave

Inhoud

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting.....	6
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Doelstelling.....	8
1.3 Hoofdvragen en deelvragen	9
1.3.1 Hoofdvraag;	9
1.3.2 Theoretische deelvragen:	9
1.3.3 Praktische deelvragen :	9
1.4 Leeswijzer	10
2. Het Theoretische kader	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Face-to-face Treatment.....	11
2.3 Blended Smoking Cessation Treatment	12
2.4 Blended Care in de Nederlandse GGZ	13
3. Methode van onderzoek	15
3.1 Type onderzoek	15
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	15
3.3 Instrumenten	16
3.4 Methode van analyseren van gegevens	17
3.5 Betrouwbaarheid.....	17
3.6 Validiteit	18
3.7 Ethische overwegingen	19
4. Resultaten.....	20
4.1 Deelvraag 1; stemming van de patiënten aangaande de behandeling.....	21
4.2 Deelvraag 2; invloed van de stemming op het stoppen met roken proces	22
4.3 Deelvraag 3; ervaringen stoppen met roken tijdens de behandeling.....	25
4.4 Deelvraag 4; nodige eigenschappen voor deelname aan de gecombineerde behandeling	26
5. Conclusies	28
5.1 inleiding	28

5.2 Conclusies deelvragen	28
5.2 Conclusie hoofdvraag	30
5.3 Aanbevelingen	31
5.4 Sterktes en zwaktes onderzoek.....	32
5.5 Discussie	33
Literatuurlijst	35
Tabellen lijst	37
Bijlagen	38
Bijlage 1: Themalijst en vragen UX BSCT ²	38
Bijlage 2; Codes & Categories UX BSCT	51
Bijlage 3; vormgeving gecombineerd stoppen met roken programma	53
Bijlage 4; evaluatieformulier opdrachtgever.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 5: overeenkomst onderzoeksopdracht.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 6; Model verlengde overeenkomst onderzoeksopdracht	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 7; Beoordelingsformulier T.AMM.37555 Bachelorrapport	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Samenvatting

Samenvatting van het onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is om er achter te komen wat de gebruikerservaringen zijn van de patiënten op het gebied van stoppen met roken die hebben deelgenomen aan de Blended Smoking Cessation Treatment, ook wel de gecombineerde stoppen met roken behandeling genoemd. Hierdoor kan middels aanbevelingen de behandeling verbeterd worden. De gecombineerde stoppen met roken behandeling bestaat uit zowel face-to-face gesprekken als ook online sessies. Deze sessies wisselen elkaar om en om af.

Gedurende dit onderzoek heeft de nadruk gelegen op het inventariseren van de ervaringen van de patiënten die hebben deelgenomen aan de gecombineerde stoppen met roken behandeling, met diepgang in de stemming van de patiënten tijdens de behandeling, de invloed van de stemming op het proces van stoppen met roken, de ervaringen van de patiënten op het stoppen met roken, en welke eigenschappen volgens de patiënten nodig zijn om deel te nemen aan een gecombineerd stoppen met roken programma.

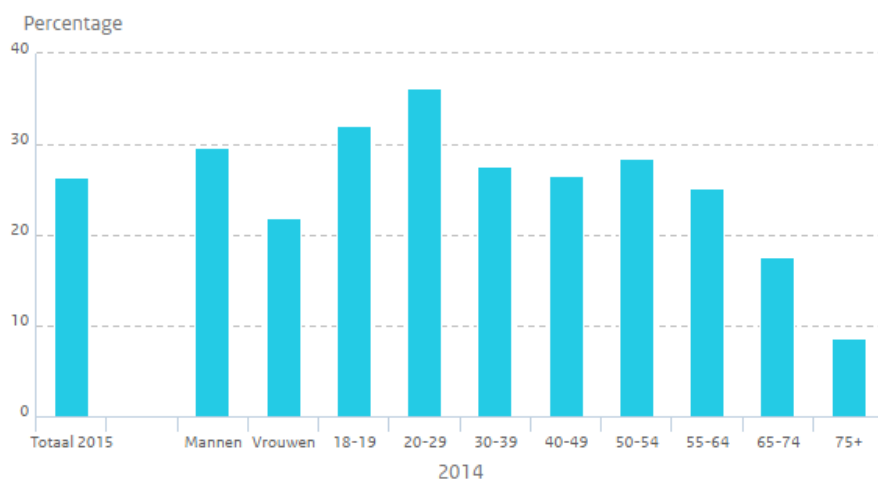
Als eerste heeft er een literatuuronderzoek plaatsgevonden. Vervolgens zijn tien respondenten geïnterviewd. Deze interviews zijn getranscribeerd, de data is gelabeld en de resultaten zijn geanalyseerd. Specifieke onderdelen uit de interviews die passen bij de deelvragen hierboven zijn apart geanalyseerd en hieruit zijn conclusies getrokken. Vanuit het beantwoorden van de deelvragen is de hoofdvraag beantwoord. Aan het eind is er een sterke en zwakte analyse gemaakt, een discussie vormgegeven en zijn er aanbevelingen gedaan.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Roken is ziekmakend en dodelijk. Er zijn ook andere diverse redenen die roken ongewenst maken. Stoppen met roken is moeilijk, daarom wordt gewerkt aan hulp hierbij. Een van de methoden die gebruikt wordt voor het stoppen met roken is de gecombineerde stoppen met roken behandeling van het MST in Enschede (MST, 2015).

Van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder rookt in 2015 een kwart (26,3%). Dit is terug te zien in Tabel 1. Van deze rokers rookt 74,4% dagelijks. Er roken meer mannen dan vrouwen. Ook het percentage dat dagelijks rookt is onder mannen hoger dan onder vrouwen. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Van de rokers kan ruim 15,6% bestempeld worden als 'zware roker'. Een zware roker is iemand die gemiddeld twintig of meer sigaretten of shagjes per dag rookt (alliantienederlandrookvrij.nl, 2016).



Tabel 1. *Percentage volwassen rokers in 2015* (CBS, 2015).

Ruim 13% van de ziektelast is toe te schrijven aan roken (Hoeymans et al., 2014). Ook wereldwijd is roken een groot probleem. Zo is in Amerika bij één van de vijf overlijdensgevallen roken een oorzaak (CDC-centers for Disease Control and Prevention, 2013). Hiermee is roken veruit de belangrijkste risicofactor. Dit komt vooral doordat roken is geassocieerd met onder meer hartziekten en (long)kanker en COPD. Roken veroorzaakt 91% van de gevallen van longkanker en 85% van de gevallen van COPD. Ook een aanzienlijk deel van de incidentie van hart- en vaatziekten wordt veroorzaakt door roken (in't Panhuis-Plasmans et al., 2012).

Om bovenstaande redenen zijn er verschillende instanties die de rokers kunnen ondersteunen bij het stoppen met roken. Één daarvan is de Stoppen met Roken Poli, gevestigd in het Medisch Spectrum Twente (MST).

Het MST heeft al enkele jaren een effectieve stoppen-met-roken polikliniek voor patiënten en bezoekers. Twee jaar geleden is de geprotocolleerde face-to-face behandeling verder ontwikkeld naar een blended care interventie: afwisselend face-to-face en online counseling.

Het doel is om een meer gebruiksvriendelijke en tevens effectievere behandeling te ontwikkelen. Hieraan werkt Tactus Verslavingszorg mee, die veel ervaring heeft met het ontwikkelen van online behandelprogramma's, zoals RokendeBaas.nl.

In deze opdracht wordt de gebruikerservaring van de Blended Smoking Cessation Treatment (BSCT) geëxploreerd. De BSCT is vertaald vanuit het Engels, in het Nederlands wordt de behandeling verwoord als de Gecombineerde Stoppen met Roken Behandeling. Hiervoor worden zowel patiënten geworven die aan het programma hebben deelgenomen, als de bij de BSCT betrokken counselors. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de factoren die de gebruikerservaring bij blended behandeling beïnvloeden en hoe de ervaring tijdens de behandeling verandert. De counselors worden geïnterviewd door middel van een semigestructureerd interview op de locatie van de Stoppen met Roken Poli in het MST. De deelgenomen patiënten worden in hun thuissetting geïnterviewd.

Er wordt in dit onderzoek gekeken naar de gebruikerservaringen van de deelgenomen patiënten en counselors van de gecombineerde Stoppen met Roken Behandeling. Nadat deze geanalyseerd zijn wordt er gekeken naar eventuele verbeterpunten in de behandeling. Doordat er wordt gekeken naar een eventuele verbetering van de behandeling om te stoppen met roken zullen er in de toekomst meer deelnemers deze behandeling succesvol afronden. Dit heeft als gevolg dat er minder mensen roken, wat een positieve bijdrage zal leveren op de gezondheidszorg. Denk hierbij aan minder sterfgevallen en ziekte zoals hartziekten, astma en longkanker waarvan roken de oorzaak is. Het MST heeft belang bij dit onderzoek zodat er eventuele punten waar de deelnemers tegenaan lopen verbeterd kunnen worden, hierdoor zal de kwaliteit van de blended behandeling verbeteren.

Tevens kan er binnen de GGZ in de toekomst eerder gekozen worden voor deze 'blended treatment' omdat zo de professionals met minder tijd en minder personeel toch een groot aantal mensen kan behandelen.

Roken is in Nederland een van de belangrijkste doodsoorzaken. Nederland telt ruim 3,5 miljoen rokers en 2 miljoen van hen zullen door roken overlijden. Elk jaar sterven circa 19.000 mensen als gevolg van roken en 20 tot 30 procent van alle kanker wordt veroorzaakt door roken (ikwilstoppenmetroken.nu, 2014).

1.2 Doelstelling

Het voornaamste doel is om de gebruikerservaringen te meten van de counselors en deelnemers van de Blended Smoking Cessation Treatment (BSCT).

Korte termijn:

Het korte termijn doel is om de gebruikerservaringen van de BSCT in kaart te brengen. Wij gaan door middel van het houden van face-to-face interviews de ervaringen bevragen. Dit zal de basis vormen voor verder onderzoek. De ervaringen worden zowel vanuit het oogpunt van de patiënten en de counselors onderzocht.

Vanuit de analyses die wij aan de hand van de data, verkregen vanuit de semi-gestructureerde interviews, worden er aanbevelingen geschreven voor de BSCT.

Lange termijn:

Aan het eind van het onderzoek willen wij gebruikerservaringen van de counselors en deelnemende patiënten van het BSCT helder in kaart hebben gebracht. Vervolgens kan de opdrachtgever van dit onderzoek met de verzamelde gegevens positieve aanpassingen aanbrengen aan het BSCT. Doordat deze aanpassingen verwerkt worden in de BSCT zal op lange termijn deze methode naar verwachting een hoger slagingspercentage hebben. Hierdoor zullen er meer mensen stoppen met roken.

1.3 Hoofdvragen en deelvragen

1.3.1 Hoofdvraag;

Wat zijn de gebruikerservaringen van de patiënten van de Blended Smoking Cessation Treatment met betrekking op het proces van stoppen met roken?

Bij deze vraag wordt er gebruik gemaakt van het woord “ervaringen”, dit woord is erg breed. Hier is bewust voor gekozen zodat wij ieder aspect van het woord open laten om te kunnen onderzoeken. Dit is een van de wensen van de opdrachtgever, deze wil het niet specifieker geformuleerd hebben. Tijdens het verzamelen van informatie door middel van het houden van diepte interviews is het streven om zoveel mogelijk aspecten van de ervaring naar boven te halen. Hierdoor hopen wij een zo groot mogelijk beeld te krijgen van de ervaringen van zowel de patiënten als de counselors van de BSCT.

1.3.2 Theoretische deelvragen:

1. Wat is face-to-face Treatment?
2. Wat is de Blended Smoking Cessation Treatment?
3. Wat heeft Blended Care te bieden voor de Nederlandse GGZ?

1.3.3 Praktische deelvragen :

1. Hoe was de stemming van de patiënten gedurende de gecombineerde stoppen met roken behandeling?
2. Hoe had de stemming van de patiënt invloed op het proces van stoppen met roken?
3. Wat zijn de ervaringen van patiënten met het stoppen met roken gedurende de behandeling?
4. Wat zijn volgens de patiënten eigenschappen die men nodig heeft om deel te nemen aan een gecombineerd stoppen met roken programma?

Om de ervaringen van de BSCT goed te kunnen meten moeten wij eerst een helder beeld krijgen wat de twee delen van de blended methode los van elkaar inhoudt. Hierom gaan onze eerste theoretische deelvragen over de verschillende onderdelen van de behandeling. We gaan kijken naar wat face-to-face inhoudt en wat de blended manier van werken inhoudt.

Omdat wij de GGZ uitstroom volgen vinden wij het van belang om er achter te komen wat de blended care te bieden heeft voor de GGZ in Nederland. Bij de derde theoretische deelvraag gaan wij hier dieper op in.

Om de hoofdvraag te beantwoorden hebben wij meerdere praktische deelvragen opgesteld. Om de vraag wat de gebruikservaringen van de patiënten met betrekking tot het stoppen met roken te beantwoorden gaan wij kijken naar de stemming gedurende de behandeling, hoe de stemming van invloed was op het proces van stoppen met roken en wat de ervaringen van de patiënten waren met het stoppen met roken zelf. Naast deze deelvragen die dienen om uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden hebben wij ook een deelvraag opgesteld om te inventariseren wat de patiënten belangrijke eigenschappen vinden om deel te kunnen nemen aan een gecombineerd stoppen met roken programma.

1.4 Leeswijzer

Voor u ligt een bachelor onderzoek over de gebruikerservaringen van de patiënten die hebben deelgenomen aan de gecombineerde stoppen met roken behandeling.

In hoofdstuk 2 staat het theoretische kader van dit onderzoek centraal. Hierin wordt antwoord gegeven op de theoretische deelvragen die in het eerste hoofdstuk van dit rapport zijn beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt de methode van onderzoek beschreven, zoals; de onderzoekspopulatie en steekproef, de methode van analyse van de gegevens, de betrouwbaarheid, validiteit en de ethische overwegingen.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten beschreven, de praktische deelvragen worden in dit hoofdstuk beantwoord en toegelicht.

Hoofdstuk 5 bevat de conclusies van de deelvragen en hier wordt de hoofdvraag beantwoord. Tevens bevat dit hoofdstuk aanbevelingen, een discussie en een sterkte/zwakte analyse van dit onderzoek.

2. Het Theoretische kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het theoretische kader behandeld. Hier worden de theoretische deelvragen door middel van literatuur beantwoord. Het betreft het kader rondom de vraagstelling.

2.2 Face-to-face Treatment

Deelvraag één: wat is face-to-face treatment? Wordt in deze paragraaf theoretisch onderbouwd.

Face-to-face is letterlijk in het Nederlands vertaald oog in oog. Mensen moeten elkaar bij face-to-face in de ogen aankijken tijdens het contact dat ze met elkaar hebben. Bij face-to-face wordt er dus in persoon tot persoon geïnterviewd of behandeld (Verhoeven, 2011). Dit contact is persoonlijk en de mensen kunnen elkaar direct zien.

Bij face-to-face wordt er gebruik gemaakt van drie zintuiglijke waarnemingen: verbaal (letterlijke inhoud), non-verbaal (zoals houding, motoriek en gezichtsuitdrukking) en paralinguaal (zoals stem, intonatie en pauzes) (Remmerswaal, 2015). Bij de meeste behandelingen tussen patiënten of cliënten en counselors of behandelaars wordt er gebruik gemaakt van een face-to-face behandelmethode. De zorgbehoevende gaat in gesprek met de behandelaar en samen werken ze aan het beoogde resultaat.

Voordat E-Health zijn intrede deed in de hulpverlening verliep iedere vorm van directe hulpverlening face-to-face. Er moest altijd in gesprek worden gegaan met de professional, want de technologie was er nog niet om het anders te doen (Verhoeven, 2011). Tegenwoordig krijgt internet een steeds grotere rol in het leven van de mens. Dit werpt ook zijn vruchten af op de hulpverlening.

Er zijn echter een aantal verschillen tussen online hulpverlening en face-to-face hulpverlening;

- Onafhankelijk van plaats en tijd

Cliënt en hulpverlener hoeven niet langer fysiek in dezelfde ruimte te zijn. Ze hoeven ook niet op hetzelfde moment actief te zijn. De cliënt kan op elk moment van de dag informatie lezen op een informatieve website, een zelftest uitvoeren of een e-mail sturen naar een begeleider. Zo is hulp 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar, op het tijdstip dat het de cliënt het beste uitkomt (Remmerswaal, 2015).

- Minder zintuiglijke waarnemingen

In de traditionele hulpsituatie met face-to-face contact zijn er tegelijkertijd drie zintuiglijke waarnemingen mogelijk: verbaal (letterlijke inhoud), non-verbaal (zoals houding, motoriek en gezichtsuitdrukking) en paralinguaal (zoals stem, intonatie en pauzes). Bij de meeste vormen van online hulpverlening blijft alleen de verbale informatie over. Er zijn alleen woorden, verder niets. Dit wordt ook wel kanalenreductie genoemd. Een uitzondering vormt communicatie via beeldbellen, want dit biedt wel een combinatie van beeld en geluid (Remmerswaal, 2015).

- Communicatie via technische hulpmiddelen

Bij online hulpverlening vindt de communicatie plaats via informatie- en communicatietechnologie (ICT). Dit vormt een groot verschil met de traditionele face-to-face hulp, waarbij ICT alleen een rol speelt in ondersteunende processen als registratie en dossiervorming (Remmerswaal, 2015).

De combinatie en wisselwerking van face-to-face en online wordt ook wel blended care genoemd. Bij de volgende deelvragen wordt er dieper op in gegaan wat blended care inhoudt, en toegelicht wat deze blended care te bieden heeft voor de Nederlandse GGZ.

2.3 Blended Smoking Cessation Treatment

Steeds meer aandacht gaat uit naar zogeheten blended care, waarbij reguliere face-to-face gesprekken gecombineerd worden met online interventies, zoals chat, beeldbellen, online behandelmodules en online inzage in het eigen gezondheidsdossier (GGZNederland, 2017).

Blended care wordt steeds meer toegepast in de gezondheidszorg. Bij een blended-care behandeling wordt online counseling gecombineerd met face-to-face counseling (Wentzel, Vaart, Bohlmeijer & Gemert-pijnen, 2016). Ook in het MST wordt de combinatie van online behandeling en face to face gesprekken toegepast op de stoppen met roken Poli. Deze behandeling wordt de blended smoking cessation treatment (BSCT) genoemd. In het Nederlands vertaald wordt dit de gecombineerde stoppen met roken behandeling genoemd. Er wordt ook nog de reguliere stoppen met roken behandeling aangeboden, een behandeling waarbij de patiënten alleen face-to-face contact hebben met de counselors. Bij de gecombineerde stoppen met roken behandeling worden de face-to-face sessies afgewisseld met online sessies. De face-to-face sessies vinden plaats in het MST op de Stoppen met Roken Poli, de online sessies kunnen de patiënten thuis volbrengen op bijvoorbeeld hun computer/laptop/iPad.

De behandeling ziet er als volgt uit; er zijn vijf face-to-face behandelingen en vijf online behandelingen die om en om worden afgewisseld. De face-to-face behandelingen vinden plaats in het MST op de stoppen met roken poli en worden begeleid door de counselors die werkzaam zijn op deze poli. De online behandelingen kunnen de patiënten volgen via hun account op de rokendebaas module van Tactus. Hoe deze behandeling is vormgegeven ziet u in bijlage 3. De sessies wisselen elkaar af, eerst face-to-face, daarna online, etc.

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). Het MST en Tactus verslavingszorg willen op deze manier meer patiënten zorg bieden, en hekelpunten zoals vervoer naar het MST worden hierdoor aanzienlijk verminderd. Dit kan ook leiden tot een lagere drempel om de behandeling te starten. Het geeft de patiënten meer vrijheid om zelf de online sessies in te plannen op het moment wat hen het meest geschikt uitkomt.

Uit bovenstaande komt naar voren dat blended care niet alleen voordelen voor de patiënten heeft, maar ook voordelen voor de counselors. Het beste van beide werelden wordt op deze manier gecombineerd.

Binnen een Noors onderzoek uitgevoerd door Wilhelmsen et al. (2013) is er onderzoek gedaan naar de motivatie van patiënten om door te gaan met een online gedragsmatige therapie gebruikmakende van blended care. Binnen de gevolgde behandeling werd er naast online sessies ook korte face-to-face sessies toegepast. De patiënten binnen dit onderzoek kwamen met milde tot middelhoge depressieve klachten en zijn vanuit de huisarts doorverwezen om deel te nemen aan deze behandeling. Patiënten met suïcidale gedachten, met psychotische beeldvorming en patiënten met drugsgebruik werden uitgesloten van deze blended behandelmethode. Binnen dit onderzoek gaven patiënten aan dat soms de face-to-face sessies te kort waren en ze meer behoefte hadden aan rechtstreekse feedback van een therapeut. Desondanks dat de face-to-face sessie soms als kort

werden ervaren dragen deze wel bij aan het percentage patiënten die de behandeling afmaakt en hiermee wordt ook het succes van de behandeling verhoogd (Prochaska & Norcross, 2001). Vanuit het onderzoek werd de conclusie getrokken dat patiënten gemotiveerder zijn de behandeling door te zetten wanneer er voldaan werd aan de behoefte aan verwantschap. Hier werd aan voldaan door solidarisatie met het online programma en de behandeling in het algemeen; het gevoel gewaardeerd en betrokken te worden door de partner, vrienden en familie en het gevoel van verbondenheid met de therapeut.

Binnen het gecombineerde stoppen met roken programma vanuit het MST is er net als bij het Noorse onderzoek zowel gebruik gemaakt van online sessies en face-to-face sessies. Het verschil is dat bij de gegeven behandeling in Noorwegen het grootste deel bestond uit een online gedeelte en een klein deel uit face-to-face. Bij het programma vanuit het MST wisselden de online sessies en face-to-face sessies elkaar af. Binnen de MST kwam dus het face-to-face gedeelte evenveel aan bod als het online gedeelte. Wanneer er meer face-to-face sessies plaatsvinden zal het gevoel van verbondenheid met de therapeut ook vergroot worden.

2.4 Blended Care in de Nederlandse GGZ

E-Health, en de digitale communicatie die daarbij komt kijken, kan veel betekenen voor de GGZ. Echter moet dit wel gecombineerd worden met menselijk contact. Face-to-face gesprekken zullen daarom altijd onderdeel blijven van de behandelingen binnen de GGZ. (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & van Os, 2016).

Volgens Delespaul et al. (2016) deed blended care zo'n tien jaar geleden de intrede binnen de geestelijke gezondheidszorg. Blended is een combinatie tussen face-to-face en eHealth behandelingen. Blended care wordt vaak gezien als een flexibele methode om zorg op maat aan te bieden.

Volgens Smeets, Martin Abello, Zijlstra-Vlasveld en Boon (2014) is er met de opkomst van het internet voor de ggz en de verslavingszorg een laagdrempeligere manier ontstaan om de doelgroep te bereiken. In het begin zijn hiervoor online tools en programma's ontwikkeld om de doelgroep te ondersteunen. Echter is er in de laatste jaren steeds meer vraag naar de implementatie van het online gebeuren bij het bestaande face-to-face aanbod. Met deze blended manier van zorg worden volgens Smeets, Martin Abello, Zijlstra-Vlasveld en Boon (2014) de voordelen van beide vormen van gezondheidszorg gecombineerd. *'De gestandaardiseerde, geprotocolleerde opzet van het online-aanbod wordt gecombineerd met direct contact waarin op maat kan worden ingegaan op vragen en problemen van de patiënt, en op motivatie en therapietrouw.'* (Volgens Smeets, Martin Abello, Zijlstra-Vlasveld & Boon 2014).

Volgens van Dorresteyn (2014) is er onlangs een initiatief vanuit zeven verslavingszorg en GGZ instellingen opgericht met als doel om binnen drie jaar 60 tot 70% van alle cliënten gebruik te laten maken van E-Health interventies, op dit moment is dat 5 tot %. Dit initiatief heet Blended7, binnen dit initiatief wisselen de zeven GGZ instellingen informatie, ervaringen en interventieprogramma's uit. Een vergelijkbaar initiatief is het G-netwerk (GGZ Delfland, 2013), dit netwerk is een samenwerkingsverband tussen innovatieve GGZ instellingen. Het doel van deze samenwerking is het aanbieden van toekomstgerichte zorg en om de kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie te verhogen (GGZ Delfland, 2013). Het G- netwerk is groeiende, steeds meer GGZ instellingen sluiten zich aan bij dit netwerk.

Door nieuwe financieringsmogelijkheden wordt het gebruik van E-mental-health interventies, waaronder ook blended care, steeds meer gestimuleerd (Rijksoverheid, 2013). De uren van een praktijkondersteuner binnen de GGZ zijn uitgebreid. Doordat er een generalistische basis binnen de

GGZ is ingevoerd wordt de eerstelijnszorg binnen de psychologie gestimuleerd om E-health interventies toe te passen (Rijksoverheid, 2013).

Vanuit het Trimbos-instituut (2015) is er een blended manier van werken ingevoerd, het project heet Kleurjeleven.nl. Binnen dit project worden online behandelingen afgewisseld met face-to-face sessies met een POH-GGZ (praktijk ondersteunend huisarts- GGZ). Het Kleurjeleven.nl project is voor patiënten met depressieve klachten. Binnen dit project wordt gekeken naar de voordelen voor zowel de patiënt als de huisartsenpraktijk. Aan dit project doen 60 POH-GGZ en 450 mee.

Inmiddels heeft het Trimbos-instituut (2017) het de Kleurjeleven.nl module geïmplementeerd in 100 huisartsenpraktijken. Vanuit het project in 2015 werd er geconcludeerd dat wanneer de POH-GGZ professional adviezen aan de patiënt gaf om met de E-health modules te beginnen, en de patiënt hierin ook begeleidt, dat het merendeel van de patiënten dit ook deed. Vanuit het project werd ook de conclusie getrokken dat de patiënten met ernstig depressieve klachten door de blended behandeling forse verbeteringen doormaakten. Patiënten met een lagere opleiding werden ook beter bereikt. (Trimbos-instituut, 2017)

Het Trimbos-instituut (2016) beschrijft ook een door het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction ontwikkeld draaiboek die blended toegepast wordt binnen de GGZ. Het draaiboek Praktijktraining infectieziekten is een e-health module waarin de theorie wordt behandeld die later tijdens praktijkbijeenkomsten kan worden toegepast. Op deze manier hoeven er geen klassikale theorielessen worden gegeven, deze doet de medewerker via de e-health module.

Vanuit de Universiteit Twente (2015) is een tool ontwikkeld die kijkt of de patiënt geschikt is voor blended care. Deze tool, Fit for Blended Care, kijkt naar welke onderdelen binnen de behandeling beter online kunnen worden gegeven en welke beter via face-to-face kunnen worden gegeven. Door deze tool te gebruiken kan de behandelaar samen met de patiënt kijken naar de invulling van de behandeling. Binnen de Blended Smoking Cessation Treatment (BSCT) wordt deze tool nog niet toegepast.

3. Methode van onderzoek

3.1 Type onderzoek

Het betreft een kwalitatief onderzoek omdat er niet met cijfers wordt gewerkt. Tijdens dit kwalitatieve onderzoek kan er aangepast worden aan de omstandigheden. Het onderzoek wordt uitgevoerd in de praktijk.

Er wordt tijdens dit onderzoek gezocht naar ervaringen en belevingen die patiënten en counselors hebben bij de Blended Care behandeling. Dat maakt ook dat dit een explorerend onderzoek is. Bij de kwalitatieve methode is het verzamelen van de gegevens open, maar ook flexibel. Zo wordt er tijdens het interview pas gekeken wat iemand beantwoordt en of daar meer informatie van nodig is of dat er een andere vraag wordt gesteld. De beleving van de patiënt of counselor staat hierbij centraal (Verhoeven, 2010).

Praktijk en toepassingsgericht betreft dit een inventariserend onderzoek. Bij het inventariserend onderzoek wordt het product beoordeeld op kwaliteit aan de hand van een doel dat is opgesteld (Smaling, 2006). Door middel van semigestructureerde interviews worden de gebruikerservaringen van de deelnemende patiënten en de counselors geanalyseerd en vervolgens geëvalueerd.

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De belanghebbenden van dit onderzoek zijn: het Medisch Spectrum Twente (Stoppen met Roken Poli), Tactus, de Universiteit Twente, Saxion University of Applied Science, Social Workers, de patiënten, de counselors, onderzoekers en de opdrachtgever. Deze groepen hebben allen betrekking op hun eigen manier tot het onderzoek. De informatie die uit het onderzoek voortkomt, kan nuttig zijn voor hen allen.

De volledige populatie van dit onderzoek bestaat uit de 35 patiënten die deze gecombineerde stoppen met roken behandeling hebben afgerond. Van deze 35 patiënten hebben er 10 gereageerd op de uitnodiging om deel te nemen aan dit onderzoek. Deze 10 patiënten vormen onze steekproef.

Daarnaast worden de drie counselors die deze patiënten hebben begeleid ook geïnterviewd. Een totaal van dertien personen. Er zijn in totaal 3 counselors die werken met deze gecombineerde behandeling. Er wordt dus de volledige populatie qua counselors gebruikt voor het onderzoek.

Omdat dit een nieuwe behandelmethode binnen het MST betreft zijn er relatief weinig patiënten die geïnterviewd kunnen worden. Het aantal mensen dat de behandeling heeft gevolgd of heeft afgerond is nog niet hoog, dat wil zeggen dat er maximaal 35 personen de Blended behandeling hebben afgerond. Van de 35 patiënten die de behandeling hebben afgerond willen er 10 meedoen aan dit onderzoek. We hopen met dit aantal diverse antwoorden te krijgen en zo genoeg informatie te kunnen verzamelen. Hierdoor hebben we keus uit een kleiner aantal mensen die vrijwillig mee willen doen aan het onderzoek.

Vanuit ethische overwegingen is de anonimiteit van de deelgenomen patiënten gegarandeerd. De patiënten worden aangeduid met een code, zoals bijvoorbeeld RA10. In de analyses en in de verslagen zullen geen persoonlijke gegevens van patiënten aan bod komen. Alleen de gegevens die vanuit de interviews naar boven zijn gekomen, de antwoorden van de patiënten. Er wordt tevens

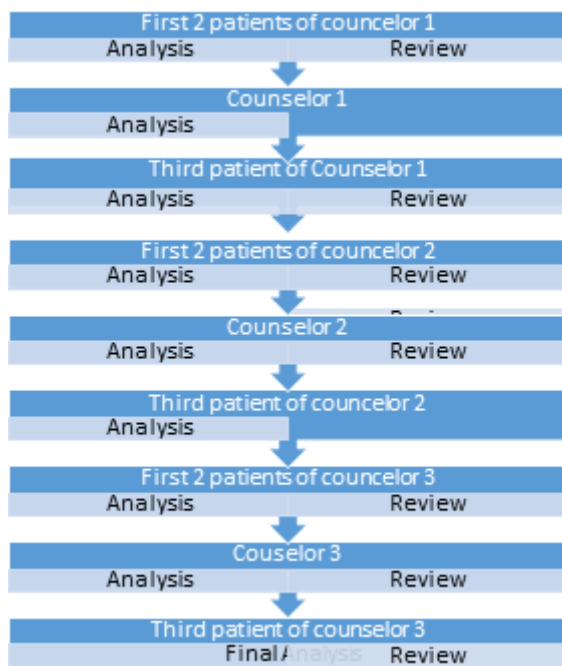
voor gezorgd dat deze niet te herleiden zijn naar de patiënt. Dit wordt ook voorafgaand aan de interviews benadrukt bij de patiënt en wordt er een formulier ondertekend waarin staat dat de patiënt hiermee akkoord gaat. Het format voor de interviewvragen is ook goedgekeurd door de ethische commissie van het MST. Binnen het onderzoek zijn de nummers behorende bij de respondenten niet gelijk aan het aantal respondenten. Zo kan het zijn dat respondent 53 aan bod komt, dit betekend niet dat er 53 mensen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Zoals eerder benoemd hebben 35 patiënten de behandeling afgerond. In totaal hebben er meer dan 600 patiënten deelgenomen aan de behandeling. De reden dat er maar 35 patiënten de behandeling af hebben gerond kan liggen aan vroegtijdig stoppen met de behandeling of het nog bezig zijn met de behandeling van de andere patiënten.

De groep wordt niet met heel veel criteria afgebakend omdat de groep anders nog kleiner wordt. We streven wel naar diversiteit in de steekproef op gebied van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, internetvaardigheden, afhankelijkheid van nicotine, en het succes van het stoppen met roken. De groep wordt benaderd door te vragen of de patiënten en counselors vrijwillig mee willen doen aan ons onderzoek.

Het volledige onderzoek is, naast ons, tevens uitgevoerd door twee mede studenten vanuit Saxion, één student vanuit Universiteit Twente en Lutz Siemer vanuit Saxion. In de bijlagen zijn de interviewvragen weergegeven van het volledige onderzoek. Het overkoepelende onderzoek kijkt naar de gebruikerservaringen bij de counselors en patiënten op meerdere vlakken van de gecombineerde stoppen met roken behandeling. Binnen deze interviewvragen komen ook vragen over het stoppen met roken zelf en de stemming gedurende de behandeling aan bod. Aan de hand van deze interviewvragen is dit specifieke onderzoek naar de gebruikerservaringen van de patiënten betrekking hebbende op het stoppen met roken zelf vormgegeven.

3.3 Instrumenten

Een methode dat hierbij past is het houden van een interview. Een interview is een vraaggesprek waarin de beleving van de geïnterviewde voorop staat. Dit sluit aan bij de kwalitatieve onderzoek vorm. De vragen die worden gesteld zijn half gestructureerd, hierbij zijn er een aantal onderwerpen waar we naar vragen maar is er ook ruimte voor eigen inbreng van de respondent (Verhoeven, 2010).



Tabel 2. Schema interview met respondent(en). (MST, 2016)

Hierboven is het schema weergegeven hoe het interview met de groep respondenten wordt afgenomen (Medisch Spectrum Twente, 2016).

Voor het houden van de interviews hebben wij een semi gestructureerde vragenlijst opgesteld. Deze is te vinden in bijlage 1.

3.4 Methode van analyseren van gegevens

Bij het uitvoeren van de interviews zijn hier audio opnames van gemaakt. De audio fragmenten werden vervolgens getranscribeerd. Voor het analyseren van de getranscribeerde interviews zijn er codes gemaakt, zie bijlage 2. Bij het coderen van het getranscribeerde interviewmateriaal werd er gebruik gemaakt van het programma CAT (Coding Analysis Toolkit). De interviewgegevens werden per getranscribeerde zin een code toegewezen. Het programma vervormde dit vervolgens per interview naar één Excel bestand. Toen alle interviews verwerkt en gecodeerd waren is er één groot Excel bestand gemaakt met alle interviewdata. Het analyseren kan, doordat het materiaal een eigen code heeft, gemakkelijk worden onderverdeeld in de verschillende aspecten van onderzochte. Bijvoorbeeld de code *verwachtingen/online* kon er eenvoudig worden uitgefilterd zodat van ieder interview alle data met die code overzichtelijk werd weergegeven.

3.5 Betrouwbaarheid

Een onderzoek wordt vaak beoordeeld op goede resultaten. Om dit te behalen wordt er gezorgd voor een betrouwbaar onderzoek. Het onderzoek moet van goede kwaliteit zijn. Toevallige fouten in de opzet en uitvoering van een onderzoek kunnen ervoor zorgen dat een onderzoek niet meer betrouwbaar is (Verhoeven, 2010).

De volgende maatregelen zijn getroffen om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten:

- Er wordt gebruik gemaakt van een interviewschema met daarin vaste onderwerpen. Dit interviewschema is terug te vinden in bijlage 1. Ook is er een vaste volgorde van het afnemen van de vragenlijst. Er is een vaste volgorde waarbij eerste drie patiënten worden geïnterviewd en vervolgens een counselor. Dit herhaalt zich in totaal drie keer.
- De interviews worden opgenomen en getranscribeerd, zo kan de informatie niet worden verdraaid. Op deze manier kunnen de interviews worden teruggeluisterd en worden geanalyseerd.
- Er wordt een semi gestructureerde interviewmethode gebruikt. Op deze manier kan er een vaste volgorde worden aangehouden, maar is er toch ruimte voor inbreng van de respondent. Hierdoor worden er diverse antwoorden gegeven en wordt er meer informatie ontvangen dan bij een gesloten vraag.
- Het onderzoek is herhaalbaar. Dit komt doordat er gebruik wordt gemaakt van een vragenlijst en de interviews worden geanalyseerd met een analysemethode. Tijdens de interviews komen er vaste onderwerpen aan bod bijvoorbeeld de sociale en fysieke context van de patiënt en de counselor.
- De patiënten en counselors doen vrijwillig mee met het onderzoek. Hierdoor zijn de patiënten en counselors gemotiveerd om deel te nemen. Wanneer ze niet vrijwillig deelnemen, kan dit invloed hebben op hun antwoorden.
- Er werd gekozen om de interviews plaats te laten vinden in een prikkel arme omgeving. In dit geval spreekkamers binnen het MST op de rookpoli. De patiënten hebben hier de behandeling gevolgd, hierom is het een vertrouwde omgeving voor de patiënt. De patiënt zal zich op het interview kunnen concentreren doordat ze niet bezig hoeven te zijn met prikkels van buitenaf en doordat ze niet aan een nieuwe omgeving hoeven te wennen. Hierdoor was de geluidsoverlast zo gering mogelijk en kon de privacy van de patiënten worden gewaarborgd.

3.6 Validiteit

Een onderzoek is valide wanneer het instrument goed is gekozen. Een voorbeeld is dat wanneer een vragenlijst genoeg betrekking heeft op de deelvragen, er een logische conclusie kan worden getrokken (Heerink et al., 2009). Er is voor dit onderzoek gekozen voor een semigestructureerd interview. De vragen worden tussendoor aangepast en op deze manier komt er een antwoord op wat er gemeten moet worden. Meten wat je wil weten. De vragenlijst is dus semigestructureerd, en deze is gecontroleerd en goedgekeurd door de opdrachtgever (de vragenlijst is als bijlage toegevoegd). De vragen die gesteld worden aan de patiënten en counselors geven antwoord op de deelvragen. Door de analysemethode kunnen we de antwoorden van de respondenten met elkaar vergelijken. De analysemethode is deductief, dat wil zeggen dat er tijdens de analyse en het coderen wordt gewerkt met categorieën die voor de dataverzameling al waren vastgesteld.

Migchiëlbrink (2009) beschrijft dat er wordt gekozen voor databronnen triangulatie wanneer er verschillende databronnen worden gebruikt. Hierdoor wordt het beeld van de onderzoekssituatie meer geldig. Bij iedere patiënt worden dezelfde vragen gesteld zodat er vanuit verschillende invalshoeken naar het bevraagde wordt gekeken. Iedere patiënt reageert immers anders.

3.7 Ethische overwegingen

Er wordt beschreven bij de ethische overwegingen hoeverre er rekening is gehouden met aspecten die eventueel ethisch gevoelig liggen. Vanuit ethische overwegingen is de anonimiteit van de deelgenomen patiënten gegarandeerd. De patiënten worden aangeduid met een code, zoals bijvoorbeeld RA10. In de analyses en in de verslagen zullen geen persoonlijke gegevens van patiënten aan bod komen. Alleen de gegevens die vanuit de interviews naar boven zijn gekomen, de antwoorden van de patiënten. Er wordt tevens voor gezorgd dat deze niet te herleiden zijn naar de patiënt. Dit wordt ook voorafgaand aan de interviews benadrukt bij de patiënt en wordt er een formulier ondertekend waarin staat dat de patiënt hiermee akkoord gaat. Het format voor de interviewvragen is ook goedgekeurd door de ethische commissie van het MST. Tevens hebben wij beide voorafgaande aan het onderzoek een contract ondertekend opgesteld vanuit het MST. Hierin werd ook beschreven dat wij een geheimhoudingsplicht hebben.

4. Resultaten

Inleiding

Tijdens dit onderzoek zijn er tien interviews gevoerd met patiënten die hebben deelgenomen aan het gecombineerde stoppen met roken programma van het MST. Tevens zijn ook de drie counselors geïnterviewd die samen met de patiënten het programma hebben doorlopen. Bij de interviews zijn de patiënten counselors vragen gesteld aangaande hun ervaringen over de behandeling. Uit de interviews zijn resultaten naar voren gekomen die betrekking hebben op de onderstaande deelvragen. Zoals hierboven en in het voorgaande hoofdstuk al benoemd is dit onderzoek onderdeel van een groot overkoepelend onderzoek. Binnen dit onderzoek zijn er kwalitatieve interviews gehouden aan de hand van de interviewvragen zoals weergegeven in bijlage 1. Doordat de interviews ieder aspect van de gebruikerservaring van de behandeling uitvraagt is er veel data verzameld. Van de interviews zijn geluidsopnames gemaakt die naderhand letterlijk getranscribeerd zijn. Door de gemiddelde duur van de interviews van één uur is er veel data verzameld en getranscribeerd. Na het maken van de transcripties zijn er bij de verzamelde data codes gemaakt. Door via het programma CAT de codes toe te wijzen aan de uitspraken van de respondenten zoals die getranscribeerd zijn is de data verdeeld in verschillende categorieën. Wanneer wij alle data hadden moeten onderzoeken die verzameld is zou dit onderzoek veel te groot zijn. Doordat wij de uitstroomroute GGZ volgen hebben wij ons gericht op de data die verzameld is over het proces van stoppen met roken, de stemming, en wat volgens de respondenten eigenschappen zijn om deel te nemen aan een gecombineerd stoppen met roken programma. De uitwerking van de verzamelde data is hieronder weergegeven en geanalyseerd.

Bij het verwerken van de data kwam bij ons de conclusie dat er niet ontzettend veel informatie is gegeven over het hierboven genoemde. Wanneer er specifiek was gekeken naar de ervaringen op het gebied van stoppen met roken en de stemming hierbij, en niet de algehele ervaringen, was er ook meer data verzameld aangaande dit onderwerp.

De nummers bij de respondenten geven niet het aantal respondenten weer. De nummers zijn tot stand gekomen uit de selectieprocedure die keek naar de patiënten die de behandeling volledig hebben afgerond, niet hoeveel respondenten er mee hebben gedaan aan de interviews.

Er zijn wisselende dingen genoemd over de stemming gedurende het onderzoek. Hieronder staan de uitkomsten weergegeven van de patiënten die informatie hebben gegeven over de stemming gedurende de behandeling. Gedurende de analyse van de interviews zijn de stemming van de patiënten in twee subcategorieën onderverdeeld. Verder is er gekeken naar de ervaringen van de patiënten met stoppen met roken. Als laatste is er onderzocht wat de respondenten als benodigde eigenschappen voor een blended behandeling zien.

De eerste deelvraag gaat over de stemming gedurende de behandeling zelf. De tweede deelvraag gaat in op de stemming betrekking hebbende op het stoppen met roken zelf en hoe de stemming van invloed is geweest in het proces van stoppen met roken. De derde deelvraag gaat in op de ervaringen in het algemeen met het stoppen met roken. Hier wordt besproken hoe de respondenten het stoppen met roken hebben ervaren, los van de stemming. De vierde deelvraag gaat in op welke eigenschappen volgens de respondenten nodig zijn om deel te nemen aan een gecombineerd stoppen met roken programma.

4.1 Deelvraag 1; stemming van de patiënten aangaande de behandeling

Hoe was de stemming van de patiënten gedurende de gecombineerde stoppen met roken behandeling?

Allereerst wordt de stemming betrekking hebbende op de behandeling zelf besproken.

Wanneer de uitspraken van de respondenten aangaande de stemming geanalyseerd worden komen er verschillende uitspraken naar boven. Respondenten 10 en 14 hebben een positieve stemming ervaren bij de behandeling zelf. Respondent 14 gaf aan dat het over het algemeen nergens last van heeft gehad en diens stemming goed was. Bij respondent 10 waren vooral de stimulatie tijdens de face-to-face bijeenkomsten bepalend voor een positieve stemming gedurende de behandeling. Respondent 25 had zowel een gevoel van succes, of zoals zelf beschreven als “yes” gevoel, tijdens de behandeling als een gevoel van schuld en zwakte. Waarin respondent 25 zich vooral zwak en schuldig voelde naar zichzelf toe en naar anderen voelde respondent 34 zich vooral schuldig tegenover de mensen van de poli, oftewel de counselors. Het grote verschil tussen het schuldige gevoel van deze twee respondenten ligt dus vooral bij wie ze de verantwoording afleggen. Bij respondent 25 is dit vooral bij zichzelf en bij andere betrokkenen en bij respondent 34 vooral richting de counselor waarmee die afspraken gemaakt heeft.

Voor respondent 10 waren vooral de stimulatie die diegene kreeg vanuit de face-to-face gesprekken bepalend voor het niet opzien tegen de sessies.

Respondent 10 zegt het volgende over diens stemming voorafgaande aan de face-to-face behandelmomenten;

- *“Ja. Nee, dat vond ik wel goed. Daar ging ik ook, uuuh, daar ging ik niet met tegenzin naartoe. En vooral in het begin natuurlijk niet, omdat je beetje gestimuleerd wordt.”*

Respondent 14 is vrij positief over diens stemming gedurende de behandeling. Deze respondent geeft aan dat de stemming vrij goed was en eigenlijk nergens last van heeft gehad. Respondent 14 doet daarover de volgende uitspraak;

- *“Tijdens de behandeling was die vrij goed. Want ik heb ook gezegd, ik ben er mee gestopt en ik heb nergens last van gehad.”*

Respondent 25 heeft wisselende stemmingen ervaren bij de behandeling. Aan de ene kant kwam er een “yes” gevoel na face-to-face sessies of iets dat online werd gelezen, aan de andere kant voelde deze respondent zich vooral zwak en schuldig dat het niet lukte. Dit gevoel en daaruit voorkomende stemming kwam vooral door het eigen gevoel dat het toch niet ging lukken, vanuit die gedachte kreeg ze ook het gevoel zichzelf en anderen voor de gek te houden. Respondent 25 zegt het volgende over diens stemming gedurende de behandeling;

- *“Nou, dat eh, wisselde nogal. Als ik van een eh, eh, face to face gesprek kwam dacht ik, yes. Ehm, dat had ik soms als ik de dingen online las ook wel. Wat was nou mijn algemene gevoel daarbij? Ehm, pffffff. Jah, het moet nou eenmaal. Ehm. Boos? Nee. Nee, vooral, eh, zwak en schuldig dat het niet lukt, en... En dat ik mijzelf en misschien nog wel weet ik veel wie, maar wat wijs zat te maken, zo van dat gaat toch niet, dat gaat toch niet gebeuren.”*

Respondent 34 gaf aan zich wel eens schuldig te voelen, vooral wanneer die bepaalde zaken niet ingevuld had. Deze respondent gaf daarover het volgende aan;

- *“Naja eigenlijk wat er gebeurd is, op een gegeven moment word je gebeld voor een afspraak of voor iets en dan ga je je een beetje schuldig voelen. Want je hebt je niet aan de afspraak gehouden. En dan denk ik ah shit. Ja je gaat je een beetje schuldig voelen naar de mensen toe en dus. Maar ze bleven altijd vriendelijk altijd, dus dat vond ik wel heel prettig. Ik heb geen een keer het gevoel gehad van joh wat ben ik fout bezig. Was ik wel, maar dat gevoel gaven ze me in ieder geval niet.”*

Doordat deze respondent zich niet aan de afspraak had gehouden kreeg deze een schuldgevoel. Dit schuldgevoel was vooral tegenover de counselors.

4.2 Deelvraag 2; invloed van de stemming op het stoppen met roken proces

Hoe had de stemming van de patiënt invloed op het proces van stoppen met roken?

Om deze vraag goed te beantwoorden gaan wij kijken naar welke uitspraken de respondenten hebben gedaan over hun stemming gedurende het stoppen met roken proces. Vanuit wat zij aangeven gaat er gekeken worden naar hoe dit van invloed is geweest op het stoppen met roken.

Respondent 10 gaf aan dat er verschillende stemmingen aanwezig waren tijdens het proces van stoppen met roken. Deze respondent kon ook vrij duidelijk aangeven welke stemmingen en gebeurtenissen die daar de oorzaak van waren van invloed waren op de behoefte aan een sigaret. Tijdens het interview had de respondent meerdere voorbeelden, hieronder een opsomming van diens uitspraken:

1. *“Dan moest ik gaan vechten om niet te gaan roken, weejwel, als ik een beetje depressief was of wat anders. Dat is heel moeilijk.”*
2. *“Ja, dat is wisselend... Dat uuh. Ene keer ben ik chagrijnig enzo, als ik er toevallig aan denk weejwel en dan.... Kijk als ik, we dansen ook 2x in de week, en dan, als ik een rot stemming heb en dan een paar keer dans dan is dat helemaal weg. Dan denk je er niet meer aan. En als er dan niemand, mijn vrouw ook, verder rookt er ook niemand. Maar dan kan ik het even van me afzetten.”*
3. *“Maar als ik uuh als ik uuh, woorden krijg zeg maar met mijn vrouw, nee maar als ik woorden krijg dan krypt dat zich op. En dan uuh.... Dan gaat dat verschillende kanten op. Ik heb ook de ziekte van Lyme, met de benen weejwel, ik heb dag en nacht pijn in mijn benen. Kijk en als je dan ergens last van hebt heb ik ook de moeite om even niet aan het roken te denken enzo... Die emoties weet je wel. Of dat iemand met de kinderen, of er wat dwarszit of wat anders enzo [mompelt....] Dan moet je even een knop omdraaien. Maar je denkt wel gauw aan... Dat deed je altijd, even een sigaretje pakken enzo...”*

4. *“Nou ik moet eerlijk zeggen ik ben er nog niet vanaf.... Komen dingen naar voren weejwel, als ik een heel ernstig conflict met mijn zoons krijg of vrouw ofzo weejwel dan geloof ik dat ik weer naar de sigaret grijp. Eerlijk waar, zover is het nog wel, daar moet ik eerlijk in wezen.”*

Allereerst komt er bij deze respondent naar voren dat bij een slechte stemming de drang naar een sigaret toeneemt. Dat blijkt uit meerdere uitspraken; bij uitspraak een zegt de respondent bij depressiviteit moeite te hebben met het gevecht om niet te gaan roken; bij uitspraak drie gaat de respondent in op dat wanneer hij woorden heeft met zijn vrouw, hij last heeft van diens benen door de ziekte van Lyme of wanneer hem iets dwars zit al snel de drang naar een sigaret toeneemt; de vierde uitspraak versterkt de derde, hierin geeft de respondent aan dat wanneer er een conflictsituatie plaatsvindt binnen de familie hij weer naar een sigaret wil grijpen. Ondanks dat de respondent veelal aangeeft bij negatieve stemming en gebeurtenissen de drang heeft om te roken is er ook iets waardoor de drang afneemt. Bij de tweede uitspraak geeft de respondent aan dat door te dansen zijn hoofd leeg wordt van de negatieve gedachten en stemmingen. Wanneer dit gebeurt, in combinatie met het door hem benoemde dat niemand bij de dansvereniging rookt, kan hij het van zich afzetten en wordt de drang naar een sigaret ook minder.

Evenals bij respondent 10 is bij respondent 509 tegenslagen en een negatieve stemming van invloed op de drang naar een sigaret. Respondent 509 zei het volgende;

- *“Het was de rekening algeheel van het MST. Die konden het niet voor elkaar krijgen, om het vergoed te krijgen zegmaar. Van de ziektekostenverzekeraar. Want wij zitten bij een groep, buitenlandsrecht, heet dat dan, en die behandelen dat. Maar dat duurt heel lang altijd. En dan zegt het MST van ja daar gaan we niet op wachten meneer want wij willen ons geld zien, voor de operatie voor dit en dat. En zodoende, en dat zijn allemaal van die kleine dingetjes. De een volgt de ander op. En dat is ook de reden dat je zegt van hup hup hup (doet alsof hij een sigaret opsteekt). (vrouw zegt: ja maar ook toen vorig jaar met de uitslag van Duitsland, toen zeiden ze nog dat uh, tenminste die artsen die dachten dat hij K had. Maar dat bleek gelukkig niet zo). Ja toen dachten ze dus ook nog eerst van uh Meneer die heeft Krebs [kanker]. Dan weet je wel wat dat is he. (mompel). Kanker. Nou uh en dan zit je wekenlang in spanning van uh, is t zo is t zo, en laten blijkt t dan toch niet. (vrouw: gelukkig niet). Dat is pffjuuw. Steek der maar weer een op. Toen was ik best wel blij. Kijk alles heeft zijn reden om te gaan roken en noem maar op en dat is gewoon ja, het is moeilijk om te stoppen. Het zou wel lukken, maar heel langzaam.”*

Deze respondent had twee belangrijke negatieve gebeurtenissen en een positieve gebeurtenis die van invloed zijn geweest op het roken. Ten eerste had hij een lopende zaak met de verzekering over de vergoeding aan het MST, hierdoor kreeg de respondent weer drang om te gaan roken. Ten tweede werd de respondent het nieuws gebracht dat er een kans was dat hij kanker zou hebben, door die spanning is de drang naar een sigaret weer omhoog gegaan bij de respondent. Het positieve is dat de respondent uiteindelijk niet is gediagnostiseerd met kanker, de respondent kreeg behoefte dit te vieren met een sigaret. De respondent geeft zelf aan dat er meerdere redenen zijn waardoor de drang naar een sigaret toeneemt, daardoor is het stoppen met roken lastig.

Respondenten 10 en 509 koppelen vooral een gebeurtenis en de daaruit ontstane stemming aan de verhoogde drang naar een sigaret. Bij respondent 75 is het naast bepaalde omstandigheden ook de stress die het stoppen zelf met zich mee bracht van invloed geweest op het weer doorgaan met roken. Deze respondent doet drie uitspraken hierover;

1. *“Nou het jammere zeg nu dat het jammer was dat het proces plaatsvond in een periode die voor mij achteraf niet gunstig bleek, door allerlei omstandigheden. En waarbij het idee van*

het stoppen met roken, nou daar flipte ik helemaal bij he. Dus het maakt me heel erg stressig en ik ben dus, ik heb een bepaalde afwijking aan mij hart. En ik merkte gewoon dat de gedachte alleen al heel, ja mijn hartslag helemaal uit cadans bracht. En dat vond ik heel naar. En op een gegeven moment leidde het bij mij tot zo veel stress dat ik zei van ik ga het niet meer doen. Dit gaat gewoon niet goed, Ik moet eerst tot ontspanning komen en vanuit ontspanning. He die ontspanning, het gevoel toelaten dat ik moet stoppen of dat ik ga stoppen met roken. Niet omdat het moet, maar ik ga. Dus ik heb ook met uhm, de begeleidster afgesproken van dit is niet mijn tijd nu, maar uhm het is voor mij belangrijk om in ieder geval fysiek ontspannen te blijven. Zo ontspannen mogelijk, ik bedoel niet extra stressfactoren te brengen en daarvoor moet ik een andere weg gaan.”

2. *“Nee het was niet de behandeling waar het probleem zat. Zo werkt het niet, want ik heb zelf gekozen voor die behandeling en ik heb ook gekozen om te stoppen met roken. Alleen ik had niet verwacht dat dat uhm, ja tot zulke gevolgen zou leiden. Maar die zitten in mij zelf. Die stress zeg maar en medicatie en weet ik veel wat nog meer. Maar niet in de behandeling.”*
3. *“Nee ik denk echt dat het niet lag aan de behandeling. Maar nogmaals in de periode waarin het dan in mijn leven plaatsvond en mijn reactie en ik had, maar goed dat was dan niet mogelijk, denk ik, meer moeten voorzien, of misschien geldt dat voor meer mensen dat weet ik niet. Dat er... Voor mij riep het stoppen met roken heel veel spanning op. Maar die spanning was niet goed voor me dus, ik moest daarnaast iets ontspannend zoeken en ik kan mij voorstellen dat er bij heel veel mensen dat die gaan flippen en dan heel gespannen worden en ieder persoon gaat daar op een aparte manier mee om, maar voor mij was het op dat moment noodzakelijk om even een time-out in te lasten. Om toch meer tot ontspanning te kunnen komen. Want die stress dat was allemaal foute boel.”*

Vanuit alle drie de uitspraken die de respondent doet kan eruit worden gehaald dat de gedachte aan het stoppen met roken en de stress die daaruit voortkwam bepalend is geweest om te blijven roken. Deze respondent gaf duidelijk aan dat de gedachte “ik moet” stoppen fout is geweest, de respondent geeft aan dat de gedachte “ik ga” stoppen beter was geweest. Vooral de periode waarin de respondent zich bevond, de stress van het stoppen met roken en de spanningen die daaruit voortkwamen zijn bepalend geweest dat de respondent weer is gaan roken.

Respondent 53 bekijkt de stemming die vanuit het stoppen met roken is gekomen vanuit hoe het voor de respondent zelf is geweest en hoe het zich uitte op diens omgeving. De respondent zei er het volgende over;

- *“Ik moet eerlijk zeggen, dat mijn omgeving zei van, ehm, we merken niks aan je, je bent niet chagrijnig ofzo, dat niet. Terwijl ik voor mijzelf wel eens had dat ik gespannen op dingen reageerde in sommige situatie, voor mijzelf. Maar dan meer van binnenuit, dan dat ik het echt uitte, zeg maar. Dus mensen zagen eigenlijk niet wat aan mij, dat kon ik heel goed verbergen. Maar voor mijzelf had ik wel op bepaalde momenten dat ik dacht van, oh shit. En wou dat ik nou dit of ik wou dat ik, dat ik een sigaret kon halen, of maar, dat je er wel, ik was er in mijn hoofd wel mee bezig. Maar niet zozeer dat, dat mijn omgeving daar last van had, dat niet.”*

Deze respondent gaf aan dat er wel wisselingen in stemming waren maar dat de respondent er voor zorgde dat deze voor de omgeving niet zichtbaar waren. De respondent geeft niet duidelijk aan welke soort situaties er voor hebben gezorgd dat deze stemming bij hem aanwezig was. De respondent was intern wel bezig met de drang naar een sigaret maar uitte dit niet naar buiten toe.

Voor deze respondent kwam uiteindelijk een keerpunt waardoor de drang naar een sigaret afnam. De respondent zei daar het volgende over;

- *“En daarna komt dan een fase van, dat je eigenlijk zoiets hebt van eh, ik heb die sigaret helemaal niet nodig, en eh, ik heb net zoveel plezier, lol, en het is net zo spannend, eigenlijk wat meer ontspannender, dan met die sigaret. En dat is ook wat mijn omgeving zegt, want mijn familie zegt wel, mijn gezin zegt en, wat mijn vrienden ook zeggen, van eh, we kennen je eigenlijk voor een gedeelte niet meer terug, je bent veel rustiger geworden, veel kalmer.”*

In de fase die de respondent beschrijft zag hij in dat de stemmingen plezier, lol, positieve spanning en ontspanning ook te bereiken waren zonder een sigaret. Dat in combinatie met de positieve berichten vanuit de omgeving, die ook de stemming verbeteren, nam de drang naar een sigaret af.

4.3 Deelvraag 3; ervaringen stoppen met roken tijdens de behandeling

Wat zijn de ervaringen van patiënten met het stoppen met roken gedurende de behandeling?

De respondenten hadden verschillende ervaringen met het stoppen met roken gedurende de behandeling. Over het algemeen waren de ervaringen negatief. Het merendeel van de respondenten gaven aan ze negatieve ervaringen hebben gehad met het stoppen met roken gedurende de behandeling. Zo geeft Respondent 10 aan: *“Ja, de ervaringen waren ups en downs, weejewel. Dat krijg je automatisch?? Enne? Maar daar moest ik, op een gegeven moment daar moest ik gewoon tegen vechten om niet te gaan roken”.*

Respondent 34 gaf aan dat de ervaring tijdens de start van de behandeling negatief was. Dit had te maken dat tijdens de introductie van de behandeling de algemene feiten over roken bekend worden gemaakt. De negatieve effecten die roken met zich mee brengt, daar was deze respondent al van op de hoogte. Doordat deze info opnieuw aan de respondent werd verstrekt zorgde dit voor een afname in motivatie om te starten met de behandeling. Een citaat uit het interview van Respondent 34 is: *“Nou uh, in het begin vond ik het uh, het meest vervelende. Want je komt binnen, en je bent dan, je wilt stoppen met roken. Omdat je je zorgen maakt om je gezondheid. En dan krijg je eigenlijk een beetje een belerend verhaaltje zo van, pas op, roken is slecht. En dan heb je eigenlijk al zoiets van pff. Dat wist ik wel, want daarom ben ik hier. Dus daar zit ik niet zo op te wachten op dat soort uh ja. Ik wil meer juist ja ondersteuning hebben.”*

Ook heeft Respondent 34 het volgende aangegeven: *“Uhm, ik heb daar, die vraag is wel eens geweest. En dan zeg ik nou ik vond het, de manier zoals ik het heb gedaan vond ik niet handig. Vond ik niet prettig. Ik zeg nah ik ben er altijd van overtuigd je moet alles dat jij denkt dat werkt, dan niet doen. Als het voor jou wel werkt, dan heb je gewonnen. Niet geschoten altijd mis. Dus gewoon doen. En ik werd laatst, van de week een heel stuk over, stoppen met roken onder hypnose. Ik heb zelfs zitten denken, dat ga ik gewoon doen.”* Hieruit valt te concluderen dat Respondent 34 een negatieve ervaring heeft gehad met betrekking tot het stoppen met roken gedurende de behandeling. Deze ervaring was zelfs zo negatief dat Respondent 34 zelfs heeft overwogen om een ander soort behandeling te gaan volgen om te stoppen met roken, zoals hypnose.

Respondent 53 had in het begin goede ervaringen met het stoppen met roken gedurende de behandeling. Het roken ging de respondent de eerste maanden goed af. Echter was de drang naar een sigaret na ongeveer 4 maanden zo groot, dat de respondent weer een sigaret heeft gerookt. In het interview geeft de respondent dit aan middels het citaat: *“Een keertje heb ik eh, na vier maand, toen heb ik echt een keer een hele zware dobber gehad dat ik dat niet van me af kon zetten.”* Hierna geeft Respondent 53 aan: *“Toen heb ik ook een pakje sigaretten gehaald, heb ik gerookt, en de ervaring daar van was dat het mij eigenlijk helemaal niet beviel.”* In het eerste citaat van Respondent 53 geeft diegene aan dat na 4 maanden de trek naar een sigaret te groot werd, en er een terugval had plaatsgevonden. Echter heeft de terugval er voor gezorgd dat Respondent 53 een negatieve ervaring met roken heeft gehad, wat zorgde voor een positieve ervaring met het stoppen met roken. Dit omdat de ervaring van het roken van een sigaret tijdens de terugval de respondent niet beviel.

4.4 Deelvraag 4; nodige eigenschappen voor deelname aan de gecombineerde behandeling

Wat zijn volgens de patiënten eigenschappen die men nodig heeft om deel te nemen aan een gecombineerd stoppen met roken programma?

De gecombineerde stoppen met roken behandeling van het MST in samenwerking met Tactus Verslavingszorg is een ander soort behandeling dan wat er in het verleden werd aangeboden. Er is ook een online gedeelte in verwerkt. In dit onderzoek is middels interviews onderzocht welke soort eigenschappen volgens de patiënten nodig zijn om deel te nemen aan de gecombineerde stoppen met roken behandeling.

Er valt middels de interviews met de respondenten te concluderen dat er bepaalde eigenschappen nodig zijn om de gecombineerde behandeling goed te doorlopen. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

Respondent 14:

“Ja, ja, je moet een beetje verstand hebben van de computer anders lukt je dat nooit natuurlijk. Dus dat is vrij logisch.”

Uit het interview met Respondent 14 bleek dat ervaring met de computer vereist is voor de gecombineerde stoppen met roken behandeling. De helft van de behandeling bestaat uit online sessies, welke op de computer moeten worden volbracht. Wanneer een patiënt geen ervaring heeft met computers of internet, dat is het volgens de respondent onmogelijk om de behandeling te voltooien.

Respondent 10 heeft geen ervaring met computers en internet. Deze Respondent heeft de behandeling ook niet afgemaakt. De respondent gaf tijdens het interview aan dat bovenstaande ook de reden is van het vroegtijdig stopzetten van de behandeling. Een uitspraak van Respondent 10 is: *“Zoals jullie, jullie vragen mij precies enzo, dat komt mij beter uit. Zal wel aan de leeftijd liggen, weejwel. Mij komt dat veel beter uit. En die computer? ja?. Ik vind het maar doods, zegmaar uuuh, dat antwoorden enzo.”*

Ook gaven de counselors aan dat ervaring met computers en internet een zeer groot voordeel met zich meebrengt tijdens het volgen van de gecombineerde stoppen met roken behandeling. Zo geeft Counselor 2 aan: *“Nou mijn ervaring als ik het dan zowel de positieve als de negatieve kant dan uhm in mijn verhaal even kort wil vertellen, is dat ik het een geschikte manier vind voor iemand die een bewuste keus maakt voor het internet.”*

Ook Counselor 3 geeft aan tijdens het interview dat ervaring met computers en internet een eigenschap is die noodzakelijk is voor het goed voltooien van de behandeling. Zo verteld de counselor: *“Wat niet zo goed ging is, er zijn veel deelnemers en dan heb ik het niet over het onderzoek, die niet duidelijk hebben voor ze beginnen wat de consequenties zijn. Wat het van ze vraagt. Die geen of nauwelijks ervaring hebben met het computergebruik.”*

Respondent 509 geeft aan dat doorzettingsvermogen ook een eigenschap is die patiënten moeten bezitten om de gecombineerde stoppen met roken behandeling te voltooien. De reden hiervan is dat er volgens de patiënten veel herhaling in de behandeling zit. Een voorbeeld hiervan is het rookschrift dat dagelijks moet worden bijgehouden.

Zo noemt Respondent 509 het volgende: *“Nou, te complex is het niet. Kijk. Ze willen natuurlijk heel graag weten waarom je gaat roken. En hoeveel tijd dat er tussen zit, tot de volgende sigaret. Waarom steek je die weer op. En uh zeg maar op welke plek ga je roken. En noem maar op. Zeg maar, dat is normaal. Maar het is wel uh zoals ik zei, intensief werk om te zeggen, ik steek om 10 uur die sigaret op, daarom steek ik hem op, en ik heb hem daar opgerookt, en ik heb er bijvoorbeeld zo veel minuten over gedaan, toen heb ik hem weer weggedaan en dat is een beetje complex. En als je dan bijvoorbeeld 20 sigaretten per dag rookt. Dan ben je 20 keer met dat verhaal bezig, waarom je die sigaret opsteekt.”*

Wanneer een patiënt niet over doorzettingsvermogen beschikt bestaat de mogelijkheid dat de herhalende aspecten van de behandeling na enige tijd niet meer worden voldaan. Het rookschrift wordt dan de eerste weken bijvoorbeeld wel bijgehouden, maar het bijhouden van het rookschrift verwaterd na een bepaalde tijd. Dit gebeurt omdat het te veel herhaling is voor de patiënten, en het saai wordt voor de patiënt om steeds hetzelfde in te vullen. Dit zorgt uiteindelijk voor een mindering in motivatie om de behandeling voort te zetten.

5. Conclusies

5.1 inleiding

In dit hoofdstuk is er een conclusie geschreven wat antwoord geeft op de hoofd en deelvragen van dit onderzoek. In paragraaf vier wordt er een sterkte-zwakte analyse opgesteld, waarin de sterktes en zwaktes van dit onderzoek worden beschreven. Als laatste wordt er een discussie beschreven omtrent de gecombineerde stoppen met roken behandeling. Er zijn ook aanbevelingen gedaan voor de behandeling en voor eventueel vervolgonderzoek. Bij de conclusie wordt er antwoord gegeven op de deelvragen, en daarmee wordt uiteindelijk ook de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord (benoemd in hoofdstuk één).

5.2 Conclusies deelvragen

Conclusie deelvraag 1; *Hoe was de stemming van de patiënten gedurende de gecombineerde stoppen met roken behandeling?*

Vanuit de gedane uitspraken van de respondenten aangaande de stemming gedurende de behandeling kunnen de volgende conclusies worden getrokken. Er waren twee respondenten die positief gestemd waren tijdens de behandeling. Een respondent had zowel een positief als negatief gevoel. Aan de ene kant had deze respondent een positief “yes” gevoel bij sommige face to face sessies en online onderdelen. Aan de andere kant voelde deze respondent zich zwak en schuldig tegenover zichzelf en betrokkenen. Een andere respondent voelde zich wel eens schuldig wanneer die zich niet aan de afspraken met de counselor heeft gehouden. Volgens Twijnstra (2012) komt schuldgevoel vanuit nalatigheid en het weigeren van dingen. In het geval van de respondent 25 was dit het nalatig zijn geweest in het volhouden te stoppen. Deze respondent geeft aan zich af te vragen wie ze nou wat wijs aan het maken was, het stoppen gaat in de optiek van de respondent toch niet lukken. De schuldgevoelens vanuit respondent 34 kwamen vooral uit het nalatig zijn geweest in het nakomen van de gemaakte afspraken.

Conclusie deelvraag 2; *Hoe had de stemming van de patiënt invloed op het proces van stoppen met roken?*

In totaal zijn er door vier respondenten uitspraken gedaan over de invloed van de stemming met betrekking tot het stoppen met roken. Er komt duidelijk naar voren dat bepaalde stemmingen en vooral de gebeurtenissen waaruit die voort zijn gekomen van invloed zijn geweest op de drang naar een sigaret. Drie respondenten gaven aan dat bij tegenslagen en een negatieve stemming de behoefte naar een sigaret weer toenam, een respondent was niet geheel duidelijk over wat voor gebeurtenissen er vooraf gingen aan de verhoogde drang naar een sigaret. Bij de twee van de drie respondenten die wel duidelijk aangaven wat de oorzaak was kan er geconcludeerd worden dat negatieve gebeurtenissen oorzaak hadden aan de verhoogde drang naar een sigaret. Bij de andere respondent was vooral de stress die voortkwam uit het stoppen met roken en de lichamelijke effecten van die stress die doorslaggevend zijn geweest om weer te gaan roken. Eén respondent geeft aan dat naast negatieve gebeurtenissen ook een positieve gebeurtenis heeft bijgedragen aan het weer gaan roken. Voor één respondent was de bewustwording dat die ook zonder een sigaret zich positief gestemd kon voelen een keerpunt om de drang naar een sigaret weg te nemen, dit ging gepaard met een positieve benadering vanuit de omgeving.

Het gevolg dat er weer gerookt wordt door een negatieve of positieve stemming aan de hand van een gebeurtenis is ook te koppelen aan cognitief gedragsmatige therapie, en dan vooral het G-

schema (GGZ-Veenendaal, 2012). Wanneer wij vanuit het G-schema het door de respondenten vertelde gaan verklaren komt er veelal naar voren dat een betekenisvolle gebeurtenis, zowel positief al negatief, de gedachten weer naar een sigaret hebben geleid. Daaruit is ook belangrijk dat vooral de gedachten en gevoelens erg dicht bij elkaar liggen. Omdat de gebeurtenis van betekenis is komt daaruit een bepaalde gedachte die gekoppeld wordt aan de gedachte en het gevoel te moeten roken (GGZ-Veenendaal, 2012). Het gevolg was dan ook dat de respondent weer is begonnen met roken of dat de drang naar een sigaret toenam. Bij een respondent kwam naar voren dat wanneer die de gedachten ergens anders op kon zetten, in dit geval door te dansen, de drang naar een sigaret ook afnam. Volgens Dekkers (2010) wordt stoppen met roken vanzelfsprekend als de roker de mentale afhankelijkheid kan loslaten. Wanneer deze mentale afhankelijkheid weg is, is er ook geen reden om te roken. Wanneer dit gekoppeld wordt aan de conclusie dat bij een betekenisvolle situatie de drang naar een sigaret toeneemt is het bevorderlijk voor het stoppen met roken van de patiënt dat niet meer mentaal afhankelijk is van de sigaret. Dit zou bereikt kunnen worden om de mentale afhankelijkheid bij betekenisvolle situatie weg te nemen bij een sigaret en ergens anders te plaatsen, bijvoorbeeld bij respondent 10 die dan gaat dansen.

Conclusie deelvraag 3: Wat zijn de ervaringen van patiënten met het stoppen met roken gedurende de behandeling?

De ervaringen van patiënten met het stoppen met roken gedurende de behandeling zijn verschillend, zo is terug te lezen in paragraaf 4.3. Er wordt aangegeven door de patiënten dat het stoppen met roken veel negatieve ervaringen met zich mee brengt. Dit was geen verrassing, want het stoppen met roken is voor veel mensen niet makkelijk en gaat gepaard met negatieve ervaringen zoals woede, stemmingswisselingen, verveling en depressie (ikstop.nl, 2012). Ook heeft de behandeling gezorgd voor negatieve ervaringen met betrekking tot het stoppen met roken, in de beginfase van de behandeling. Dit is te concluderen uit het feit dat het begin van de behandeling voor sommige patiënten te algemeen was. Er werd informatie gegeven die al bekend was bij de patiënten, en hierdoor werd de motivatie om door te gaan met de behandeling verminderd.

Er zijn ook positieve ervaringen met het stoppen met roken gedurende de behandeling. Zo deed hoogleraar Teresa Amabile onderzoek naar motivatie en stuitte op het 'Progress Principle': mensen blijven gemotiveerd als ze zichtbare vooruitgang boeken in zinvol werk (MT.nl, 2017). Dit is ook te zien in dit onderzoek. Zo merkten meerdere patiënten dat de positieve kanten van het stoppen met roken gedurende de behandeling steeds meer te merken waren. Denk hierbij aan de conditie die beter werd, patiënten merken dat ze beter gingen ruiken en het eten smaakte weer beter dan voor het stoppen met roken. Al deze voorbeelden zorgden er bij de patiënten voor dat ze meer motivatie kregen om door te gaan met de behandeling. Er ontstond voldoening bij de patiënten, het stoppen met roken werd beloond en dat was lichamelijk en geestelijk te merken.

Conclusie deelvraag 4: Wat zijn volgens de patiënten eigenschappen die men nodig heeft om deel te nemen aan een gecombineerd stoppen met roken programma?

Uit de interviews is naar voren gekomen dat er twee eigenschappen van groot belang zijn waar de patiënten over moeten beschikken, willen ze de behandeling positief afronden. In paragraaf 4.4 is terug te lezen dat de belangrijkste eigenschap ervaring met computers en internet is. Dit komt omdat de helft van de behandeling bestaat uit een online gedeelte. Wanneer een patiënt geen ervaring heeft met computers en internet wordt dit gedeelte van de behandeling een groot struikelblok.

Respondent 14 heeft in een interview aangegeven: *“Ja, ja, je moet een beetje verstand hebben van de computer anders lukt je dat nooit natuurlijk. Dus dat is vrij logisch.”*

Een counselor heeft dit ook bevestigd door te zeggen: *“Wat niet zo goed ging is, er zijn veel deelnemers en dan heb ik het niet over het onderzoek, die niet duidelijk hebben voor ze beginnen wat de consequenties zijn. Wat het van ze vraagt. Die geen of nauwelijks ervaring hebben met het computergebruik.”*

Volgens het CBS heeft in 2017 in Nederland 96,9 procent (van personen van 12 jaar en ouder) toegang tot internet(faciliteiten). Het is dus veilig om te zeggen dat de gecombineerde stoppen met roken behandeling aansluit op de huidige manier zorg geven. De mensen in Nederland zijn bekend met het internet, en hebben faciliteiten zoals een laptop waarmee ze het online gedeelte van de behandeling kunnen volbrengen. Echter is er geen rekening gehouden met de oudere generatie van patiënten die deelnemen aan de behandeling. Zo geeft Respondent 10 aan: *En die computer? ja?. Ik vind het maar doodsa, zeg maar uuuh, dat antwoorden enzo.”* Respondent 10 gaf aan dat hij nooit een computer of laptop heeft gehad, omdat hij daar de noodzaak niet van inzag. Tegenwoordig is internet ondenkbaar, maar meerdere jaren terug was er nog geen sprake van internet. Daarom moet er voor de ‘oudere’ generatie ook een reguliere face-to-face behandeling blijven bestaan.

5.2 Conclusie hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *Wat zijn de gebruikerservaringen van de patiënten van de Blended Smoking Cessation Treatment met betrekking op het proces van stoppen met roken?*

Om tot een antwoord te komen op de hoofdvraag zijn er vier deelvragen opgesteld, waar in de paragrafen hierboven al conclusies uit zijn getrokken. Middels deze conclusies kan antwoord gegeven worden op de hoofdvraag.

De gebruikerservaringen van de patiënten van de BSCT met betrekking op het proces van stoppen met roken zijn verschillend. Uit het onderzoek blijkt wel dat er een negatieve trend te herkennen is bij de respondenten. Op het gebied van stemming zijn de gebruikerservaringen bij een betekenisvolle situatie negatief. Dit komt omdat op dat moment de behoefte om weer te gaan roken vergroot wordt. Betekenisvolle situaties kunnen zowel negatief als positief zijn, denk hierbij aan een ruzie met familieleden (negatief) of het winnen van een groot geldbedrag (positief). Volgens Korrelboom, Peeters, Blom en Huijbrechts (2008) kan bij een negatieve situatie, een positieve prikkel de negatieve lading van de situatie doen verminderen. Zo is ook uit dit onderzoek gebleken; doordat de respondent op dat moment nog een dusdanig positieve prikkel ervaarde bij het roken, werd er weer gerookt wanneer er een negatieve situatie zich voordeed. Bij de positieve situatie werkte de positieve prikkel van het roken versterkend.

Dus naast dat roken weer wordt opgepakt bij een betekenisvolle situatie, kan het roken zelf ook negatieve ervaringen met zich mee brengen. Denk hierbij aan woede, stemmingswisselingen, verveling en depressie (ikstop.nl, 2012). Gedurende de beginfase van de behandeling ervoeren de respondenten ook negatieve ervaringen doordat de gegeven informatie vaak al bekend was bij de respondenten. Hierdoor werd de motivatie om te stoppen met roken minder. Volgens Kuipers (2009) zijn er verschillende oorzaken voor onder prestatie. Een gebrek aan motivatie, door te weinig uitdaging in de taak, is hier één van. Wanneer de patiënt door al voor hem/haar bekende informatie

niet genoeg uitdaging krijgt of geprikkeld wordt, wordt de motivatie om te presteren ook minder. Oftewel, de motivatie om het stoppen met roken vol te houden gaat omlaag.

5.3 Aanbevelingen

Tijdens het maken van het theoretische kader rondom dit onderzoek kwamen wij erachter dat er nog vrij weinig bekend was over blended care, dit komt vooral door de recente aard van deze manier van behandelen. Tijdens het houden van de interviews is er naar veel verschillende onderwerpen gekeken naast de stemming tijdens de behandeling, de stemming tijdens het stoppen met roken, de ervaring van de patiënten met het stoppen met roken en de door de patiënten genoemde eigenschappen die nodig zijn voor een blended care behandeling. De verschillende onderwerpen waar naar gevraagd is staan in bijlagen 1 en 2. Doordat er naar veel aspecten van de ervaring gedurende de interviews is gevraagd is er van daaruit veel informatie vergaard. Echter doordat er meerdere studenten betrokken zijn geweest en er een tijdsdruk was is er binnen dit bachelor rapport en onderzoek alleen de bovengenoemde onderwerpen onderzocht en uitgewerkt. Een ander duo vanuit Saxion heeft onderzoek gedaan naar de gebruikservaringen van de patiënten en de counselors. Doordat dit onderdeel het meest voorkwam vanuit de interviews hebben wij ons binnen dit onderzoek op een paar specifieke punten gericht, namelijk de stemming tijdens de behandeling, de stemming tijdens het stoppen met roken, de ervaring van de patiënten met het stoppen met roken en de door de patiënten genoemde eigenschappen die nodig zijn voor een blended care behandeling. Echter doordat dit onderwerp summier naar voren is gekomen binnen de interviews is er weinig diversiteit aan informatie. Wanneer het interview minder vorm was gegeven om alle gebruikservaringen in kaart te brengen en de vragen specifieker waren geweest in de binnen dit onderzoek uitgewerkte onderwerpen, had er in dit onderzoek dieper in kunnen worden gegaan op deze aspecten. Echter hebben wij ook gemerkt dat het voor de respondenten moeilijk is bepaalde herinneringen op te halen aangaande de stemming bij de behandeling en over het stoppen met roken zelf. Wanneer er tussentijds gedurende de behandeling evaluatiemomenten plaatsvinden die vragen naar de stemming en de ervaringen met het stoppen met roken, dan kan er ook gericht worden onderzocht wat dit zijn en wanneer deze optreden. Tevens kwam er uit het onderzoek naar voren dat motivatie een grote rol speelt in de prestatie om het stoppen met roken vol te houden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat al bekende informatie een demotiverende factor vormde. Een aanbeveling is dat er een app zou kunnen worden ontwikkeld waarop het online gedeelte eenvoudig is te gebruiken en de patiënt ook zelf kan kiezen welke informatie die krijgt. Dit kan bijvoorbeeld wanneer de app vooraf de bestaande kennis toetst bij de patiënt en aan de hand hiervan voor de patiënt onbekende informatie introduceert. Hierdoor zouden er betere resultaten uit het onderzoek kunnen komen. De behandeling had zo meer aangesloten bij de patiënten omdat zo het gebruik sneller, makkelijker en persoonsgerichter is.

Vervolgonderzoek zal zich dan ook kunnen richten op de vormgeving en implementatie van de hierboven genoemde app.

Er kan ook vervolgonderzoek gedaan worden naar de binnen dit onderzoek aan bod gekomen zaken. Wanneer er specifieker wordt gekeken naar het proces van stoppen met roken zelf kan dit ook beter onderzocht worden. Zoals hierboven al aangegeven is het dan beter hier gedurende de behandeling onderzoek naar te doen en niet naderhand. Wanneer er tijdens het proces van behandelen onderzocht word kan er ook beter in kaart worden gebracht wanneer er veranderingen zijn en op welke momenten de patiënt erger tegenaan loopt.

5.4 Sterktes en zwaktes onderzoek

Sterktes	Zwaktes
➤ Werken in duo's	➤ Kleine steekproef
➤ Opdrachtgever aanwezig bij interviews	➤ Achterstand in technologie (online gedeelte)
➤ Kennis en ervaring over onderzoeksonderwerp	

Sterktes

Werken in duo's

De samenwerking tussen onderzoeker 1 en onderzoeker 2 van dit onderzoek draagt bij aan de betrouwbaarheid, validiteit en de kwaliteit van dit onderzoek. Van beide onderzoekers zijn de kwaliteiten en valkuilen besproken, waarnaar de kwaliteiten gebundeld zijn. Tevens is er gewaakt voor de valkuilen van beide onderzoekers. Een voorbeeld van het bundelen van kwaliteiten is de combinatie tussen de kennis van onderzoeker 1 over verslavingszorg, en de zakelijke schrijfstijl van onderzoeker 2. Dit heeft bijgedragen aan het eindresultaat van dit bachelor rapport.

De onderzoekers van dit onderzoek hebben er naar gestreefd het onderzoek zo goed mogelijk uit te voeren. Dit hebben zij gedaan door feedback te vragen aan verschillende docenten, de opdrachtgever en medestudenten. Ook zijn er gedurende het onderzoek verschillende overleg momenten geweest. Er is veel aandacht besteed aan zelfdiscussie en hierdoor werd er met een kritische blik naar het onderzoek gekeken. Op deze manier werd de kwaliteit gewaarborgd, door continu te controleren.

Opdrachtgever aanwezig bij interviews

Zoals bij de betrouwbaarheid is genoemd is de opdrachtgever bij elk interview aanwezig geweest om zo controle te houden over de omstandigheden tijdens de verschillende interviews. Tevens werd er op deze manier bewaakt dat ieder interview dezelfde structuur en richting had.

Kennis en ervaring over onderzoeksonderwerp

Een van de twee onderzoekers rookt zelf, en heeft meerdere pogingen gedaan om te stoppen met roken. Dit maakt dat hij kennis en ervaring heeft met stoppen met roken. Hierdoor was het voor de onderzoeker makkelijk om zich te verplaatsen in de geïnterviewde patiënten en konden er zo ook specifieke vragen gesteld worden en dieper op bepaalde aspecten worden ingegaan.

Zwaktes

Kleine steekproef

De steekproef is niet groot. Er zijn totaal 10 patiënten geïnterviewd, welke moeten zorgen voor een indicatie van ervaringen over de behandeling. Er hebben echter meer dan 40 patiënten deelgenomen aan de behandeling, en dit zorgt voor een lagere generaliseerbaarheid voor de gehele gecombineerde stoppen met roken behandeling van het MST en Tactus. De kans op een ander resultaat bij eenzelfde steekproef wordt hierdoor groter. De kleine steekproef was echter geen bewuste keuze en niet te voorspellen. Dit omdat de onderzoekers afhankelijk waren van patiënten die wilde meewerken met het interview. Ook zijn er meerdere patiënten niet komen opdagen bij geplande interviews.

Achterstand in technologie (online gedeelte)

Cijfers van Telecompaper laten zien dat in het jaar 2016 van de Nederlanders van 18 tot 80 jaar, 85 procent in het bezit was van een smartphone. De gecombineerde stoppen met roken behandeling bij het MST is nog niet zo geavanceerd, waardoor de online behandelingen moeten worden uitgevoerd via een computer, laptop of een tablet dat draait op Android. Dit houdt in dat de opdrachten zoals het rookschrift (wat dagelijks moet worden bijgehouden) niet kunnen worden uitgevoerd op een iPad of op een smartphone. Dit zorgt ervoor dat het online gedeelte bij sommige patiënten meer als een belemmering wordt gezien dan als een aanvulling, omdat deze patiënten de opdrachten moeten invullen in hun vrije tijd, of op een moment wanneer zij een computer ter beschikking hebben.

5.5 Discussie

Binnen het onderzoek is er veel gekeken naar de stemming gedurende het stoppen met roken programma. Hierover worden door de respondenten een aantal dingen gezegd die van waarde zijn voor het onderzoek. Echter is er niet veel gevraagd naar de positieve effecten die het stoppen met roken op de patiënt heeft gehad. Dat roken slecht is voor de gezondheid is algemeen bekend. Zo wordt volgens KWF kankerbestrijding (z.j.) ongeveer 30% van alle kindersterfte veroorzaakt door roken. Niet alleen voor de roker zelf maar ook voor de omgeving is het inademen van rook van tabak slecht voor de gezondheid, zo is volgens KWF kankerbestrijding (z.j.) de kans voor niet rokers die veel in aanraking komen met tabaksrook op longkanker 20% meer. Als hulpverlener die het toelaat dat de cliënt tijdens persoonlijke momenten rookt in mijn bijzijn schrik ik hier wel van. Wanneer mijn cliënt überhaupt niet zou roken zou dit risico bij mij als hulpverlener niet aanwezig zijn.

Nu vragen wij ons af wat nou precies de positieve effecten van het stoppen met roken zijn. Allereerst is het voor de omgeving, zoals mijzelf als hulpverlener met rokende cliënten, positief. Wanneer er geen sprake is van meeroken is die 20% meer kans op longkanker ook niet aanwezig. Tevens sterven er volgens het Trimbos Instituut (z.j.) door meeroken naar schatting enkele duizenden per jaar aan hartaandoeningen en enkele honderden aan longkanker. Wanneer er geen of minder sprake is van meeroken zullen deze sterftegevallen ook logischerwijs afnemen. Naast positieve omgevingseffecten zijn er ook zeer zeker goede effecten op de persoon zelf die stopt met roken. Hieronder worden de positieve effecten beschreven door het Trimbos Instituut (z.j.) van stoppen met roken voor de persoon die stopt weergegeven;

- Na 24 uur beginnen de longen zich te reinigen. Vaak wordt slijm opgehoest en de koolmonoxide is al uit het lichaam.
- Na 48 uur is de verslavende stof nicotine uit het lichaam. De zintuigelijke waarnemingen als ruiken en proeven zijn al beter.
- Na 72 uur krijg je meer energie en adem je beter.
- Na 2 tot 12 weken treedt er verbetering op in de longfunctie en de bloedsomloop.
- Na 1 maand is er verbetering van de conditie en gaat bewegen makkelijker, ook verdwijnt het rokershoestje.
- Na 1 jaar gestopt te zijn is het risico op hart- en vaatziekten gehalveerd. Ook neemt in de komende jaren het risico voor andere ziekten steeds verder af.
- Na 5 tot 15 jaar is het risico op een beroerte gelijk aan die van een niet-roker
- Na 10 jaar is er naast een verminderd risico van allerlei soorten kanker, het risico op longkanker gehalveerd.
- Na 15 jaar gestopt te zijn is er net zo veel risico op hart- en vaatziekten als bij iemand die niet gerookt heeft.

Zoals hierboven te zien is, is er zowel op de korte als op de lange termijn voor de persoon die stopt met roken erg veel voordeel. De gezondheid gaat er sterk op vooruit wanneer een persoon stopt met roken. Wanneer deze feiten zo worden weergegeven lijkt een wereld zonder roken ideaal. Voor de roker zelf en diens omgeving zal dit ook zeker het geval zijn.

Wanneer wij het vanuit de maatschappij bekijken zal een rookvrij Nederland de maatschappij zo'n 2,4 miljard euro besparen (StopRokenVandaag, 2015). Het lijkt op deze manier een win-win situatie. Echter zou dit onderzoek zijn gedaan wanneer er niemand zou roken? Zou er een gecombineerd stoppen met roken programma bestaan wanneer niemand rookt? Wanneer niemand rookt zullen er geen hulpverleners bestaan die mensen helpen te stoppen met roken. Naast veel voordelen bij een rookvrij Nederland zijn er ook nadelen aan verbonden. Roken levert veel geld op en bespaart kosten. Volgens het RIVM (2012) zou in het geval van een rookvrij Nederland de gemiddelde levensverwachting stijgen. Door de gestegen levensverwachting zullen de extra kosten aan AOW en andere ziekten zoals dementie toenemen, deze uitgaven zullen hoger uitkomen dan de uitgaven die nu gedaan worden voor ziekten veroorzaakt door roken (RIVM, 2012). Tevens levert volgens StopRokenVandaag (2013) roken 230 miljoen aan werkgelegenheid op.

Betekend dit dan dat er moet worden gestopt met het vormgeven van een rookvrij Nederland? Het antwoord daarop is nee. Volgens onderzoek gedaan door de Universiteit Maastricht, het RIVM en het Trimbos Instituut (2016) blijken er op langere termijn meer winsten behaald te worden, ook op maatschappelijk niveau. Zo wordt er beschreven dat door maatregelen als campagnes en accijnsverhoging het aantal rokers drastisch kan worden vermindert. Door deze maatregelen zal er een daling zijn in zorgkosten en een stijging in productiviteit en inzetbaar van werkenden. Tevens zal er een stijging zijn in belastinginkomsten vanuit accijnzen. Naast een winst in de gezondheid van de bevolking zal het de maatschappij vanaf 2050 1,7 miljard per jaar opleveren. Tevens zal nog maar 7,7% van de bevolking roken.

Literatuurlijst

Ardon, A. (2017). *Niets zo motiverend als zichtbare progressie*. Geraadpleegd op 17 december 2017, van; <https://www.mt.nl/business/arend-ardon-niets-zo-motiverend-als-zichtbare-progressie/537790>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017). *Internet; toegang, gebruik en faciliteiten*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van; <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83429ned&D1=0&D2=23&D3=0&D4=a&VW=T>

Dekkers, L. (2010). *Allen Carr's Easyway 'stoppen met roken' als methode voor gedragsverandering op de werkvloer*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van; https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/20302/17251_IDBDocBijlage_2031_100820%20Masterthese_Dekkers_2010.pdf

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W. & Os, J. van. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en een betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Dorresteijn, M. van. (2014). *E-health in minimaal ggz-behandelingen*. Geraadpleegd op 6 december 2017, van; <https://www.ggz-delfland.nl/nieuws/details/article/ondertekening-samenwerkingsovereenkomst-minddistrict.html>

GGZ Delfland. (2013). *Ondertekening contract minddistrict*. Geraadpleegd op 6 december, van; <https://www.ggz-delfland.nl/nieuws/details/article/ondertekening-samenwerkingsovereenkomst-minddistrict.html>

GGZ-Veenendaal. (2012). *G-training; cursus cognitieve therapie*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van; <https://www.ggzveenendaal.nl/wp-content/uploads/2014/10/Werkboek-G-training.pdf>

Heerink, M., Bratti-Werf, M. van der, Pinkster, S. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn: Een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Heuvel, T. van der. (z.j.). *RookvrijLeven: Een usability test naar de nieuwe Blended care interventie van de Stoppen met Roken Poli van het MST in Enschede*. Geraadpleegd op <http://essay.utwente.nl/68333/1/Heuvel%2C%20T.%20van%20den%20-%20s234595%20%28verslag%29.pdf>

Hoeymans et al. (2014). *Trend in roken volwassenen*. Geraadpleegd van: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends#!node-trend-roken-volwassenen>

Ikstop.nl. (2012). *Ontwenningverschijnselen: een uitgebreide lijst van 'mogelijkheden'*. Geraadpleegd op 17 december, van; <https://ikstop.nl/ontwenningverschijnselen-een-uitgebreide-lijst-van-mogelijkheden>

Ikwilstoppenmetroken.nu. (2014). *Roken in Nederland: Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 4 november 2016, van <http://www.ikwilstoppenmetroken.nu/feiten-en-cijfers-over-roken/>

Korrelboom, K., Peeters, S., Blom, S., Huijbrechts, I. (2008). *Competitive memory training voor paniekstoornis*. Geraadpleegd op 19 december, van; <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03076444>

Kuipers, J. (2009) *Onderpresteren*. In: *Handboek hoogbegaafdheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

KWF Kanker Bestrijding. (z.j.). *Gevolgen van roken*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van; <https://www.kwf.nl/preventie/roken-en-kanker/Pages/gevolgen-van-roken-.aspx>

Medisch Spectrum Twente (2016) *Interview Guide UX BSCT RookvrijLeven-Studie*. P-1 versie 1

Migchiëlbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). *Brief aan de tweede kamer over POH-GGZ en de generalistische basis GGZ*. Geraadpleegd op 6 december 2017, van; <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/kamerstukken/2013/05/17/voorhangbrief-poh-ggz-en-generalistische-basis-ggz>

MST & Tactus (2014). *Rookvrij leven. Blended behandeling*. Online teksten. Intern document

Panhuis in't – Plasmans et al. (2012). *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Geraadpleegd van: https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/rapport_kvz_2012_2_zorgkosten_van_ongezondgedrag.pdf

Prochaska, J., Norcross. J.(2001) *Psychotherapy; Stages of change*. Geraadpleegd op 8 december 2017, van; <http://www.cs.uu.nl/docs/vakken/b3pet/2001%20stages%20of%20change%20Prochaska%20and%20Norcross.pdf>

Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2012). *Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 19 december 2017, van; https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/o16557_kvz-2012-2-zorgkosten-van-ongezond-gedrag.pdf

Roken de baas. (2016). *Roken de baas*. Geraadpleegd van; www.rokendebaas.nl

Siemer, L., Pieterse, M.E., Brusse-Keizer, M., Postel, M.G., Ben Allouch, S. & Sanderman, R. (2016). *Study protocol for non-inferiority trial of a blended smoking cessation treatment versus face-to-face treatment (LiveSmokeFree-Study)*. Geraadpleegd op <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3851-x>

Smaling, A. (2006). *De probleemstelling bij kennisgericht en praktijk onderzoek*. Geraadpleegd op: https://www.researchgate.net/profile/A_Smaling/publication/46681916_De_probleemstelling_bij_kennisgericht_en_praktijkgericht_onderzoek/links/02e7e5358bd0b22e32000000.Pdf

Smeets, O., Martin Abello, K., Zijlstra-Vlasveld, M., Boon, B. (2014). *E-health in de GGZ: hoe staat het daar nu mee?* geraadpleegd van;

StopRokenVandaag. (2015). *Wat kost roken de Nederlandse maatschappij? Het levert geld op!* Geraadpleegd op 18 december 2017, van; <http://www.stoprokenvandaag.nl/tabak-roken-en-tabaksindustrie/wat-kost-roken-de-nederlands-maatsschappij/>

Trimbos-instituut (2015) *succesvolle start blended Kleurjeleven.nl in de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd op 8 december 2017, van;

<https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1543>

Trimbos-instituut (2016) *nieuwe Blended Training 'infectieziekten in de GGZ'*. Geraadpleegd op 8 december 2017, van; <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1983>

Trimbos-instituut (2017). *Blended Kleurjeleven: meer kansen in de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd op 8 december 2017, van; <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=2265>

Trimbos-instituut. (Z.j.) *Effecten gezondheid stoppen met roken*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van; <https://www.rokeninfo.nl/publiek/info-over-stoppen/effecten-gezondheid-stoppen-met-roken>

Trimbos-instituut. (Z.j.) *Maatschappelijke effecten*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van; <https://www.rokeninfo.nl/professionals/effecten-van-roken/maatschappelijke-effecten>

Trimbos-instituut. (Z.j.) *Meeroken*. Geraadpleegd op 18 december 2017, van; <https://www.rokeninfo.nl/professionals/cijfers-gebruik-en-gevolgen/meeroken-risicos>

Twijnstra, T. (2012). *Wat is de diepere betekenis van schuld en schaamte?* Geraadpleegd op 17 december 2017, van; <http://voltare.nl/?p=7385>

Universiteit Maastricht, RIVM & Trimbos-instituut (2016). *Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging*. Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences CAPHRI, School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research. Geraadpleegd op 19 december 2017, van; https://www.kwf.nl/SiteCollectionDocuments/RapportMKBA_07-06-2016.PDF

Universiteit Twente (2015). *Fit for Blended Care*. Geraadpleegd op 8 december 2017, van; <http://www.webcitation.org/6aZxpun8r>

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Onderwijs.

Wentzel, J., Vaart, R. van der, Bohlmeijer, E.T. & Gemert-Pijnen, J.E.W.C. van. (2016). *Mixing Online Face-to-Face Therapy: How To Benefit From Blended Care In Mental Health Care*. Geraadpleegd op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4764785/>

Wilhelmsen, M., Lillevoll, K., Bech Risør, M., Høifødt, R., Johansen, M. L., Waterloo, K., Eisemann, M., Kolstrup, N. (2013). *Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study*. Geraadpleegd op 13 december 2017, van; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226213/#B24>

Tabellen lijst

Tabel 1. *Percentage volwassen rokers in 2015* (CBS, 2015).

Tabel 2. *Schema interview met respondenten*. (MST, 2016)

Bijlagen

Bijlage 1: Themalijst en vragen UX BSCT

Voorbereiding en introductie **2**

Voorbereiding 2

Introductie 3

Vragenlijst **4**

Algemene ervaringen met de combi behandeling 4

Verwachtingen en ervaringen vooraf 5

Gebruiker 6

Motivatie bij het volgen van de combi behandeling 6

Stemming bij het volgen van de combi behandeling 7

Ressources tijdens het volgen van de combi behandeling 7

Context 9

Sociale context tijdens het volgen van de combi behandeling 9

Fysieke context tijdens het volgen van de combi behandeling 9

Taak context tijdens het volgen van de combi behandeling 9

Technische en informatieve context tijdens het volgen van de combi behandeling 10

Evaluatie 11

Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling 11

Tevredenheid met de combi behandeling 13

Verdeling face-to-face en online gedeeltes 13

Voordelen/nadelen 14

Afsluiting 15

Eigen toevoeging van de patiënt 15

Omschrijving combi behandeling 15

Afsluiting **16**

Rapport van de interviewer **17**

Aanvullende data over patiënt (uit b.v. eerder ingevulde vragenlijsten of DSV) **18**

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 gearcheeerd 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

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	☐

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 noemt Was 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

“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	☐

Motivatatie bij het volgen van de combi behandeling

OF

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

“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

„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	☐

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 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 sprekkamer op de poli?”

Taak context tijdens het volgen van de combi behandeling

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

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	☐



Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling

“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

“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 vond u van de tijdsverdeling?”

Voordelen/nadelen

Afsluiting

Themalijst:

Eigen toevoeging van de patiënt	☐
Omschrijving van de behandeling	☐

Eigen toevoeging van de patiënt

Omschrijving combi behandeling

Doelvragen 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 overal 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

Bijlage 2; Codes & Categories UX BSCT

Categorie/Code

ervaringen/counselor f2f - goed
ervaringen/counselor f2f - slecht
ervaringen/counselor online - goed
ervaringen/counselor online - slecht
ervaringen/overige - goed
ervaringen/overige - slecht
verwachtingen/combi
verwachtingen/online
verwachtingen/face-to-face
verwachtingen/counselor
verwachtingen/overige
ervaringen/eerdere combi behandeling
ervaringen/eerdere face-to-face behandeling
ervaringen/eerdere online behandeling
ervaringen/eerdere computer & internet
ervaringen/eerdere blended communiceren
ervaringen/zelfbeschrijving computergebruik
ervaringen/invloed eerdere ervaringen

gebruiker/reden stoppen met combi behandeling
gebruiker/reden doorgaan met combi behandeling
gebruiker /motiverende onderdelen voor stoppen met roken
gebruiker/overige helpende onderdelen
gebruiker/motivatatie door counselor
gebruiker/ideeën over Counselor leest informatie online
gebruiker/stemming tijdens de behandeling
gebruiker/verandering stemming
gebruiker/behandeling passend bij patiënt
gebruiker/eigenschappen en vaardigheden voor het volgen van de combi

context/mensen rondom heen
context/verschillende plekken
context/vrijheid vs. structuur
context/voorlichting
context/techniek

evaluatie/gebruiksvriendelijkheid combi
evaluatie/gebruiksvriendelijkheid online
evaluatie/gebruiksvriendelijkheid face-to-face
evaluatie/verbeterpunten gebruiksvriendelijkheid
evaluatie/vanzelfsprekendheid combi
evaluatie/vanzelfsprekendheid online
evaluatie/vanzelfsprekendheid face-to-face
evaluatie/verbeterpunten vanzelfsprekendheid

evaluatie/toegankelijkheid combi
evaluatie/toegankelijkheid online
evaluatie/toegankelijkheid face-to-face
evaluatie/verbeterpunten toegankelijkheid
evaluatie/tevredenheid combi
evaluatie/tevredenheid online
evaluatie/tevredenheid face-to-face
evaluatie/verbeterpunten tevredenheid
evaluatie/verdeling face-to-face en online gedeelte
evaluatie/voordelen combi
evaluatie/voordelen online
evaluatie/voordelen face-to-face
evaluatie/nadelen combi
evaluatie/nadelen online
evaluatie/nadelen face-to-face

Omschrijving van de behandeling

Bijlage 3; vormgeving gecombineerd stoppen met roken programma

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	