

Blended Care: Best of both worlds?

Een evaluerend onderzoek naar de gebruikservaring van blended care binnen de verslavingszorg.

Joyce Huisman & Yoeri Wouters

353021 & 358148

Academie Mens & Maatschappij, Enschede

2016/2017



LEERPAKKET 9.2 BACHELORRAPPORT

Blended Care: Best of both worlds?

Een evaluerend onderzoek naar de gebruikservaring van blended care binnen de verslavingszorg.

Joyce Huisman en Yoeri Wouters

Docent: P. Stegen

Opdrachtgever: Lutz Siemer

Academie Mens en Maatschappij
Saxion Enschede

Enschede, april 2017

VOORWOORD

Voor u liggen de onderzoeksresultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van Lutz Siemer voor het Medisch Spectrum Twente en Tactus. Het rapport is geschreven door Joyce Huisman en Yoeri Wouters. Wij zijn studenten van het Saxion in Enschede van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening.

We vonden het bijzonder om het onderzoek uit te voeren en hebben dan ook veel geleerd van onze werkzaamheden in het Medisch Spectrum Twente. Het afnemen van de interviews was interessant, we vonden het uitdagend om op deze manier in contact te komen met respondenten die de Blended Smoking Cessation Treatment hebben gevolgd. We zijn geïnteresseerd in het onderwerp, omdat we beide rokers in de familie hebben en mensen die gestopt zijn met roken. Ook bij vrienden en verdere familie leeft het stoppen met roken. Vanuit onze studie zijn wij geïnteresseerd in de ontwikkelingen in ons vakgebied, het internet in de hulpverlening is er hier één van.

Het bachelorrapport is geschreven voor het Medisch Spectrum Twente, de Universiteit Twente, Tactus verslavingszorg en het Saxion University of Applied Science, hiernaast ook voor mensen die geïnteresseerd zijn in blended care en een blended behandeling voor het stoppen met roken. Het doel van het bachelorrapport is om inzicht te krijgen in de ervaringen van blended care zodat dit in de toekomst succesvol kan worden toegepast.

Hierbij willen wij als eerste onze opdrachtgever Lutz Siemer bedanken voor zijn begeleiding tijdens het onderzoek. We hebben met plezier met hem samengewerkt en veel van hem mogen leren. Ook willen wij onze docenten Esther Mol en Pim Stegen bedanken voor de begeleiding tijdens het schrijven van het rapport. Daarnaast willen wij het Medisch Spectrum Twente en de respondenten van de interviews bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek.

Apeldoorn, april 2017

SAMENVATTING

Middels dit onderzoek is onderzocht wat de gebruikservaring van patiënten en counselors van de Blended Smoking Cessation Treatment zijn. Het doel hiervan is inzicht krijgen in de gebruikservaring van patiënten en counselors, zodat de behandeling verbeterd kan worden en er een bijdrage geleverd kan worden aan blended behandelingen binnen de verslavingszorg. Het Medisch Spectrum Twente heeft een blended behandeling voor het stoppen met roken opgezet (de Blended Smoking Cessation Treatment), waarbij face-to-face behandelingen worden gecombineerd met online behandelingen. Door middel van dit onderzoek is er onderzocht wat de gebruikservaringen zijn van de patiënten en counselors die deze behandeling hebben gevolgd of begeleid.

Hierbij is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: “Wat zijn de gebruikservaringen van patiënten en counselors van de Blended Smoking Cessation Treatment?”

Om op de bovenstaande vraag antwoord te kunnen geven zijn er vier deelvragen opgesteld:

- Wat is Blended care en wat is de Blended (face-to-face and online) Smoking Cessation Treatment?
- Welke behandelingen binnen de verslavingszorg zijn er?
- Wat is er bekend over de gebruikerservaringen van blended behandelingen?
- Wat zijn de gebruikservaringen van de patiënten?
- Wat zijn de gebruikservaringen van de counselors?

Om informatie te krijgen zijn er tien patiënten en drie counselors geïnterviewd. Dit interview ging over hun ervaring met de Blended Smoking Cessation Treatment in het MST.

Uit de resultaten komt naar voren dat er over het geheel van de behandeling meer negatieve dan positieve uitspraken zijn gedaan. De gebruikservaring van de patiënten en counselors is voor het merendeel negatief. Over het online gedeelte worden er de meeste negatieve uitspraken gedaan. Wat betreft het idee of de patiënt en de counselors het idee hebben dat de online informatie van elkaar gelezen wordt, geldt zowel voor de counselors als voor de patiënten dat zij beide het idee hebben dat de informatie is gelezen. Naar aanleiding van dit onderzoek is aanbevolen om de online interventies aan te passen aan de behoeften van de cliënt. Zodat het gebruiksvriendelijk en aantrekkelijk is om mee te werken. Ook is er aanbevolen om geregeld contact te hebben met patiënten zodat de voortgang van de patiënt in stand blijft.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
HOOFDSTUK 1 AANLEIDING	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Doelstellingen	7
1.3 Hoofd- en deelvragen	7
1.3.1 Hoofdvraag	7
1.3.2 Deelvragen	8
1.4 Leeswijzer	8
HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER	9
2.1 Wat is Blended care en wat is de Blended (face-to-face and online) Smoking Cessation Treatment?	9
2.2 Welke behandelingen in de verslavingszorg zijn er?	10
2.3 Patiënten	11
2.4 Counselors	12
2.5 Wat is er bekend over gebruikservaringen van blended behandelingen?	13
2.6 Conclusie	14
HOOFDSTUK 3 METHODE VAN ONDERZOEK	15
3.1 Onderzoekstype	15
3.2 Onderzoeksomvang	15
3.3 Betrouwbaarheid	16
3.4 Validiteit	16
3.5 Instrument	17
3.6 Ethische overwegingen	17
3.7 Samenvatting	18
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN	19
4.1 Resultaten	19
4.2 Wederzijds lezen van informatie	23
4.3 Analyse	24
HOOFDSTUK 5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	26
5.1 Conclusie	26
5.2 Sterkte- en zwakte analyse	29
5.3 Aanbevelingen	29
5.4 Discussie	30
BRONNENLIJST	32

HOOFDSTUK 1 AANLEIDING EN DOELSTELLING

In dit hoofdstuk is de aanleiding van het onderzoek beschreven, hierin is beschreven waarom er onderzoek is gedaan naar de Blended Smoking Cessation Treatment in het MST voor het stoppen met roken. Verder zijn de korte- en lange termijn doelstellingen beschreven en aansluitend is er ingegaan op de hoofd- en deelvragen, ten slotte is er beschreven op welke manier er onderzoek is gedaan.

1.1 Aanleiding

Er zijn verschillende behandelingen binnen de verslavingszorg voor het stoppen met roken. Om de effectiviteit van de behandelingen te vergroten worden er nieuwe vormen van behandelingen in de verslavingszorg opgezet, een voorbeeld hiervan is de combinatie van reguliere behandelingen met online behandelingen genaamd blended care (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os, 2016).

Roken is de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte in Nederland (Bouwens, Kleinjan, Peters & van den Eijnden, 2007). Het RIVM laat zien dat een kwart van de Nederlanders boven de achttien jaar rookt (RIVM, 2014). Jaarlijks overlijden er 20.000 mensen door roken en het is de doodsoorzaak voor 86% van de mensen met longkanker. Wanneer een roker stopt met roken heeft dit direct een positief effect. Na twintig minuten daalt de bloeddruk en de hartslag. Op de lange termijn heeft het stoppen met roken effect. Een voorbeeld hiervan is dat na tien jaar de kans op longkanker gehalveerd is (RIVM, 2012). Ondanks dat roken doodsoorzaak nummer één is, stabiliseerde het aantal rokers in de jaren negentig en de laatste jaren is er een langzame daling te zien van het aantal rokers. Om het roken terug te dringen zijn er in Nederland verschillende interventies ontwikkeld, zoals anti-rook campagnes, die hieraan moeten bijdragen. Kennis over welke behandeling effectief is, zal het terugdringende aantal rokers optimaliseren (Bouwens, Kleinjan, Peters en van den Eijnden, 2007).

Volgens Willemsen (2009) zijn de behandelingen bij het stoppen met roken niet effectief. De resultaten bij het stoppen met roken blijven uit, mensen lopen bijvoorbeeld in een vroeg stadium vast. Huisartsen en praktijk ondersteuners vinden de begeleiding bij het stoppen met roken moeizaam. Mensen die willen stoppen met roken kunnen zich ook melden bij de GGD. Deze cursussen zijn duur en de mensen moeten reizen naar de plek waar de cursus wordt gegeven. Daarnaast wordt deze cursus vaak gegeven met een groep onbekenden.

Internet krijgt in de maatschappij steeds een belangrijkere plek. Door mee te gaan met de ontwikkelingen haken zorginstellingen in op veranderingen. Dit doen zij bijvoorbeeld door het aanbieden van online hulpverlening. Zorginstellingen maken gebruik van internettechnologie bij het bieden van online hulpverlening. Dit doen de zorginstellingen bij psychische, maatschappelijke of sociale problemen. Andere woorden voor online hulpverlening zijn, E-hulpverlening, internethulpverlening en digitale hulpverlening (Remmerswaal, 2015). Blended care komt steeds vaker voor in de hulpverlening. Er zijn veelbelovende resultaten gerapporteerd, maar er bestaan verschillende beschrijvingen en manieren van werken met blended care. Het is onduidelijk welke manier van blended care werkt, voor wie en waarom. Vaak is er niet beschreven wat de gedachte achter het opzetten van blended care is (Wentzel, Van der Vaart, Bohlmeijer & Van Gemert-Pijnen, 2016). Een voorbeeld van blended hulpverlening is het doen van oefeningen, contact met een begeleider of groepsleden en het bijhouden van de stemming of een dagboek. Dit kan bijvoorbeeld via de mail of een chat. Deze behandelingen vinden plaats in combinatie met een aantal face-to-face bijeenkomsten. Een kenmerk van online hulpverlening is dat hulp onafhankelijk is van plaats en tijd, zoals eerder is genoemd. Op deze manier is de hulp dag en nacht beschikbaar. Zo kan de cliënt zelf kiezen wanneer hij/zij behoefte heeft aan hulp. Een ander kenmerk is dat je bij online hulpverlening alleen verbale communicatie hebt. Bij gesprekken die face-to-face plaatsvinden is er

ook non-verbale (houding en gezichtsuitdrukkingen) en paralinguale (stem en intonatie) communicatie (Remmerswaal, 2015).

Het Medisch Centrum Twente heeft een blended behandeling opgezet, met de naam Blended Smoking Cessation Treatment (BSCT). Hierbij worden face-to-face behandelingen gecombineerd met online behandelingen. Er wordt onderzoek gedaan naar de gebruikservaring van de behandeling. De behandelingen voor het stoppen met roken worden aangeboden op de stoppen met roken poli (SRP) in het Medisch Spectrum Twente (MST). De behandelingen onderscheiden zich van de originele behandeling, de Treatment As Usual (TAU), die bestaat uit alleen face-to-face behandelingen (Siemer et al, 2016). Patiënten die de behandeling hebben gevolgd op de SRP zijn gevraagd om mee te doen met het onderzoek. Het onderzoek naar de gebruikservaring is een onderdeel van de LiveSmokeFree-Study. Dit onderzoek vergelijkt de TAU met de BSCT. Voor het onderzoek zijn er interviews afgenomen die gaan over de gebruikservaring van de Blended Smoking Cessation Treatment.

Het onderzoek is een samenwerkingsverband van studenten van het Saxion, de Universiteit Twente, het Saxion Lectoraat Technology, Health and Care en de opdrachtgever Lutz Siemer van het Saxion University of Applied Science. De opdrachtgever werkt in opdracht van het Medisch Spectrum Twente, Tactus, Universiteit Twente en Saxion University of Applied Science. Het onderzoek heeft plaats gevonden op de stoppen met roken poli in het Medisch Spectrum Twente. Daarnaast is er aan het bachelorrapport gewerkt op het Saxion in Enschede en de woonplaats van de onderzoekers, in Apeldoorn. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode van september 2016 tot en met april 2017.

1.2 Doelstellingen

Het korte termijn doel van het onderzoek is om door middel van interviews inzicht te krijgen in de gebruikservaring van patiënten en counselors die meedoen aan de Blended Smoking Cessation Treatment (BSCT).

Op lange termijn kan er een bijdrage worden geleverd aan het verbeteren van de blended behandeling binnen de verslavingszorg in het MST. Dit zodat er nieuwe ontwikkelingen ontstaan rondom blended care. Het MST kan met de resultaten van het onderzoek de behandeling aanpassen waar nodig. De kennis die is opgedaan is nuttig voor de patiënten, de counselors, mensen die willen stoppen met roken, onderzoekers, de opdrachtgever en medewerkers van Tactus, het Medisch Spectrum Twente en Universiteit Twente en Saxion University of Applied Science en Social Workers. (LiveSmokeFree-Study, 2016).

Het onderzoek is gedaan om achter de gebruikservaring van patiënten en counselors te komen. Dit levert nieuwe informatie over de kwaliteit van blended care op en over de behandelingen binnen de verslavingszorg voor het stoppen met roken. Het nut van het onderzoek is dat de behandeling verbeterd kan worden, wat een bijdrage levert aan de praktijk. Voor Social Workers kan er kennis op worden gedaan over blended behandelingen voor verslaafden. Er wordt tijdens het onderzoek aandacht besteed aan de privacy van de patiënten en de counselors. De interviews die worden afgenomen zijn niet anoniem, maar worden wel anoniem in het verslag verwerkt. Voor de onderzoekers zullen er gegevens van de patiënten bekend zijn. Deze persoonsgegevens worden niet bekend gemaakt in het bachelor rapport. (LiveSmokeFree-Study, 2016).

1.3 Hoofdvraag en deelvragen

Hieronder zijn de hoofd- en deelvragen beschreven. De deelvragen zijn opgesplitst in theoretische en praktische deelvragen.

1.3.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag voor het onderzoek luidt:

“Wat zijn de gebruikservaringen van patiënten en counselors van de Blended Smoking Cessation Treatment?”

1.3.2 Deelvragen

Hieronder zijn de theoretische en praktische deelvragen genoemd. De theoretische deelvragen komen terug in hoofdstuk twee. De resultaten van de praktische deelvragen zijn te lezen in hoofdstuk vier.

Theoretische deelvragen

Wat is Blended care en wat is de Blended (face-to-face and online) Smoking Cessation Treatment?

Welke behandelingen binnen de verslavingszorg zijn er?

Wat is er bekend over de gebruikerservaringen van blended behandelingen?

Praktische deelvragen

Wat zijn de gebruikservaringen van de counselors?

Wat zijn de gebruikservaringen van de patiënten?

1.4 Leeswijzer

In de leeswijzer is er een kort overzicht gegeven van wat er in de vijf hoofdstukken van het bachelorrapport is te lezen. In Hoofdstuk 1 is de aanleiding van het onderzoek te lezen. Hierbij is er ingegaan op de verantwoording van het onderzoek. Daarnaast omvat dit hoofdstuk informatie over het onderzoek en de reden waarom het onderzoek heeft plaatsgevonden.

Het eerstvolgende dat u gaat lezen is Hoofdstuk 2, deze geeft het theoretisch kader weer. Hierbij is er ingegaan op de begripsbepaling en hoe deze begrippen in verband staan met de hoofd- en deelvragen. Er is in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de theoretische deelvragen.

In hoofdstuk 3 is er ingegaan op de inhoud van het onderzoek. In paragraaf 3.1 is er beschreven welke onderzoeksvormen er zijn gekozen. Deze paragraaf is gevolgd door paragraaf 3.2 waarin de omvang van het onderzoek staat. Vervolgens is er ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid en in paragraaf 3.5 is er beschreven welk data-verzamelingsinstrument er is gekozen om de informatie te verzamelen. Er is ingegaan op ethische overwegingen binnen het onderzoek. Ten slotte is er een korte samenvatting van dit hoofdstuk weergegeven.

Hoofdstuk 4 geeft de resultaten van het onderzoek weer. Dit zal eerst gaan over een onderzoek dat gelijktijdig heeft plaatsgevonden. Dit is aangevuld met overige resultaten.

Ten slotte is er in het laatste hoofdstuk ingegaan op de antwoorden op de hoofd- en deelvragen en komen er sterke en zwakke punten van het onderzoek naar voren. Ook zijn er aanbevelingen gedaan en ten slotte is er een discussie weergegeven.

HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk is het theoretisch kader beschreven. De begrippen en theoretische deelvragen komen in dit hoofdstuk aan bod. Tot slot is er een conclusie weergegeven.

2.1 Wat is Blended care en wat is de Blended (face-to-face and online) Smoking Cessation Treatment?

Er is onderzoek gedaan naar de gebruikservaringen van een behandeling voor het stoppen met roken. Deze behandeling bestaat uit online en face-to-face gesprekken. Deze vorm van behandeling heet blended care.

Volgens Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os (2016) is blended care een combinatie van face-to-face en eHealth behandelingen. Het deed tien jaar geleden zijn intrede in de ggz en wordt vaak gebruikt als een flexibele mogelijkheid om zorg op maat te bieden. Er is beschreven dat blended care nog geen succesverhaal is, omdat er nog weinig bekend is over welke combinatie van online en face-to-face contacten het beste werkt voor welke specifieke cliënten.

Recente studies laten volgens Van der Vaart et al (2014) zien dat het toevoegen van onlinebehandelingen aan de reguliere face-to-face behandelingen de effectiviteit van, en de hechting met de behandeling vergroot. De patiënten krijgen een mix van online en face-to-face behandelingen met een professional, die even lang of soms zelfs korter duurt dan de originele behandeling. Deze behandeling wordt blended care genoemd. Blended care wordt steeds meer toegepast in de gezondheidszorg.

De UT (2015) heeft een instrument voor blended care ontwikkeld, genaamd Fit for Blended Care, waardoor het duidelijk is voor wie de blended behandeling geschikt is, welke onderdelen van de behandelingen er online gegeven kunnen worden, en welke onderdelen er beter face-to-face gegeven kunnen worden. Daarnaast wordt het ook duidelijk hoe en wanneer de behandelaar bepaalt hoe hij de blended behandeling invult. Door middel van dit instrument kan de behandelaar met de patiënt bespreken hoe de behandeling wordt ingericht. Dit is een hulpmiddel dat is ontwikkeld om zorg op maat te bieden. Dit hulpmiddel wordt niet bij de BSCT gebruikt.

Postel, Witting & Van Gemert-Pijnen (2013) geven tot nu toe aan dat er nog geen duidelijke definitie van de blended behandeling is. Onder blended behandelingen wordt een mix van face-to-face en online interventies bedoeld. Het doel van blended behandelingen is het cliëntvriendelijker, en doelmatiger maken van de zorg. Op basis van de ernst van de problematiek, het advies van de hulpverlener, de persoonlijke voorkeuren van de cliënt en de fase van de behandeling kan de verhouding tussen online en face-to-face worden bepaald. Er is nog geen sprake van een geïntegreerd aanbod. Een voorwaarde voor de behandelingen is, dat deze inhoudelijk en methodisch overeenkomen. Dat houdt in dat het alleen geschikt is als er een goed protocol voor de behandeling is.

De Blended Smoking Cessation Treatment (BSCT) in het Medisch Spectrum Twente bestaat uit vijf online en vijf face-to-face behandelingen die elkaar afwisselen. Hierbij is er een duidelijke verhouding van online en face-to-face onderdelen. De eerste zes behandelingen vinden in de eerste drie maanden plaats. De overige vier behandelingen vinden in de laatste drie maanden plaats. De face-to-face behandelingen worden begeleid door de counselors en vinden plaats in het MST. De online behandelingen zijn te volgen op www.rokendebaas.nl. De behandeling begint altijd met een intakegesprek waarop een face-to-face bijeenkomst volgt. Als eerste wordt gevraagd om een keuze

te maken hoe de patiënt wilt stoppen met roken. De patiënt kan in een keer stoppen, door verandering in gewoonte of door geleidelijk te minderen tijdens de behandeling (Siemer et al, 2016).

In de definitie van het begrip 'blended care' zijn er inzichten uit de verschillende bronnen gecombineerd. De definitie die gehanteerd wordt, is: een gestructureerde behandeling waarbij er een duidelijke verhouding is van internet en face-to-face behandelingen.

2.2 Welke behandelingen binnen de verslavingszorg zijn er?

Er is eerst antwoord gegeven op de vraag wat een verslaving precies is. Dit is gedaan door middel van de definitie uit de DSM. Vervolgens is er dieper ingegaan op de behandeling binnen de verslavingszorg.

Er wordt gesproken over stoornissen in het gebruik van middelen in plaats van alcoholisme of verslaving (Jellinek, z.j.). Dit is bepaald aan de hand van elf criteria. Wanneer er voldaan wordt aan twee of drie criteria, dan voldoe je aan een milde stoornis en wanneer er voldaan wordt aan vier of vijf criteria dan wordt er gesproken van een gematigde stoornis. Bij zes of meer criteria wordt gesproken van een ernstige stoornis.

De blended behandeling waar onderzoek naar is gedaan, is een vorm van een behandeling binnen de verslavingszorg (Jellinek, z.j.). Een voorbeeld van verschillende behandelingen binnen de verslavingszorg zijn Cognitieve gedragstherapie of de Minnesota behandelingen. De Minnesota behandeling is gericht op het volledig stoppen met alle middelen. De cognitieve gedragstherapie is de best bewezen behandeling binnen de verslaving en is deels online te volgen door middel van een vorm van blended care.

Verslavingszorg heeft het grootste deel van het bestaan, los van algemene psychiatrie gefunctioneerd. Een verslaving werd niet gezien als een psychische stoornis. Dit is nu anders. Een mengeling van biologische, psychologische en sociaal culturele interventies vormen nu de behandelingen van verslavingsproblemen. Dit wordt verslavingszorg genoemd. Dit kan bestaan uit het enerzijds het toepassen van biomedische en psychosociale behandelstrategieën, en anderzijds een accent op preventie als vroegtijdige opsporing (Van der Stel, 2010).

In het geval van het onderzoek is 'behandelen' het omgaan met cliënten. 'Behandelen' is beschreven als op een vereiste wijze bewerken of op een bepaalde wijze omgaan met iemand. Verslavingszorg is beschreven als het bieden van hulp aan verslaafden. Iemand die verslaafd is, is lichamelijk of geestelijk afhankelijk van iets door gewenning (Van Sterkenburg & Verburg, 1988).

Bij Tactus worden er zowel korte als lange en intensieve behandelingen aangeboden voor een verslaving. Tactus biedt onder andere Verslaving de baas Kort aan, dit bestaat uit vijf (online) behandelingen waarin wordt geleerd om controle te krijgen over een verslaving. Hierna wordt er gekeken wat iemand nog nodig heeft. Ook is er Verslaving de baas, dit bestaat uit twaalf (online) behandelingen, hierbij wordt er, naast het krijgen van controle, ook intensief gekeken naar wat de risico's zijn van het gebruik van een verslavend middel. Naast deze twee behandelingen is er Verslaving de baas plus, hierbij zijn er twaalf behandeling en biedt Tactus woon- en financiële begeleiding. Hierbij kunnen er individuele maar ook groepsbehandelingen zijn. Daarnaast is er Verslaving de baas intensief waarbij verslaafden worden opgenomen in een kliniek. Ook heeft Tactus hulp voor wanneer er een dubbeldiagnose wordt geconstateerd. Dit houdt in dat er middelengebruik is i.c.m. een psychische stoornis. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld ADHD en een verslaving of een trauma en een verslaving. Ten slotte biedt Tactus vervolgzorg. Dit houdt in dat er zorg is voor

mensen die een behandeling hebben afgerond en clean zijn of voor mensen die een middel gecontroleerd kunnen gebruiken. De intensiteit van de vervolgzorg ligt aan het risico op terugval (Tactus, z.j.)

Een verslaving wordt gezien als gedragsprobleem, zo ook een rookverslaving. Wanneer farmacologische ondersteuning nodig is om te stoppen met roken, is dit mogelijk. Men kan dan nicotine bevattende middelen ontvangen. Het effect hiervan wordt overigens groter als er ook psychosociale hulp bij betrokken is. Er zijn verschillende middelen beschikbaar zoals inhalatievloeistof, pleisters, tabletten of kauwgom (Farmaceutisch Kompas, z.j.).

Ikstopnu.nl (z.j.) noemt verschillende manieren om te stoppen met roken. Bijvoorbeeld door middel van begeleiding, medicatie of op eigen kracht. Begeleiding kan in de vorm van telefonisch contact, of groepscontact. Dit kan bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige zijn of een coach. Ook zijn er nog alternatieve methoden zoals acupunctuur, lasertherapie of hypnotherapie. Van de werking hiervan is geen bewijs. Het Trimbos Instituut (z.j.) omschrijft tevens dat begeleiding en/of medicatie bijdragen aan de voornemens van een roker die wil stoppen. Een techniek die hierbij goed aansluit is motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is ook gebruikt tijdens de face-to-face behandelingen van de Blended Smoking Cessation Treatment.

Motiverende gespreksvoering is een gespreksmethode die zich richt op blijvende gedragsverandering (Van der Veen & Goijarts, 2012). Bij het begeleiden van gedragsverandering neemt, door de motiverende insteek, gedragsverandering sterk toe. Deze techniek werkt bij lastig te bereiken doelgroepen waarbij gedragsverandering moeizaam is, zoals in de verslavingszorg. Cliënten worden gestimuleerd om hun eigen redenen en verandering uit te spreken. Dit versterkt de eigen motivatie van de cliënten. Door motiverende gespreksvoering zo goed mogelijk uit te voeren houdt de professional er bijvoorbeeld rekening mee dat hij zich zo weinig mogelijk als autoriteit opstelt, maar juist samenwerkt met de cliënt.

In het onderzoek is de volgende definitie gehanteerd: ‘behandelingen in de verslavingszorg’ houdt het omgaan met verslaafden in, waarbij gebruik wordt gemaakt van biologische, psychologische en sociaal culturele interventies. Dit sluit aan op de deelvragen in dit onderzoek, waarin onder andere wordt ingegaan op de biologische, psychologische en sociaal culturele context.

2.3 Patiënten

Binnen het onderzoek van Siemer et al (2016) naar de gebruikservaring van de Blended Smoking Cessation Treatment volgen patiënten een behandeling op de stoppen-met-roken-poli. De behandeling bestaat uit vijf face-to-face gesprekken en vijf online interventies. De rol van de patiënt hierin is om de behandeling te doorlopen en op deze manier proberen te stoppen met roken. De patiënt praat met de counselor over de voortgang van het stoppen met roken en vult vragen in op de website van www.rokendebaas.nl. De gesprekken met de counselors vinden plaats in het Medisch Spectrum Twente waar de patiënt zich kan melden op de longafdeling. Binnen het onderzoek zijn de patiënten mensen die willen stoppen met roken, er wordt geen onderscheid gemaakt in geslacht, leeftijd, etniciteit, gezondheid, of de patiënten het volledige traject van de behandelingen hebben doorlopen of niet. Ook doen de patiënten ervaring op met de nieuwe blended behandeling. Daarnaast kunnen de patiënten hun ervaring delen in interviews voor het onderzoek. Hieronder wordt het begrip patiënten toegelicht en wordt genoemd welke kenmerken worden gebruikt voor het onderzoek.

Een patiënt is iemand die medische hulp nodig heeft (Van Sterkenburg & Verburg, 1988). Het deel ‘pati’ komt van het Latijnse woord lijden. Het woord patiënt komt van het Engelse woord patient wat

geduld betekent. Een patiënt wordt gezien als iemand die in afwachting is van medische zorg (Deber, Kraetschmer en Urowitz, 2005).

Civiljak et al (2013) heeft onderzoek gedaan naar stoppen met roken. Dit onderzoek werd gedaan met online interventies. De patiënten van het onderzoek waren mensen die rookten. Er werd geen onderscheid gemaakt in leeftijd, geslacht, etniciteit, taal of gezondheid. Er is gekeken naar vergelijkbare onderzoeken en naar welke kenmerken de patiënten uit deze onderzoeken hadden. Dit wordt gedaan om een kader te kunnen schetsen voor het onderzoek.

De definitie die gehanteerd wordt, is: mensen die medische hulp nodig hebben waarbij er geen onderscheid wordt gemaakt tussen geslacht, leeftijd, etniciteit, gezondheid of de hoeveelheid consulten.

2.4 Counselors

Counselen is het hulpverlenen volgens een gesprekstechniek die een cliënt (iemand die van diensten van een hulpverlener gebruik maakt) meer inzicht geeft in zijn moeilijkheden dit wordt uitgevoerd door een counselor (Van Sterkenburg & Verburg, 1988)

De blended behandelingen voor het stoppen met roken worden uitgevoerd door counselors in het Medisch Spectrum Twente. De rol van de counselors is om de patiënten te begeleiden tijdens hun behandeling op de stoppen met roken poli. De counselor leidt de gesprekken tijdens de face-to-face sessies en vraagt onder ander naar de voortgang van het stoppen met roken. Binnen het Medisch Spectrum Twente nemen de counselors testen af bij de patiënten, zoals een blaastest of een Salivettetest om te testen of de patiënten zijn gestopt met roken of niet. Ook zijn er een aantal technieken die door de counselors worden uitgevoerd namelijk farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, zelfredzaamheid/zelfcontrole technieken, en terugvalpreventie door middel van social support (Van der Heuvel, z.j.). Hieronder is beschreven hoe het werkproces van de counselors er uit ziet en wordt het begrip verder toegelicht.

Tijdens het onderzoek zijn de patiënten begeleid door drie counselors. Dit is gedaan aan de hand van een begeleidershandleiding. De patiënten hebben naast online behandelingen ook persoonlijk contact met een counselor. Het doel van het counsellen is om de patiënt te motiveren tot het veranderen van het rookgedrag en om vervolgens te stoppen met roken door middel van motiverende gespreksvoering. De counselor biedt de patiënt aan om direct te stoppen met roken, stapsgewijs te veranderen (activiteiten niet meer rokend doen) of stapsgewijs af te bouwen (steeds minder sigaretten). Hierbij is gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering. De counselor begeleidt de patiënt aan de hand van een stappenplan waarin vijf sessies face-to-face zijn. De overige vijf sessies zijn via het internet. De eerste online sessie gaat over zelfcontrolemaatregelen, gevolgd door een sessie over uitlokkers. Het onderwerp van de volgende internetsessie is “stof tot nadenken”, wat gevolgd wordt door “anders doen”, dit betreft gedragsverandering. Als laatste wordt de sessie afgesloten (MST & Tactus, 2014).

De counselors gebruiken motiverende gespreksvoering om gedragsverandering aan te gaan. Onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve zelfconfrontatie zijn twee principes waar motiverende gespreksvoering zich op richt (Schippers, 2002). Hierbij wordt gedrag niet veroordeeld maar is er soms wel confrontatie nodig. Motiverende gespreksvoering wordt gebruikt als gesprekstijl en niet als methodiek. De counselor gebruikt hierbij een aantal strategieën tijdens het gesprek:

- Empathisch reageren (reflectief luisteren)
- Discussies vermijden (eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt)
- Zelfeffectiviteit van de patiënt versterken (verandering bevestigen)
- Gebruik maken van weerstand (argumenten herhalen)
- Cognitieve dissonantie oproepen (selectief reflecteren).

De motivatie voor verandering moet worden bewerkt. Door middel van motiverende gespreksvoering worden de patiënten begeleid tijdens hun blended behandeling op de stoppen-met-roken-poli.

De counselor volgt tijdens de blended behandeling een ander stappenplan dan bij de reguliere behandeling. In bijlage 1 is een schema te zien waarin de stappen van de blended behandeling (BSCT) staan in vergelijking tot de reguliere behandeling (TAU) (Siemer et al, 2016).

De definitie die gehanteerd wordt, is: een persoon die patiënten begeleidt en adviseert in de vorm van face-to-face en online contact.

2.5 Wat is er bekend over gebruikservaringen van blended behandelingen?

Er is onderzoek gedaan naar de gebruikservaring van de blended behandeling. Dit begrip is zowel voor de ervaringen van de counselors, als die van de patiënten gebruikt. Als eerste is het begrip gebruikservaring uitgelegd, daarna is er ingegaan op hoe gebruikservaring gemeten kan worden. Als laatste is er gekeken wat er in andere onderzoeken bekend is over gebruikservaring.

De Engelse vertaling van gebruikservaring is User Experience (UX). UX wordt vaak op verschillende manieren gedefinieerd. Er worden vaak verschillende definities gegeven vanuit verschillende gezichtspunten. Zoals een psychologisch- of bedrijfsperspectief. Er bestaat niet één definitie die past bij de verschillende gezichtspunten. Experience oftewel ervaring omvat alles wat iemand meemaakt, ondergaat of tegenkomt. Het 'ervaren' bestaat uit interpretaties, waarnemingen en emoties tijdens een ontmoeting met een systeem. Ieder ervaart dit op een andere manier. De term gebruikservaring wordt vaak gebruikt als een synoniem voor bruikbaarheid, algemene ervaring, emotie, of een overkoepelende definitie van deze synoniemen (Roto, Law, Vermeeren & Hoonhout, 2011).

Volgens Bevan (z.j.) is gebruikservaring de percepties (waarnemingen) en reacties die voortkomen uit het gebruik van een product, systeem of dienst.

Een andere manier waarop gebruikservaring wordt gedefinieerd is het volgende. Alben (1996) noemt gebruikservaring alle manieren waarop iemand een product gebruikt. De manier waarop het product voelt, hoe goed mensen het product begrijpen, en hoe mensen zich voelen tijdens het gebruik. Maar ook hoe het aan hun verwachtingen voldoet, en hoe goed het product past in de context waarin het wordt gebruikt.

Hassenzahl en Tractinsky (2006) beschrijven gebruikservaring als de interne toestand van een gebruiker. Voorbeelden hiervan zijn: de verwachtingen, behoeften, motivatie of stemming in samenwerking met de complexiteit, het doel, de bruikbaarheid en functionaliteit én het milieu waarin de interactie zich plaatsvindt zoals de sociale omgeving, of de zinvolheid van het gebruik.

Ook wordt gebruikservaring omschreven als het geheel van percepties op een product of dienst (Kuniavsky, 2010). Om de gebruikservaring te meten kunnen er een aantal vragen worden gesteld zoals:

- Effectiviteit: Hoe goed is het resultaat?
- Efficiëntie: Hoe snel of goedkoop is het?
- Emotionele bevrediging: Hoe voelt het?
- Kwaliteit: Welke verwachtingen doet het creëren?

Door Van der Heuvel (2016) is er een test gedaan naar de gebruikservaring van de blended care interventie bij het MST in Enschede. Uit de test kwam naar voren dat de ervaring met de software wisselend is. De counselors vonden de software gebruiksvriendelijk. Daarentegen zijn er vooral negatieve ervaringen met de software ondervonden. De conclusie is dat blended interventie over het algemeen positief is bevonden. Uit een ander onderzoek van Van der Vaart et al (2014) is gebleken dat de gebruikservaring van blended behandeling een positieve innovatie is. Daarnaast vraagt het motivatie van zowel de patiënten als de counselor. Toch is er meer onderzoek nodig om de effectiviteit te bewijzen. Door de UT (2015) is een instrument ontwikkeld om aan te sluiten bij de gebruikservaring van de patiënten en counselors.

In de definitie van het begrip 'gebruikservaring' zijn er inzichten uit de verschillende bronnen gecombineerd. De definitie die gehanteerd wordt, is: alle interne en persoonlijke percepties, interpretaties, en emoties die voortkomen uit het gebruik van een product, systeem of dienst.

2.6 Conclusie

Uit het theoretisch kader is gebleken dat er veel verschillende behandelingen opgezet zijn om verslavingen te behandelen. Hierbij wordt cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering voornamelijk gebruikt. Tactus biedt behandelingen aan in verschillende vormen, voor verschillende verslavingen. Behandelingen voor het stoppen met roken bestaan voornamelijk uit behandelingen door middel van persoonlijke begeleiding, medicatie, een combinatie daarvan of op eigen kracht.

Blended Care is een behandelvorm waarbij er een combinatie wordt gemaakt van face-to-face gesprekken en online onderdelen. Blended care kan op verschillende manieren worden ingezet. De Blended Smoking Cessation Treatment is de naam van de stoppen met roken behandeling op de rookpoli in het Medisch Spectrum Twente. Deze behandeling heeft vijf face-to-face gesprekken en vijf online onderdelen die moeten bijdragen aan het stoppen met roken. Patiënten binnen het onderzoek zijn mensen die medische hulp nodig hebben. Onder hen is er geen onderscheid gemaakt tussen geslacht, leeftijd, etniciteit, gezondheid of de hoeveelheid consulten dat zij hebben gehad. Zij zijn begeleid door counselors. Dit is iemand die de patiënten adviezen geeft en begeleidt, dit doen zij in de vorm van face-to-face gesprekken en online sessies. Er is onderzoek gedaan naar de gebruikservaring van de patiënten en de counselors. Gebruikservaring is hierin gezien als emoties, persoonlijke percepties, interpretaties die voortkomen uit het volgen en begeleiden van de Blended Smoking Cessation Treatment. Alle interne en persoonlijke percepties, interpretaties, en emoties die voortkomen uit het gebruik van een product, systeem of dienst.

HOOFDSTUK 3 METHODE VAN ONDERZOEK

In hoofdstuk 3 is er ingegaan op het type van het onderzoek, de onderzoeksomvang, de validiteit van het onderzoek, de betrouwbaarheid, het instrument dat gebruikt is om onderzoek te doen, en de ethische overwegingen. Tot slot is er in de laatste paragraaf een samenvatting beschreven van het hoofdstuk.

3.1 Onderzoekstype

Er is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek, omdat ervaringen van patiënten en counselors centraal stonden. De ervaringen hebben betrekking op de mening van mensen waardoor een kwalitatieve benaderingswijze passend is. Ook biedt dit ruimte om tijdens de dataverzameling open en flexibel in te gaan op datgene wat de respondenten zeggen. Op deze manier komt de beleving van de respondenten zo goed mogelijk naar voren. Zo is er tijdens het interview pas gekeken wat iemand heeft geantwoord en of daar meer informatie van nodig is of dat er een andere vraag wordt gesteld. (Verhoeven, 2010).

Het onderzoek betreft een analytisch onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van een klein aantal onderzoekseenheden. Het onderzoek is open, kwalitatief en op locatie zelf namelijk het Medisch Spectrum Twente. Hier zijn ook de interviews afgenomen. Ten slotte is er theoretische onderzoek gedaan, er is gezocht naar literatuur en artikelen om antwoord te krijgen op de theoretische deelvragen (Heerink et al, 2009).

Ten slotte is er gekozen om een evaluerend onderzoek uit te voeren. Bij het evaluerend onderzoek wordt het product beoordeeld op kwaliteit aan de hand van een doel dat is opgesteld (Smaling, 2006). Dit is ook het geval tijdens het onderzoek. Hierbij is er gevraagd wat de patiënten en counselors vinden van de Blended Smoking Cessation Treatment. Een methode die 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 onderzoeksvorm. 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).

3.2 Onderzoeksomvang

Binnen het onderzoek zijn respondenten ondervraagd die zijn geloot uit de LiveSmokeFree-Study, daarnaast zijn er interviews gedaan met de counselors die deze patiënten hebben begeleid op de Stoppen met Roken Poli. De respondenten zijn opgebeld en konden vrijwillig deelnemen. Alle patiënten zijn meerderjarig. Er werd hierbij geen onderscheid gemaakt in geslacht, etniciteit, leeftijd, resultaat van de behandeling, of de hoeveelheid consulten die de patiënt gehad hebben. De patiënten komen uit de omgeving Twente. Er zijn tien patiënten en drie counselors geïnterviewd.

Er is gekozen voor een steekproef van de gehele populatie van de patiënten. Zoals hierboven genoemd is er geen onderscheid gemaakt binnen de steekproef. Alle patiënten zijn gebeld of ze mee wouden werken aan het onderzoek. Er is met andere woorden een aselecte steekproef gedaan. Er zijn patiënten gekozen die de behandeling hebben gevolgd, zij zijn willekeurig gevraagd om mee te doen, zo zijn er tien patiënten verzameld. Op deze manier is het met een kleine groep respondenten mogelijk om de populatie zo goed mogelijk te weerspiegelen (Verhoeven, 2010). Deze respondenten hebben ieder een randomisatienummer gekregen. Hierdoor is er anoniem om kunnen gaan met gegevens van de patiënt of de counselor. Er is gekozen voor een steekproef van de gehele populatie van de counselors. De hele populatie bestaat uit drie counselors, hiervan zijn twee personen geïnterviewd.

3.3 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid houdt in dat er wordt nagegaan in hoeverre er in het onderzoek toevallige fouten voorkomen. Toevallige fouten zijn het gevolg van menselijk handelen. Er wordt nagegaan of de onderzoeksresultaten niet op toeval berusten (Verhoeven, 2010).

Wat het onderzoek minder betrouwbaar maakt, is dat er een relatief kleine groep respondenten is geïnterviewd. Dit maakt het onderzoek minder nauwkeurig. Een grotere groep respondenten had naar alle waarschijnlijkheid een nauwkeuriger beeld opgeleverd. Met deze relatief kleine groep respondenten kon daarentegen wel de worden ingegaan, op deze manier kon er worden doorgevraagd naar de mening en beleving van de respondenten.

De respondenten zijn willekeurig gekozen zodat zij de populatie zo goed mogelijk weerspiegelen (Verhoeven, 2010). Op deze manier kunnen er betrouwbare conclusies worden getrokken. Ook worden er verschillende vragen gesteld aan deze respondenten. Op deze manier is er veel informatie verkregen vanuit verschillende interviews. De verschillende vragen komen voort uit de eigen ervaring van de patiënt. Daartegenover worden de vragen uit de vragenlijst gesteld, deze zorgen voor betrouwbaarheid van het interview. Voorafgaand van het afnemen van de interviews is er een proefinterview gedaan onder de onderzoekers om de betrouwbaarheid van de topiclijst te verhogen. In paragraaf 3.5 wordt nader ingegaan op het operationaliseren van de topics.

De interviews zijn door verschillende onderzoekers afgenomen. Op deze manier is geprobeerd persoonlijke voorkeuren geen rol te laten spelen. De opdrachtgever Lutz Siemer is bij elk interview aanwezig geweest om het interview te begeleiden. Dit zorgt ervoor dat de interviews op dezelfde manier worden afgenomen. De interviews zijn door verschillende onderzoekers gecodeerd en ook door verschillende onderzoekers gecontroleerd. De beleving van de respondenten zal verschillen bij een herhaalbaar onderzoek. Om dit te compenseren is ervoor gezorgd dat de kwaliteit van het onderzoek hoog is. Zo zijn alle interviews opgenomen door middel van opnameapparatuur. Deze opnames zijn direct opgeslagen en gedeeld in een aparte map, zo werd de informatie goed bewaard voor een mogelijke heranalyse. Doordat de interviews zijn opgenomen kon de informatie worden teruggeluisterd en was er de mogelijkheid om de informatie zorgvuldig te transcriberen. Ook zijn de interviews afgenomen in een ruimte waar er niet gestoord kon worden en waarbij er geen afleidende omgevingsfactoren waren.

Om de kwaliteit te bewaken is er wekelijks contact met de opdrachtgever en de onderzoeksgroep geweest. Elke dinsdag is er een bijeenkomst geweest om de ontwikkelingen of omstandigheden te bespreken. Op deze manier is de mogelijkheid er geweest om de onderzoeksopzet en vraagstelling met collega-onderzoekers te delen.

3.4 Validiteit

Nadat er is gekeken naar de toevallige fouten, is er gekeken naar de systematische fouten. De betrouwbaarheid is dus een voorwaarde voor de validiteit van het onderzoek. Met validiteit wordt er gedoeld op geldigheid of zuiverheid van het onderzoek, de mate waarin systematische fouten zijn gemaakt (Verhoeven, 2010).

Er is sprake van populatievaliditeit, de steekproef vormt een juiste afspiegeling van de populatie. De kenmerken van de steekproef lijken op de kenmerken van de populatie, alhoewel de steekproef dus redelijk klein is.

Er is gelet op de begripsvaliditeit. De hoofdinterviewer is van Duitse afkomst. Hierdoor zou er spraakverwarring of onduidelijkheid kunnen ontstaan. Om dit te voorkomen is er op één keer na altijd een Nederlandstalige onderzoeker bij aanwezig geweest mochten er onduidelijkheden zijn bij het stellen van de vraag.

Er is rekening gehouden met het expres verkeerd geven van een antwoord, bijvoorbeeld d.m.v. het geven van een sociaal wenselijk antwoord, door de respondent. Er is aangegeven dat het niet uitmaakt of de patiënt zijn/haar doel heeft behaald. Om antwoord te krijgen op wat er gemeten wordt, is er genoemd dat patiënten vrij zijn om te antwoorden en dat alle informatie zinvol is.

3.5 Instrument

Om antwoord te geven op de praktische deelvragen zijn er interviews afgenomen. De aanleiding, literatuur, vraagstelling, doelstelling en het onderwerp zijn gebruikt om de vragen van het interview te operationaliseren (Migchelbrink, 2012). Om achter de gebruikservaring van de patiënten en counselors te komen zijn er interviews met hen afgenomen. Deze duurden +- vijftig minuten. De interviewvragen zijn opgesteld vanuit de theorie. Het hoofdonderwerp van de vragenlijst is de gebruikservaring van de patiënten en counselors. Vanuit het theoretisch kader is rondom dit onderwerp een vragenlijst opgesteld. Met het onderzoeksteam is gebrainstormd over de interviewvragen. Vanuit theorie over het begrip 'gebruikservaring' is gebruiksvriendelijkheid naar voren gekomen. Zo zijn er vragen opgesteld rondom de behandelingen in de verslavingszorg maar ook over de stemming van de respondenten tijdens de blended behandeling, het computergebruik, de ervaringen rondom de verslaving en de ervaringen met de counselors. Door middel van deze onderwerpen is de informatie verzameld. De interviewvragen zijn na het eerste interview aangepast zodat de vragen meer aansloten bij het behandeltraject van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is dat de vragen zich konden richten op de stappen die zijn doorlopen door de patiënt. De ene keer zijn dit drie stappen geweest en de andere keer acht. Op deze manier konden de juiste vragen worden gesteld aan de respondent. Deze topiclijst is terug te zien in bijlage twee onder 'behandelstappen'.

De interviews zijn na afloop getranscribeerd, dit is binnen een week na het afnemen van het interview gedaan. Nadat het interview is getranscribeerd, is deze gecontroleerd door een andere onderzoeker, dit is binnen drie dagen, nadat het interview is getranscribeerd, gedaan. Als de interviews getranscribeerd en gecontroleerd zijn, worden ze gecodeerd. Dit is gebeurd aan de hand van een schema met codes en categorieën. De codes en categorieën zijn voort gekomen vanuit de interviews. Zo is er een proefcodering gemaakt, waarin de alinea's uit het interviews zijn gecodeerd. Vanuit deze proefcodering is er een lijst naar voren gekomen, deze wordt gebruikt om alle interviews te coderen. Ten slotte zijn de resultaten systematisch vastgelegd door middel van het gebruik van een software Coding Analysis Toolkit (CAT) waarmee overzichtelijk is weergegeven of de gebruikservaring van de verschillende respondenten overeen zijn gekomen of niet.

3.6 Ethische overwegingen

Kwalitatief onderzoek lijkt in vergelijking met kwantitatief onderzoek waarschijnlijk tot een breder scala aan ethische problemen. Ethische aspecten komen in elke fase van het onderzoek aan de orde, tijdens het verkrijgen van toegang, het verzamelen van de gegevens, het analyseren en het rapporteren hiervan (Saunders, Lewis & Thornhill, 2004). Aan het begin van elk interview worden de rechten van de respondent besproken. Hierbij is genoemd dat de respondent alle tijd heeft om antwoord te geven en dat alle gegevens anoniem worden verwerkt. Ook is genoemd dat de informatie die wordt gegeven niet bij de longartsen of counselors terecht komt. Daarnaast is

genoemd gevraagd of de respondent nog vragen vooraf heeft. Op deze manier is er ruimte geweest voor allerlei vragen die de respondent voorafgaand het interview nog heeft.

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek zo goed mogelijk te bewaken, is er vertrouwelijk omgegaan met de informatie van patiënten en counselors. Zo is er contact met de patiënten en counselors geweest vanuit een werkplek in het Medisch Spectrum Twente en is patiëntinformatie niet buiten het ziekenhuis geweest. De patiënten hadden ieder een randomisatienummer waarmee gegevens werden geordend. Daarnaast zijn de gegevens van de patiënten en counselors anoniem verwerkt en zijn op geen enkele manier tot de persoon te herleiden.

Het interview is afgenomen in een rustige ruimte zodat de respondent niet werd afgeleid of zich ongemakkelijk kon voelen door andere omstandigheden. Er is gekozen voor een algemenere werkruimte en geen onderzoekskamer van het ziekenhuis. Hier is voor gekozen om zo een fijne plek te creëren, waarbij de respondent niet het idee heeft dat hij/zij in het ziekenhuis zit. Bij binnenkomst werd er altijd een praatje gemaakt en er is koffie of thee aangeboden om de respondent op zijn/haar gemak te stellen. Ten slotte is aan het begin van elk interview de audioapparatuur getest zodat de respondent kon wennen aan de omstandigheden.

3.7 Samenvatting

De verschillende onderzoek typen die tijdens het onderzoek naar voren komen zijn analytisch, evaluerend en literatuuronderzoek. De onderzoeksomvang bestaat uit een groep van twaalf patiënten die de Blended Smoking Cessation Treatment volgen of hebben gevolgd. En twee counselors die deze behandeling hebben begeleid. Hierbij zijn er interviews afgenomen om achter de gebruikservaring van de behandeling te komen. Wat betreft de betrouwbaarheid is er gelet op de grootte van de groep maar ook op hoe deze steekproef de populatie zo goed mogelijk weerspiegelt. Daarnaast is er gelet op het vertrouwelijk omgaan met de informatie van de respondenten. De interviews zijn door verschillende onderzoekers afgenomen waarbij de opdrachtgever wel altijd aanwezig is. Ook zijn de interviews opgenomen in een ruimte waar niet gestoord kon worden. Ten slotte is er wekelijks contact met het onderzoeksteam om zo de stand van zaken van het onderzoek te bespreken. Wat betreft de validiteit is er gelet op begripsvaliditeit in verband met de opdrachtgever die Duits spreekt. Om deze reden is er vaak een Nederlands persoon bij aanwezig geweest. Ten slotte zijn de respondenten vrij geweest om antwoord te geven op de vragen. Er is rekening gehouden met ethische overwegingen door de rechten van de respondenten te bespreken, en de interviews af te nemen in een zo optimaal mogelijke ruimte.

Het bovengenoemde komt meer naar voren bij de twee praktische deelvragen. Het literatuuronderzoek komt terug bij de theoretische deelvragen. Hierbij wordt er rekening gehouden met de betrouwbaarheid van de bronnen, die vervolgens antwoord geven op de theoretische deelvragen.

Wat betreft de praktische deelvragen zit er een verschil in de inhoud van de vragen, omdat er interviews zijn afgenomen met zowel patiënten en counselors. De afnameprocedure is identiek. De overige informatie geldt ook voor beide praktische deelvragen.

HOOFDSTUK 4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van het onderzoek. Zoals eerder genoemd is in hoofdstuk 1.1 is dit onderzoek uitgevoerd door een team. Een mede-onderzoeker van de Universiteit Twente heeft in februari 2017 de resultaten gepubliceerd van de eerste zes respondenten en een counselor. Dit is in eigen woorden samengevat en in een kader weergegeven. Vervolgens worden de resultaten van de overige vier respondenten en de twee counselors toegevoegd. Daarna is er ingegaan op uitspraken die zijn gedaan over het wederzijds lezen van informatie via het online onderdeel. Ten slotte zijn de resultaten geanalyseerd.

4.1 Resultaten

Onderstaand volgen de ervaringen van de patiënten en counselors. De gebruikservaringen gaan over de algemene ervaringen, voor- en nadelen, en het wederzijds lezen van de online informatie van patiënten en counselors.

Gecombineerde behandeling

Counselor1 geeft over de combinatie van face-to-face en online behandelingen aan dat dit lastig werken is. De counselor heeft het gevoel misleid te worden over de rookstatus van de patiënten omdat patiënten de online opdrachten niet altijd eerlijk invoeren: *"Ik had er geen grip op soms"*. Ook noemt de counselor dat er een stuk flexibiliteit mist, dit bevat de reguliere behandeling wel. Bij de blended behandeling kan er online bijvoorbeeld niet vooruit worden gekeken of kunnen er geen stappen worden over geslagen. Op deze manier kan de counselor de behandeling niet goed laten aansluiten bij de behoeften van de patiënt.

De patiënten vinden de online sessies en de gesprekken bij de counselor goed op elkaar aansluiten. Respondent53 noemt: *"Ja dat ging, gezien ook de ontweningsverschijnselen, ging dat eh, liep dat mooi gelijk op met elkaar"*. Het is vooral als prettig bevonden dat er een mogelijkheid is om terug te kijken in de sessies als dit nodig is. Wel is genoemd dat de herhaling die tijdens de behandeling naar voren komt vervelend is.

Patiënten

Er is gekeken naar goede en slechte ervaringen van de combi behandeling. Wat hierbij opvalt, is dat er meer goede ervaringen zijn genoemd dan slechte. Drie van de vier respondenten hebben goede ervaringen van de combi genoemd. Er is één slechte ervaring genoemd door één respondent. Een patiënt laat weten dat dat de combi het meest ideale was en dat online en face-to-face elkaar versterkt. Respondent75 noemt: *"Nee voor mij was dit wel het meest ideale zeg maar. Dus zowel gesprekken en dan online behandelingen dat dat elkaar beïnvloed en dat het goed op elkaar aansluit. Dat was natuurlijk wel een voorwaarde. Dat was in mijn geval zeker zo. Ja. Nou wat ik al zei, dus dat het elkaar erg aanvult en versterkt he, dat vind ik gewoon het belangrijkste. Noch alleen de online behandeling, noch alleen face-to-face zou dat effect gehad hebben. Dus dat vind ik waardevol van de combi behandeling."*

Dit in tegenstelling tot respondent106 die aangeeft dat de voorkeur naar alleen face-to-face behandelingen gaat.

Counselors

Counselor3 geeft ook een uitspraak over een goede ervaring met de combi behandeling. Counselor3 noemt: *"Ja ik vind het echt een hele mooie mogelijkheid. Ja. We hebben groepstrainingen, prachtig voor de mensen voor waar dat geschikt voor is. Is niet geschikt voor iedereen. We hebben face-to-face, niet geschikt voor iedereen. We hebben blended, super voor een specifieke groep."*

Counselor2 geeft 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 is er een slechte ervaring genoemd door counselor3: *"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."*

Face-to-face

In tegenstelling tot de voorgaande onderwerpen zijn de uitspraken over het face-to-face gedeelte positief. Het face-to-face gedeelte lijkt het meeste gewaardeerde onderdeel ondanks dat patiënten aangeven dat er soms te weinig tijd was voor een gesprek. Zowel patiënten als de counselor noemen het face-to-face onderdeel het belangrijkste van de behandeling. De counselor noemt dan ook: *"Ik heb gewoon meer contact dan, dan zie ik wat er met mensen gebeurt. En dan kan ik ze erop aanspreken"*. Respondent10 noemt: *"Het meest motiverende? Nah, met die dames praten. Dat vond ik heel motiverend"*. Respondent53 geeft aan dat de gesprekken vertrouwelijk zijn: *"Face-to-face is wel vertrouwelijk, zeker wanneer jij je begeleidster gedurende het proces beter leert kennen"*.

De negatieve ervaringen zijn afkomstig van twee respondenten. Respondent27 geeft aan dat de gesprekken te lang duurden. Terwijl respondent10 de gesprekken juist kort vond. Respondent12 noemt dat juist de wachttijden te lang duurden: *"Niet te veel tijd per persoon, dus tien minuten, kwartier maximaal en dat vind ik niet voldoende als iemand gemotiveerd is met stoppen met roken"*.

Patiënten

Ook bij de goede en slechte ervaringen over het face-to-face gedeelte valt op dat er meer goede dan slechte ervaringen zijn genoemd. Vier van de vier respondenten noemen positieve ervaringen. Eén hiervan noemt daartegenover ook een slechte ervaring. Positieve ervaringen gaan over dat de inhoud goed was en dat de respondent niet in een bepaald stramien wordt gedrukt. Zo noemt respondent75: *"Ik vond het voordeel van de face-to-face behandelingen dat je niet in een bepaald stramien gedrukt wordt. Uhm nou de verschillende thema's die we zojuist hebben doorgenomen. Nou dat vond ik heel goed. Ik vond aanvullingen van, van in de behandeling, zeg maar even, ook goed. Ik zou het prettigste vinden face-to-face."*

Een andere positieve ervaring wordt genoemd door respondent106. De respondent geeft aan dat de gesprekken als fijn zijn ervaren en dat het face-to-face gedeelte prettiger was. Respondent106 noemt: *"De gesprekken een op een vind ik fijner en al je de computer hebt, je vult eigenlijk de dingen wat je elke dag dan doen. En je doet elke dag hetzelfde. En als je gesprekken hebt dan heb je het hier over, dat is gewoon anders. Dat vind ik fijner. Nee face-to-face wel. Voor mij vond ik het prettiger dat ik bij haar was. En dat zij mij dus dingen zei dat ik daar aan moest werken. De computer op zich. Ik zei al, ik was daar een beetje laks in, in het begin. Face-to-face vond ik prettiger."*

Tenslotte noemt respondent34 een negatieve ervaring namelijk dat de gesprekken belerend over kwamen: *"Uh, nou de allereerste keer dat ik daar kwam, uhm, had ik het gevoel dat het een beetje belerend was. Dan met het vingertje zo. Ja, en dat voelt natuurlijk nooit goed. Daar ben ik te eigenwijs en te Nederlands voor. Nou uh, in het begin vond ik het uh, het meest vervelend. 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 een belerend verhaaltje zo van pas op. Roken is slecht. En dan heb je eigenlijk al zoiets van pff."*

Counselors

Alleen counselor3 heeft zowel positieve als negatieve ervaringen genoemd over het face-to-face gedeelte van de behandeling. Een positieve uitspraak: *"Ik vind het nog steeds fijn om mensen in de ogen te kunnen zien"* Een negatieve uitspraak die counselor3 noemt: *"Het is wel zo dat ik meer zelf kan bepalen wanneer ik het doe, dat is wel zo. Maar het moet wel gebeuren, en het moet ook gebeuren op die dag. Dus dat het tijdswinst oplevert, voor ons niet. Voor de patiënt misschien wel, maar voor ons niet."*

Online onderdeel

Wat naar voren komt over het online gedeelte is dat patiënten dit onderdeel onpersoonlijk en oninteressant vinden. Respondent10 noemt: *"Het is net als belastingformulieren invullen, zo bekijk ik het"*. Respondent14 geeft aan het online gedeelte niet interessant genoeg te vinden: *"Ik heb het ook allemaal wel ingevuld maar, dat zeg ik voor mij was t nah, niet interessant genoeg"*. Het online gedeelte sluit niet aan bij de patiënten. Ook de counselor noemt dat het online gedeelte onpersoonlijk is: *"Ja, ik vind het heel star. Weinig persoonlijk"*. Ook is genoemd dat de teksten die zijn weergegeven te lang en moeilijk te begrijpen zijn.

Er is genoemd dat dit gedeelte van de behandeling wel houvast geeft als de counselor niet beschikbaar is. Respondent53 noemt: *"Dingen die ik op internet aangeboden kreeg, dat waren meer ehm hulpmomenten, op tijden dat je het moeilijk had of dat je uh denkt van nou hoe kan ik het beste mee omgaan"*. Hiernaast is genoemd dat de website als gebruiksvriendelijk wordt ervaren.

Counselor1 gaf als eerste over het online gedeelte aan dat de techniek zorgde voor een negatieve ervaring: *"Internet is.. het was traag"*. Ook geeft de counselor aan dat er weinig respons was van patiënten. Als laatste is genoemd dat de teksten lang en lastig waren: *"De teksten zijn te lang. Maar dat vond ik zelf moeilijk, lastige teksten"*.

Patiënten

Drie van de vier respondenten hebben positieve online ervaringen genoemd. Vier van de vier respondenten noemen slechte ervaringen over het online gedeelte. In vergelijking met de goede ervaringen zijn er beduidend meer slechte ervaringen genoemd. Dit waren zeven goede om 32 slechte uitspraken.

Respondent75 noemt: *"Ik denk dat dat wel een uh goede manier zou kunnen zijn he. Om uh ieder geval een gemakkelijkere manier laat ik het zo zeggen, sneller. Maar uhm misschien als aanvulling voor later. Dat zou goed kunnen. Nogmaals ik vond het zo goed werken. Ja, ik vond dat lezen geen probleem, laat ik zo maar zeggen. Uhm en ik vind het ook wel een prettige manier. Nee voor mij was het in ieder geval voldoende gebruikersvriendelijk. Geen problemen ermee."* Een gelijkwaardige uitspraak is gegeven door respondent509: *"Het is wel gebruiksvriendelijk."*

Negatieve online ervaringen gaan over dat de online behandeling niet goed op de tablet is uit te voeren. Respondent75 noemt: *"Ja dat heb ik al een aantal jaren terug gezegd. Ja, ik ga gewoon lekker beneden zitten met mijn computer. Wat ik wel jammer vond is dat er een aantal bestanden niet op een tablet te openen waren."* Ook respondent34 noemt hierover: *"Naja dat uh, op mijn tablet had ik geen flashplayer zitten. Dat is een tablet. Dus dat werkte al niet. Dus ik moest altijd op mijn laptop inloggen. Uhm, ja en dan moet je inloggen, eerst de computer opstarten dus dat duurt t, die van mij is tenminste zo vol dat het wel even duurt tot hij opstart."*

Ook wordt door respondent75 genoemd dat er geen ruimte was voor het inbrengen van persoonlijke

dingen en ervaringen: *“Nou ja, ik zeg maar even het bijhouden van het dagboek. Dat was voor mij heel storend. En het feit dat er in de online behandeling er weinig ruimte is om ook persoonlijke dingen en ervaringen in te brengen. Het is eigenlijk meer vraag en antwoord. En je hebt geen of te weinig ruimte om daar ook nog andere punten in naar voren te brengen.”*

Counselors

Counselor3 geeft over het online gedeelte aan dat het meer mogelijkheden voor behandelen geeft en noemt: *“Ehm, het feit dat je gewoon op afstand kan begeleiden. Dat het voor mensen ook minder belastend is. Dat het meer mogelijkheden geeft om ook als ze op vakantie zijn, of voor werk weg, je de begeleiding kan doen.”*

Daartegenover noemt counselor2: *“Ja dat rookschrift vind ik, dat is denk ik voor heel veel mensen niet duidelijk. En nodigt niet uit om te doen. Dus daar zou naar gekeken kunnen worden.”* Ook counselor 3 noemt een negatieve uitspraak over het online gedeelte namelijk: *“Maar je kunt wel directer inspelen. Als ik een vraag kan stellen en ik krijg direct antwoord, kan ik daar direct mee op reageren. En dat kan bij online niet.”*

Voor- en nadelen van de gecombineerde behandeling

De meeste voor- en nadelen worden genoemd over het online gedeelte. De uitspraken over de voor en nadelen van het online gedeelte komen overeen met de ervaringen hiervan. Zo komt tevens als nadeel naar voren dat het onderdeel onpersoonlijk en oninteressant is. Respondent25 geeft aan: *“Niet alsof het echt doordringt ofzo, het wordt niet echt eigen”*. Ook is het onderdeel vaak gezien als *“even tussendoor”*, patiënten gaan hier niet serieus mee aan de slag. Als voordeel is wederom genoemd dat het fijn is dat informatie kan worden terug gelezen.

Voor- en nadelen van de combi behandeling verschillen juist van de ervaringen die eerder zijn genoemd. Zo wordt als nadeel genoemd dat niet alles wat face-to-face wordt besproken online is terug te vinden. Respondent14 noemt: *“Ik zag nadelen als ik dus wat wou weten, dan kan ik dat niet online vinden”*. Als voordeel is genoemd dat het online gedeelte een verlengstuk is van de face-to-face gesprekken. Respondent25 laat weten: *“En de face-to-face was eigenlijk meer eh, de bevestiging en... computer was voor eigenlijk meer een verlengstuk van de face-to-face”*.

De gesprekstijd bij face-to-face sessies komt naar voren als nadeel evenals de beschikbaarheid van de counselors. Evenals is genoemd bij de algemene ervaringen zijn de persoonlijke aspecten gewaardeerd. Respondent14 noemt de meeste nadelen over het face-to-face gedeelte: *“Soms zijn die dames, die kun je maar een aantal dagen in de week spreken he. Van woensdag tot en met vrijdag was dat geloof ik. Kijk en in het weekend kun je dan niet terecht of op maandag of dinsdag. Kijk dan blijf je met de vragen zitten”*.

Patiënten

Respondent34 noemt een voordeel en nadeel van de combi behandeling namelijk: *“Allerbelangrijkste voordeel van die combi behandeling is natuurlijk het gemak. Niet te hoeven reizen en uh het voor van een combi behandeling, gaat minder tijd in zitten natuurlijk. Uh nadeel vind ik weer, je kunt het makkelijker aan de kant schuiven. Dat is uh, of je wel of niet inlogt ja, als je wel of niet op een afspraak komt mmm het is net even anders.”*

Wat overeenkomt met de uitspraak hierboven is een uitspraak van respondent509 namelijk: *“Uh, het is een soort gemakzucht. Van als het via de computer moet doen zeg maar. Van dat doe ik morgen wel, of dat doe ik eind van de dag wel. Of, je bent er niet de hele dag mee bezig. En dan denk je van*

och dat doe ik wel even. Maar dan later komt er toch niks meer van."

Over het face-to-face gedeelte worden meer voordelen dan nadelen genoemd. Dit zijn acht uitspraken over voordelen en één over een nadeel. Bij het online onderdeel zijn er juist meer nadelen genoemd. Hier worden twee uitspraken gedaan over de voordelen en negen over de nadelen van de online behandeling.

Een voordeel van de face-to-face behandeling is genoemd door respondent75: *"Er zijn natuurlijk mensen die uhm harder of sterker gemotiveerd zijn dan ik. Die hebben het misschien niet nodig. Maar ik vind dat in ieder geval wel uh, ja dat is in het voordeel van persoonlijk contact. Dat het minder anoniem is."*

Een nadeel dat is genoemd over de face-to-face behandeling komt van respondent34, deze noemt: *"Uh ja, voor mij persoonlijk he, dus voor mij persoonlijk is het beter denk ik een op een omdat je dan dieper kunt ingaan op problemen die er spelen."*

Een voorbeeld van een voordeel dat over het online gedeelte gaat is genoemd komt van respondent34. Dit gaat over het invullen van het rookdagboek: *"Maar het voordeel is, dit kon je even tussendoor plupplup en het staat erin [...] Op afstand invullen is mooi en handig."*

Een nadeel over het online gedeelte is genoemd door respondent75: *"En ik heb ook aangegeven dat ik het met name jammer vond dat het veelal gesloten vragen waren bij de online behandelingen. Ook zeg maar even wat betreft uren en tijden he. Het staat allemaal vast. Het geeft geen mogelijkheid om het persoonlijker te maken. Dat vond ik jammer van het online gebeuren."* Een ander nadeel wordt genoemd door respondent 509: *"Dat is ook niet uh, dat vind ik ook niet menselijk meer want bijvoorbeeld, je hebt een week gehad dat je veel gerookt hebt zeg maar. Als je stress hebt gehad. Dan zet je dat niet op dat verhaal. Nee, dat is heel onpersoonlijk. Voor mij heeft dat geen nut. Dan denk ik dat je beter face-to-face kunt zeggen."* Er is ook een nadeel genoemd over het rookdagboek door respondent106: *"Nee nee, althans niet bij mij. Kijk als iemand een kantoorbaan heeft en die heeft een laptop bij zich staan die zegt: RokendeBaas, die vult het in en die klikt het weg. In mijn situaties kan ik dat niet. En dan met ik elke keer, zodra ik thuis ben, alles wat ik op heb geschreven, weer invoegen en dat is allemaal het dubbele ervan."*

Counselors

De counselors geven alleen voor en nadelen van het online gedeelte van de behandeling en niet van het face-to-face gedeelte of de combi. Counselor3 noemt zowel een voordeel als een nadeel: *"Je hebt geen reistijd, de kosten zijn laag. Ja dat soort dingen. En nadelen zijn dat je geen ervaringen kan uitwisselen. Het voelt minder vrijblijvend."*

4.2 Wederzijds lezen van online informatie

Resultaten patiënten

Acht van de tien patiënten hebben een uitspraak gedaan over het idee dat de counselors, de informatie die de patiënten online invullen, lezen. Vijf van de acht hebben het idee dat de counselor de informatie leest. De overige drie hebben het idee dat contact hebben met een machine.

Hierbij is onder andere genoemd door respondent53: *"Nee ik ga iets met een mens uitwisselen, ik had wel het idee dat er aan de andere kant ook wat mee gedaan werd."* Ook respondent34 heeft het idee dat er iets met de informatie is gedaan en noemt: *"Nee nee nee, dat niet, nee niet dat het ergens*

op internet bleef zweven ofzo. Nee, ik had wel de indruk ook omdat je wel gebeld wordt of een mailtje krijgt, van joh dit je bent het vergeten in te vullen. Dus je weet wel dat daar iemand achter staat.”

Daar tegen over noemt respondent106: *“Ja ik denk dat ik dan meer zou, met een machine, met een computer. Ja, dat denk ik wel. Omdat je dan niet tegenover elkaar zit.”*

Resultaten counselor

Ook hebben de counselors uitspraken gedaan over hun idee over of de patiënt de online informatie leest of dat zij het idee hebben dat ze met een machine werken. Een voorbeeld van een uitspraak komt van counselor3 zij geeft aan dat ze het moeilijk vindt en dat ze probeert de mens voor ogen te hebben: *“Ik wil heel erg de, deze patiënt, dit mens voor ogen hebben als ik reageer. Terwijl als je het mij vertelt, en ik ben niet auditief ingesteld, dan vind ik het wel makkelijker om te onthouden omdat ik je dan ook zie. En ik zie een glinstering als iets jou raakt of niet. En nu moet ik dat er uit filteren. Dat is wat lastiger of wat meer moeite. Maar ik wil echt de mens voor ogen hebben.”* Ook counselor1 heeft het idee dat er met een patiënt wordt gecommuniceerd maar vindt de teksten die worden gedeeld heel formeel. Counselor1 noemt: *“Ja. Uhm. Het is wel een combi. Ik weet wel ongeveer wie erachter zit, maar je bent heel erg met uhm, dat is dan denk ik ook persoonlijk. Van nou, dat je uh, gezellig tegen elkaar. Zo is het niet, het is heel formeel.”*

4.3 Analyse

Uit voorgaande resultaten blijkt dat over het geheel van de behandeling meer negatieve dan positieve uitspraken zijn gedaan. Wat opvalt, is dat de counselors positiever zijn over de behandeling dan de patiënten. Het persoonlijk contact weegt zwaar binnen de gebruikservaring van de counselors. Er is namelijk vaak naar voren gekomen, dat het persoonlijk contact met de patiënt belangrijk wordt gevonden. Voor de patiënten wegen de negatieve aspecten van het online gedeelte het zwaarst. Dit onderwerp is het meest naar voren gekomen binnen de uitspraken van de patiënten.

Over de ervaring met de combi is genoemd dat online en face-to-face onderdelen elkaar versterken, maar dat de combi alleen geschikt is voor een specifieke groep. Een aantal respondenten geven aan liever alleen face-to-face gesprekken hebben. Uit de resultaten over het face-to-face onderdeel blijkt hier veel positieve uitspraken over zijn gedaan. Dit betekent dat het als prettig ervaren is voor een patiënt, dat ze niet in een bepaald stramien gedrukt worden en dat de gesprekken vertrouwelijk zijn. Een ander nadeel van online wat genoemd is, is dat er een aantal onderwerpen niet besproken kunnen worden. Tijdens een face-to-face gesprek kan bijvoorbeeld wel benoemd worden waar aan gewerkt moet worden, dit is online niet mogelijk. Daarentegen gaf een patiënt aan dat de face-to-face gesprekken in het begin beledigend over kwamen. Dit betekent dat de counselor zich als expert had opgesteld en niet als gelijke. Dit is een belangrijk onderdeel van motiverende gespreksvoering. Toch is over het geheel genoemd dat face-to-face als prettig wordt ervaren, omdat men elkaar in de ogen kan kijken. Dit betekent dat het menselijke aspect belangrijk is. Over het online gedeelte komen de meeste negatieve uitspraken naar voren. Toch is genoemd dat het gebruik van online onderdelen het gebruik sneller maakt. Dit betekent dat een online aspect een toevoeging kan zijn voor de behandeling. Veel negatieve uitspraken gaan over de uitvoerbaarheid op een tablet, onhandigheid in gebruik, en onpersoonlijk contact. Dit betekent dat het online aspect gebruiksvriendelijker kan.

Veel voor- en nadelen zijn al genoemd door de respondenten i.c.m. de gebruikservaring. Voordelen betreffen vooral het gemak van het thuiswerken. Daarentegen gaan veel nadelen over het online gedeelte. Er wordt veelvuldig genoemd dat er geen motivatie genoeg is om de online behandeling te volgen.

Uit het wederzijds lezen van de online informatie blijkt dat patiënten en counselors hier hetzelfde idee over hebben. Hierbij werd zowel bij patiënten als counselors de vraag gesteld: *“Heeft u het idee*

dat er iets met de online informatie, die u invult, wordt gedaan?”. Zowel patiënten als counselors hadden het idee dat ze met een mens communiceerden, omdat er werd gereageerd op de berichten die werden uitgewisseld. Wel werd bij de vraag aangegeven dat het soms lastig is omdat je niemand voor je ziet. De patiënten en counselors geven aan dat de teksten en vragen vaak formeel zijn geformuleerd. Dit betekent dat de teksten en vragen vaak onpersoonlijk waren.

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk is er een conclusie gegeven op de hoofd en deelvragen. Vervolgens is er een discussie beschreven. Daarnaast is er een sterke en zwakte analyse gemaakt en tot slot zijn er aanbevelingen gedaan voor de behandeling en voor eventueel vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

Deelvraag: Wat zijn de gebruikservaringen van de patiënten?

Wat betreft de ervaringen met de combi behandeling wordt er meer goede dan slechte uitspraken gedaan. Dit geldt ook voor het face-to-face gedeelte. Over het online gedeelte worden meer slechte dan goede uitspraken gedaan. Er wordt veelvuldig genoemd dat er te veel tijd tussen de face-to-face en online sessies zit. En dat het online gedeelte niet aansluit bij de behoeften van de patiënten.

Over de combi behandeling worden meer nadelen genoemd dan voordelen. Deze uitspraken gaan inhoudelijk vooral over het online gedeelte. Er zijn dus ook meer nadelen dan voordelen genoemd over het online gedeelte. Over het face-to-face gedeelte worden juist meer voordelen dan nadelen genoemd. Voordelen gaan vooral over het persoonlijke contact met de counselors. Waarbij meer in kan worden gegaan op emoties die naar voren komen tijdens het stoppen met roken. Zo is een voordeel van face-to-face gesprekken dat lichaamstaal en gezichtsuitdrukking een boodschap overbrengen en dat er onmiddellijk om verduidelijking kan worden gevraagd, bijvoorbeeld tijdens misverstanden (Verheye, 2007). Dit contact vinden de patiënten onmisbaar.

Uit de resultaten van het wederzijds lezen van de online informatie komt vanuit de respondenten naar voren dat grotendeels werd genoemd dat de respondenten het idee hadden dat de counselor de informatie leest en er iets mee doet. Ondanks het idee dat ze naar een beeldscherm kijken hadden zij het idee dat er iets met de informatie werd gedaan en dat hier tijdens de face-to-face sessies over werd gesproken met de counselor.

Deelvraag: Wat zijn de gebruikservaringen van de counselors?

De counselors geven juist meer negatieve uitspraken over de combi behandeling dan goede in vergelijking met de respondenten omdat zij ondanks de besparing van kosten en tijd het persoonlijke contact heel belangrijk vinden waarbij je ervaringen kan uitwisselen, dit komt nu minder aan bod. Het persoonlijke contact weegt zwaar binnen de gebruikservaring. Daarnaast noemen zij juist meer goede ervaringen dan slechte over het face-to-face gedeelte en worden er ook meer slechte dan goede ervaringen genoemd over het online gedeelte.

Over de combi behandelingen worden meer nadelen dan voordelen genoemd door de counselors. Dit komt overeen met de uitspraken van de respondenten. Over het online en face-to-face gedeelte worden juist meer voordelen dan nadelen genoemd. Dit verschilt in vergelijking met de respondenten. De counselors waren over het geheel positiever over de behandeling dan de respondenten. De counselors vinden de Blended behandeling een aanvulling op de reguliere behandeling, omdat er gecommuniceerd kan worden via het internet zonder dat de cliënt naar het Medisch Spectrum Twente hoeft te komen.

Uit de resultaten van het wederzijds lezen van de online informatie komt naar voren dat de counselors het idee hebben dat zij met de patiënten communiceren. Ze hebben wel het idee dat ze met mensen communiceren in plaats van een machine. Wel missen er auditieve aspecten en waren de teksten formeel. Zowel de counselors als de respondenten zitten hierover op een lijn.

Hoofdvraag: Wat zijn de gebruikservaringen van patiënten en counselors van de Blended Smoking Cessation Treatment?

Het doel van dit onderzoek was het inzichtelijk maken van de gebruikservaringen van een nieuwe blended stoppen met roken behandeling. Er is gekeken naar algemene ervaringen, voor- en nadelen en het wederzijds lezen van de informatie via het online gedeelte van de behandeling.

Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat er meer negatieve uitspraken zijn gedaan dan positieve over de blended behandeling. De meeste negatieve uitspraken gaan vaker over het online gedeelte en de meeste positieve uitspraken gaan over het face-to-face gedeelte. Dit kwam naar voren tijdens de algemene ervaringen, de voor- en nadelen en ook tijdens het wederzijds lezen van de online informatie. Negatieve ervaringen gaan vooral over de structuur waarin de online sessies zich weergeven. Zo zijn de teksten te lang, is er veel herhaling tijdens de vragen die worden gesteld en is het invullen van de opdrachten niet praktisch en/of snel genoeg. Ook wordt genoemd dat de behandeling niet flexibel genoeg is omdat er een bepaalde structuur zit in de sessies. Dit terwijl eHealth (online hulpverlening) juist de kans biedt om de vrijheid en zelfredzaamheid van patiënten te vergroten. Zo kunnen online hulpmiddelen het zelfmanagement bevorderen, maar ook de continuïteit van zorg vergroten door het uitwisselen van informatie (Krijgsman et al, 2013).

Wat naar voren komt uit de resultaten is dat de behandeling een aanvulling kan zijn binnen de verslavingszorg wanneer deze op maat wordt gemaakt en aansluit bij de behoeften van mensen die willen stoppen met roken. Echter kan er nog veel verbeterd worden aan de behandeling waardoor het een rijkere aanvulling zal zijn voor de verslavingszorg. En waardoor de therapietrouw verhoogd kan worden. Het Nederlands Jeugd Instituut (2012) noemt dat uitval en behandeltrouw aandachtspunten zijn voor de online hulpverlening, de oorzaken hiervan zijn onbekend. Redenen voor de patiënten om te stoppen met het online gedeelte van het onderzoek waren de complexiteit van de online sessies en de herhaling die zich voordeed in de teksten. In de aanbevelingen worden er verbeterpunten genoemd waardoor de blended behandeling van het MST een aanvulling voor de verslavingszorg zal zijn en dus kan bijdragen aan het stoppen met roken.

De resultaten van het onderzoek kunnen worden gekoppeld aan de theorie van Schalken et al (2010). In de theorie worden mogelijke negatieve aspecten genoemd van online hulpverlening. Bijvoorbeeld dat er relevante informatie gemist kan worden. Een negatieve uitspraak over het online gedeelte was dat er geen ruimte was voor het inbrengen van persoonlijke dingen en ervaringen. Ook is er een mogelijkheid van technische storingen. Zo gaf een patiënt aan dat de software niet op een tablet werkte. Als laatste is een mogelijk negatief effect dat het lastiger ingrijpen is bij een crisis door de hulpverlener. Zo was er een negatieve uitspraak van een counselor dat die niet direct kan inspelen op de patiënt bij online hulpverlening. Dit kon face-to-face wel.

5.2 Sterkte- en zwakte analyse

Sterke punten

De interviews die zijn afgenomen met de patiënten en de counselors zijn op één keer na altijd met twee onderzoekers geweest. De eerste onderzoeker is bij elk interview aanwezig geweest, met de tweede onderzoeker werd gerouleerd. Hierdoor konden er geen vooroordelen of invloeden vanuit de onderzoekers zelf naar voren komen. Zoals bij de betrouwbaarheid is genoemd is de opdrachtgever op elk interview aanwezig geweest om zo controle te houden over de omstandigheden tijdens de verschillende interviews. Het onderzoek is zorgvuldig uitgevoerd. Er is een strakke planning geweest van de werkzaamheden. Dit is gedaan op een manier dat de interviews binnen één week zijn getranscribeerd en vervolgens binnen drie dagen zijn gecontroleerd. De interviews zijn door verschillende onderzoekers afgenomen, gecontroleerd, getranscribeerd en gecodeerd. Ook is het

gelukt om alle counselors te interviewen wat zorgt voor het optimaal verkrijgen van informatie vanuit het oogpunt van de counselors.

Zwakke punten

De behandeling is gezien als de toekomst van hulpverlening. De behandeling voor het stoppen met roken bij het MST is zo opgezet dat de online behandelingen moeten worden uitgevoerd via de computer, laptop of tablet met Android. Dit houdt in dat de opdrachten niet kunnen worden uitgevoerd op een iPad of smartphone, terwijl bijna iedereen tegenwoordig een smartphone tot zijn beschikking heeft. Wanneer mensen het rookschrift bij moeten houden, en de computer, laptop of tablet niet bij de hand hebben, dan kunnen zij dit dus niet gelijk invoeren. Dit zorgt ervoor dat het online gedeelte meer als belemmering wordt gezien dan als aanvulling, omdat de patiënten de opdrachten moeten invullen in hun vrije tijd, of op een moment dat zij hun computer ter beschikking hebben. Mensen moeten wachten om het rookschrift in te vullen tot ze een laptop o.i.d. bij de hand hebben. Tegenwoordig heeft bijna iedereen een smartphone bij de hand. Dit heeft er tevens mee te maken omdat mobiele telefoons steeds goedkoper worden, maar ook omdat er steeds meer functies beschikbaar zijn. Zo zou er een app kunnen worden ontwikkeld waarop het online gedeelte eenvoudig is te gebruiken. Er zouden betere resultaten uit het onderzoek kunnen komen wanneer de behandeling had aangesloten bij de patiënten, als het gebruik sneller en makkelijker was, bijvoorbeeld via een smartphone.

Voorafgaand van het onderzoek werden patiënten ingeloot voor een face-to-face of een blended behandeling. De patiënten hebben dus niet zelf gekozen om mee te doen aan de blended behandeling. Ze wisten van te voren dat er een kans was dat ze in de blended behandeling werden geloot. Uit de uitspraken van de patiënten kwam naar voren dat dit idee vaak niet duidelijk was. De patiënten waren niet altijd gemotiveerd om aan de blended behandeling mee te doen, omdat zij niet begrepen dat zij in een blended behandeling terecht konden komen. Motivatie is wel degelijk van belang om gedragsverandering aan te brengen. Gebrek aan deze motivatie kan invloed hebben op het geloof in eigen kunnen om het probleem op te lossen, wat kan leiden tot passief en lusteloos gedrag. Autonome motivatie uit zich in het nastreven van verandering omdat iemand dit zelf wil. Men voelt zich aangetrokken tot de activiteit die aansluit bij zijn/haar interesses (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008). Wij verwachten positievere resultaten wanneer mensen bewust kiezen voor de blended behandeling en hierbij gemotiveerd zijn om hun doel te behalen.

Een probleem dat naar voren kwam tijdens dit onderzoek was het afnemen van interview met de patiënten en de counselors. De interviews met patiënten konden vaak niet doorgaan door persoonlijke omstandigheden of doordat de patiënten niet kwamen opdagen. De afspraken met de counselors waren lastig, omdat zij heel druk waren.

Het was in de praktijk niet haalbaar om in korte tijd veel interviews af te nemen. Dit resulteerde in een uitloop van de planning. Er is daarnaast een kleine groep geïnterviewd. Hierdoor is het lastiger om uitspraken te doen over de behandeling. De resultaten zouden van hogere kwaliteit zijn als de groep groter was geweest.

De vragen van de interviewer werden niet altijd begrepen door de respondenten. Hierdoor werd de vraag niet goed gesteld en gaf de respondent geen antwoord op de vraag. Dit maakte het coderen lastig. Doordat de vraag en het antwoord hier op elkaar aansloten is het lastig geweest om hier een juiste code aan toe te voegen waardoor interpretaties van de onderzoekers een rol zijn gaan spelen.

Het kan in twijfel worden getrokken of er uit dit onderzoek allesomvattende conclusies kunnen worden geconcludeerd. De onderzoekspopulatie was bijvoorbeeld klein. Er zijn tien patiënten geïnterviewd uit een populatie van om en nabij veertig patiënten. Er hadden meerdere patiënten geïnterviewd kunnen worden om zo de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. De counselors en patiënten konden wellicht een bepaalde voorkennis en/of voorkeur hebben, omdat zij wisten dat zij met een onderzoek meededen. De kans bestaat dat hierdoor andere antwoorden zijn gegeven.

5.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn voortgekomen uit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek. De aanbevelingen gelden voor de Blended Smoking Cessation Treatment. Dit is de behandeling die momenteel wordt uitgevoerd in de vorm van face-to-face gesprekken en online behandelingen bij de behandeling voor het stoppen met roken. Er is gericht op de patiënten omdat er uit de conclusie is voortgekomen dat de patiënten meer negatieve uitspraken hebben gedaan.

Als eerste is het belangrijk dat de online interventies aansluiten bij de behoeften van de patiënten. De online interventies moeten weinig tijd innemen en praktisch zijn. Door middel van een app die beschikbaar is op mobiele telefoon of de iPad kan dit worden bevorderd. De reguliere online interventies zijn alleen beschikbaar op de computer of laptop, wat het gebruik en gemak niet bevordert.

Als tweede is het belangrijk dat de inhoud en lay-out van de online interventies aantrekkelijk zijn. Dit houdt in dat de site of app er modern uitziet en simpel is in gebruik.

Als derde is het van belang dat er vaker contact is met de patiënt. Om de twee weken kan er contact worden opgenomen. Dit kan in de vorm van face-to-face gesprekken zijn maar ook door online communicatie in de vorm van een e-mail, een chat, of een telefoongesprek om zo nauw contact te houden met de patiënten die de behandeling volgen op de stoppen met roken poli en zo de voortgang te bespreken.

Verbeterpunten die vanuit respondenten naar voren zijn gekomen vormen tevens aanbevelingen voor de behandeling. Hierbij kwam naar voren dat de patiënten meer informatie van te voren wilden in de vorm van een folder. Ook kwam naar voren dat patiënten behoefte hadden aan het vormen van een groep waar ervaringen kunnen worden gedeeld. Ten slotte is naar voren gekomen dat filmpjes of gesproken teksten een vervanging kunnen zijn van de lange teksten van de online sessies.

Een aanbeveling voor de behandeling is om deze aan te passen naar de behoeften van de patiënt. Momenteel is dit 50% face-to-face en 50% online. Het is bijvoorbeeld een optie om 80% face-to-face te doen, en 20% online of andersom zo kan de patiënt kiezen waar diegene de meeste behoefte aan heeft.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het is aan te raden om een grotere steekproef te selecteren. Zo zullen de resultaten betrouwbaarder zijn. Ook zou er gekeken kunnen worden naar resultaten op korte termijn bijvoorbeeld tijdens of net na de behandeling. Zodat respondenten beter herinneren wat hun ervaringen zijn en wat er in hun omgving tijdens het volgen van de behandeling. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op alleen online interventies en het effect hiervan om zo de online sessies te verbeteren. Het zal raadzaam zijn om de vragenlijst voor de respondenten te testen op taalbegrip waardoor er juist antwoord kan worden gegeven op de vragen.

5.4 Discussie

Internet risico's

Er is nog niet veel literatuur over blended care, omdat dit een relatief nieuwe ontwikkeling is. Dit onderzoek is daarom een aanvulling op de bestaande literatuur. Hierbij moet er wel rekening worden gehouden met dat dit onderzoek zich richt op een aantal onderwerpen. Tijdens de interviews is gevraagd naar verschillende onderwerpen. Wegens tijdsgebrek zijn deze onderwerpen niet meegenomen in het onderzoek. De studie behandelt niet:

- Verwachtingen van de combi/face-to-face/online
- Eerdere ervaringen
- Context van de techniek/gezondheid/sociaal
- Adviseren van de behandeling
- Locatie van de behandeling
- Stemming tijdens de behandeling
- Helpende onderdelen van de behandeling voor het stoppen met roken
- Motivatie stoppen/doorgaan behandeling
- Zelfbeschrijving computer

Als aanvulling op dit onderzoek zouden andere onderzoekers zich kunnen richten op de bovenstaande onderwerpen.

Daarnaast is er niet gekeken naar negatieve effecten of risico's van het internet. Welke risico's zitten er aan het implementeren van internet in een behandeling en waar kan rekening mee worden gehouden? Wat is het effect van het langdurig gebruiken van internet tijdens een behandeling? Hoe kan het gebruik van internet zich uiten?

Het internet biedt communicatieve, educatieve maar ook commerciële kansen. Zo is er de mogelijkheid om in contact te komen met nieuwe kennis, andere culturen, amusement en diverse diensten. Zo kunnen verslavingen worden voorkomen en worden behandeld en wordt communicatie tussen patiënt en hulpverlener uitgebreid. Maar, er zitten ook risico's aan het gebruik van het internet. Specifieke risico's zijn het anonieme gebruik, eenvoudige toegankelijkheid en het goedkope gebruik ervan. Soms is onduidelijk wie het contact tussen patiënt en hulpverlening in de gaten houdt. Uit een onderzoek van de Stanford University onder 2500 volwassen blijkt dat vijftien procent van de volwassenen tekenen vertoont van problematisch gebruik. Dit kan zich uiten in het ontsnappen aan negatieve gevoelens, of moeite hebben om 'offline' te gaan. Dit kan zich vormen tot een internet verslaving. Er wordt dan obsessief gebruik gemaakt van het internet (Berg, 2011).

Het is aangetoond dat mobiele telefoons kunnen ondersteunen bij advies geven bij het stoppen met roken. Tegenwoordig zijn mobiele telefoon gevormd tot kleine computers. Op een mobiele telefoon is gebruik te maken van zogenoemde 'voice messages'. Dit omvat spraakberichten die over en weer kunnen worden gedeeld. Ook kan er gebruikt gemaakt worden van camera- en/of videobeelden. Daarnaast is er op veel plekken Wifi beschikbaar waardoor internet makkelijk te gebruiken is. Een mobiele telefoon kan gebruikt worden voor het achterlaten van berichten ongeacht tijd of locatie. Vaak zijn telefoon toegankelijk voor een individu door middel van toegangscode waardoor de veiligheid van het uitwisselen van medische gegevens verbeterd kan worden. Bijvoorbeeld bij medische afspraken of informatie over lab resultaten. Het gemak van de mobiele telefoon is vanzelfsprekend. (Patrick, Grisworld, Raab & Intille, 2008). Wij concluderen dat de behandeling achterhaald is. Wij verwachten dat er positievere resultaten uitkomen als er gebruik wordt gemaakt van behandeling in combinatie met een smartphone.

Invloed van de counselor op therapietrouw

Er is onderzoek gedaan naar de gebruikservaring van de Blended Smoking Cessation Treatment. Uit resultaten, van de interviews die zijn afgenomen met patiënten, is voortgekomen dat ze de online vragenlijsten na verloop van tijd niet meer invullen. Ze worden laks, de vragenlijsten zijn niet interessant genoeg, het lijkt op het invullen van een belastingformulier of het invullen van de vragenlijst is onpersoonlijk. Vervolgens zijn de vragenlijsten niet meer zorgvuldig ingevuld door de patiënten. Het is voorbij aan het doel van dit onderzoek om de invloed van de counselor op de therapietrouw van zowel de face-to-face als de online sessies te onderzoeken.

Een empathische houding van de hulpverlener lijkt een positief effect te hebben op therapietrouw. Het is vanuit de hulpverlener belangrijk dat deze inhaakt op uitspraken van de cliënt die gaan over motivatie. Het is voor de hulpverlener van belang dat ze de patiënt zover krijgen om dit soort uitspraken te doen. Motiverende gespreksvoering levert hieraan een bijdrage. De counselor kan invloed uitoefenen op de therapietrouw door te richten op gezondheidsbevordering en de vaardigheden en sterke kanten van de patiënt. Ook kan de counselor een houding aannemen waarbij hij overtuigd is dat de cliënt in staat is om te veranderen (Nederlands Jeugd Instituut, 2013). Therapietrouw leidt tot betere resultaten van de behandeling waardoor er actiever wordt deelgenomen aan de behandeling. Door motiverende gesprekstechnieken te hanteren tijdens de behandeling wordt de motivatie van de patiënt verhoogd waardoor de therapietrouw toeneemt.

Er is een significant verschil te zien tijdens de therapietrouw van de face-to-face sessies ten opzichte van de online sessies. Motiverende gespreksvoering toepassen om de therapietrouw te verhogen lijkt de juiste keus te zijn geweest wat betreft de face-to-face sessies. Er zijn ook positieve resultaten voortgekomen uit het face-to-face contact met de counselors.

Uitspraken waren mogelijk positiever geweest wanneer motiverende gespreksvoering kan worden toegepast in de online sessies. Een mogelijke oorzaak hiervoor kan zijn dat de online vragenlijsten te zakelijk en te formeel zijn, en er dus geen empathie is getoond. Het zou dus kunnen zijn dat de resultaten anders waren geweest als de therapietrouw voor online sessies hoger was geweest. Het zou interessant zijn om het verhogen van de therapietrouw tijdens online behandelingen te onderzoeken.

Bronnenlijst

- Alben, L. (1996). *User Experience definitions*. Geraadpleegd op <http://www.allaboutux.org/ux-definitions>
- Berg, A. (2011). *Internet en verslaving: zowel oorzaak als oplossing*. Geraadpleegd op <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp97/sp97-uit-den-lande.pdf>
- Bevan, N. (z.j.). *What is the difference between the purpose of usability and user experience*. Geraadpleegd op <https://pdfs.semanticscholar.org/cba7/4036995821ca560d31bf397c695a460a63a5.pdf>
- Civiljak, M., Stead, L.F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A. & Car, J. (2013). *Internet-based interventions for smoking cessation*. Geraadpleegd op <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84891657856&origin=inward&txGid=62FB9B8957841698C9FA2760F4B68CB0.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a1>
- Deber, R.B., Kraetschmer, N., Urowitz, S. (2005). *Patient, consumer, client, or costumer: what do people want to be called?* Geraadpleegd op <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2005.00352.x/full>
- 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.
- Farmaceutisch Kompas (z.j.). Middelen bij de behandeling van verslavingsziekten. Geraadpleegd op <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren-volgens-boek/inleidingen/inl-middelen-bij-de-behandeling-van-verslavingsziekten>
- Hassenzahl, M., en Tractinsky, N. (2006). *User Experience definitions*. Geraadpleegd op <http://www.allaboutux.org/ux-definitions>
- Heerink, M., Bratti-Werf, M., van der, Pinkster, S. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn: Een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Het Trimbos Instituut (z.j.). *Stoppen met roken*. Geraadpleegd op <https://www.trimbos.nl/themas/stoppen-met-roken1>
- 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>
- Ikstopnu.nl (z.j.). *Stoppen met roken, de belangrijkste tips*. Geraadpleegd op <https://www.ikstopnu.nl/stoppen-met-roken-tips/>
- Jellinek (z.j.). *Behandelingen*. Geraadpleegd op <https://www.jellinek.nl/behandelingen/>
- Jellinek (z.j.). *Wanneer ben je verslaafd aan alcohol of drugs?* Geraadpleegd op <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wanneer-ben-je-verslaafd-aan-alcohol-of-drugs/>
- Krijgsman, J., Bie, J. de., Burghouts, A., Jong, J. de., Cath, G., Gennip, L., van. & Friele, R. (2013). *eHealth verder dan je denkt*. Geraadpleegd op <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ehealth-verder-dan-je-denkt.pdf>
- Kuniavsky, M. (2010). *User Experience definition*. Geraadpleegd op <http://www.allaboutux.org/ux-definitions>
- Migchelbrink, F. (2012). *Projectmatig werken en onderzoek. Een handleiding professionals in onderwijs, zorg, welzijn en wonen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- MST & Tactus (2014). *Rookvrij leven. Blended behandeling*. Online teksten. Intern document
- Nederlands Jeugd Instituut (2012). *Wat werkt bij online hulpverlening?* Geraadpleegd op http://redactie.nji.nl/nji/dossierDownloads/Wat_werkt_Online_hulp.pdf
- Nederlands Jeugd Instituut (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Geraadpleegd op [http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf)

- Patrick, K., Grisworld, W.G., Raab, F., & Intille, S.S. (2008). *Health and the mobile phone*. Geraadpleegd op <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2527290/>
- Postel, M., Witting, M., & Gemert-Pijnen, L., van. (2013). *Blended behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Dth: kwartaaltijdschrift voor directieve therapie en hypnose*. Universiteit Twente
- Roto, V., Law, E., Vermeeren, A., & Hoonhout, J. (2011). *Uxer Experience White Paper*. Geraadpleegd op <http://www.allaboutux.org/uxwhitepaper>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2004). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van., Hoogenhuyze, C. van., Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M. & Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening: Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schippers, G.M. (2002). *Motiverende gespreksvoering*. Geraadpleegd op https://www.coutinho.nl/fileadmin/documenten/outreachend/motiverende_gespreksvoering.pdf
- Siemer, L., Pieterse, M.E., Brusse-Keizer, M., Postel, M.G., Ben Allouch, S. & Sanderma, 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 praktijkgericht onderzoek*. Geraadpleegd op https://www.researchgate.net/profile/A_Smaling/publication/46681916_De_probleemstelling_bij_kennisgericht_en_praktijkgericht_onderzoek/links/02e7e5358bd0b22e32000000.Pdf
- Stel, J., van der. (2010). *De verslavingszorg voorbij*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Sterkenburg, P.G.J. van & Verburg, M.E. (1988). *Van Dale Handwoordenboek Hedendaags Nederlands*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie
- Tactus (z.j.). *Verslavingsbehandeling*. Geraadpleegd op <https://www.tactus.nl/Advies-en-Hulp/Het-zorgaanbod-van-Tactus/Individuele-behandeling>
- Universiteit Twente (2015). *Fit for Blended Care*. Geraadpleegd op <http://www.webcitation.org/6aZxpun8r>
- Vaart, R. van der, Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E.T. & Gemert-Pijnen, L.J.E.W.C. van. (2014). *Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapist using a Delphi study*. Geraadpleegd op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271498/>
- Veen, M. van der & Goijarts, F. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaalagogisch werk: Coachen bij gedragsverandering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Verheye, S. (2007). *Face-to-face versus email*. Geraadpleegd op <http://dspace.howest.be/bitstream/10046/375/3/Face-to-face+versus+e-mail.pdf>
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom onderwijs
- Verstuyf, J., & Vansteenkiste, M. (2008). *Willen versus moeten: De invloed van motivatie op het therapeutisch proces*. Geraadpleegd op <https://biblio.ugent.be/publication/420579/file/6806323.pdf>
- 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/>

Willemsen, F.A. (2009). *Stoppen met roken: Een praktische handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Bijlage 1

Blended Smoking Cessation Treatment = BSCT

Treatment As Usual = TAU

Session/week	Name (Code) of the main behavioural change techniques according to [20]	TAU	BSCT
Session 1, week 1 Goal setting	Provide information on consequences of smoking and smoking cessation (BM1) Provide rewards contingent on successfully stopping smoking (BM4) Identify reasons for wanting and not wanting to stop smoking (BM9) Facilitate goal setting (BS4) Prompt self-recording (BS6) Advise on stop-smoking medication (A1) Advise on/facilitate use of social support (A2) Build general rapport (RC1) Explain expectations regarding treatment programme (RC4)	Face-to-face	Face-to-face
Session 2, week 3 Measures for self-control	Provide feedback on current behaviour (BM3) Provide rewards contingent on effort or progress (BM7) Facilitate barrier identification and problem solving (BS1) Facilitate relapse prevention and coping (BS2) Prompt review of goals (BS5) Prompt self-recording (BS6)	Face-to-face	Online

Session/week	Name (Code) of the main behavioural change techniques according to [20]	TAU	BSCT
	Advise on changing routine (BS7) Tailor interactions appropriately (RD1)		
Session 3, week 5 Dealing with withdrawal	Provide feedback on current behaviour (BM3) Provide normative information about others' behaviour and experiences (BM5) Facilitate relapse prevention and coping (BS2) Prompt self-recording (BS6) Provide information on withdrawal symptoms (RC6) Provide reassurance (RC10)	Face-to-face	Face-to-face
Session 4, week 7 Breaking habits	Provide feedback on current behaviour (BM3) Provide normative information about others' behaviour and experiences (BM5) Facilitate barrier identification and problem solving (BS1) Facilitate relapse prevention and coping (BS2) Advise on changing routine (BS7) Advise on conserving mental resources (BS10) Advise on avoiding social cues for smoking (BS11) Advise on/facilitate use of social support (A2)	Face-to-face	Online

Session/week	Name (Code) of the main behavioural change techniques according to [20]	TAU	BSCT
	Provide reassurance (RC10)		
Session 5, week 9 Dealing with triggers	Provide rewards contingent on effort or progress (BM7) Facilitate relapse prevention and coping (BS2)	Face-to-face	Face-to-face
Session 6, week 11 Food for thought	Provide feedback on current behaviour (BM3) Offer/direct towards appropriate written materials (RC5) Elicit client views (RC8)	Face-to-face	Online
Session 7, week 14 Think differently	Provide feedback on current behaviour (BM3) Measure CO (BM11) Facilitate barrier identification and problem solving (BS1) Facilitate relapse prevention and coping (BS2) Prompt self-recording (BS6) Build general rapport (RC1) Elicit and answer questions (RC2)	Face-to-face	Face-to-face
Session 8, week 18 Do differently	Provide feedback on current behaviour (BM3) Facilitate barrier identification and problem solving (BS1) Facilitate relapse prevention and coping (BS2) Prompt self-recording (BS6) Tailor interactions appropriately (RD1)	Face-to-face	Online

Session/week	Name (Code) of the main behavioural change techniques according to [20]	TAU	BSCT
	Build general rapport (RC1)		
Session 9, week 22 Action plan	Provide feedback on current behaviour (BM3) Measure CO (BM11) Facilitate action planning/develop treatment plan (BS3) Build general rapport (RC1) Elicit client views (RC8)	Face-to-face	Face-to-face
Session 10, week 26 Closure	Provide feedback on current behaviour (BM3) Provide rewards contingent on successfully stopping smoking (BM4) Strengthen ex-smoker identity (BM8) Facilitate barrier identification and problem solving (BS1) Facilitate relapse prevention and coping (BS2) Facilitate goal setting (BS4) Set graded tasks (BS9) Advise on/facilitate use of social support (A2) Build general rapport (RC1) Offer/direct towards appropriate written materials (RC5) Elicit client views (RC8)	Face-to-face	Online

(Siemer et al, 2016).

Bijlage 2

Themalijst en vragen UX BSCT

Voorbereiding en introductie.....	40
<i>Voorbereiding</i>	<i>40</i>
<i>Introductie.....</i>	<i>41</i>
Vragenlijst.....	42
<i>Algemene ervaringen met de combi behandeling</i>	<i>43</i>
<i>Verwachtingen en ervaringen vooraf</i>	<i>44</i>
<i>Gebruiker</i>	<i>44</i>
Motivatie bij het volgen van de combi behandeling.....	45
Stemming bij het volgen van de combi behandeling.....	46
Ressources tijdens het volgen van de combi behandeling	46
<i>Context.....</i>	<i>47</i>
Sociale context tijdens het volgen van de combi behandeling.....	47
Fysieke context tijdens het volgen van de combi behandeling	47
Taak context tijdens het volgen van de combi behandeling.....	47
Technische en informatieve context tijdens het volgen van de combi behandeling	48
<i>Evaluatie</i>	<i>49</i>
Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling.....	49
Tevredenheid met de combi behandeling	51
Verdeling face-to-face en online gedeeltes	51
Voordelen/nadelen	52
<i>Afsluiting</i>	<i>52</i>
Eigen toevoeging van de patiënt.....	52
Omschrijving combi behandeling.....	52
Afsluiting	52
Rapport van de interviewer	54
Aanvullende data over patiënt (uit b.v. eerder ingevulde vragenlijsten of DSV).....	55

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

Introductie

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

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

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

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

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

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

“Heeft u nog vragen vooraf?”

Behandelstappen

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

Welke van deze behandelstappen herinnert u zich?

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

Vragenlijst

Algemene ervaringen met de combi behandeling

Themalijst:

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

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

Doorvragen kan altijd door...

"U noemt Kunt u er meer over vertellen?"

"U noemt ... Kunt een voorbeeld geven?"

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

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

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

"U noemtWas dat ook aan het begin al zo?"

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

Volgende vraag alleen stellen als de respondent veranderingen noemt.

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

“Kunt u zich de reden hiervoor nog herinneren?”

Doelvragen 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?"

[Doelvragen.. zijn hier tegenstrijdigheden in?]

Verwachtingen en ervaringen vooraf

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

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

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

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

“Welke verwachtingen had u over de counselor?”

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

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

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

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

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

Evtl. doorvraag..

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

Gebruiker

Themalijst:

Reden stoppen/doorgaan met behandeling



Combi motiveert stoppen met roken	☐
Helpende onderdelen	☐
Motivatatie door counselor	☐
Counselor leest informatie	
Stemming	☐
Verandering stemming	☐
Behandeling passend bij patiënt	☐
Eigenschappen/vaardigheden voor het volgen van de combi	☐

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

Motivatatie bij het volgen van de combi behandeling

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

OF

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

Check informatieblad respondent wat van toepassing is.

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

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

De volgende vraag aan alle respondenten stellen.

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

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

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

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

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

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

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

Evtl. doorvragen...

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

Stemming bij het volgen van de combi behandeling

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

“Welke emoties heeft u met name ervaren?

“Zijn er veranderingen in uw gemoedstoestand geweest?”

Als deelnemer iets noemt doorvragen ...

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

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

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

Als deelnemer iets noemt doorvragen ...

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

Ressources tijdens het volgen van de combi behandeling

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

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

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

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

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

Eventueel doorvragen naar fysieke/mentale resources

Context

Themalijst:

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

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

Sociale context tijdens het volgen van de combi behandeling

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

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

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

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

Fysieke context tijdens het volgen van de combi behandeling

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

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

Taak context tijdens het volgen van de combi behandeling

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

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

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

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

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

Technische en informatieve context tijdens het volgen van de combi behandeling

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

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

Evaluatie

Themalijst:

Gebruiksvriendelijkheid	☐
Gebruiksvriendelijkheid "online"	☐
Gebruiksvriendelijkheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten gebruiksvriendelijkheid	☐
Vanzelfsprekendheid	☐
Vanzelfsprekendheid "online"	☐
Vanzelfsprekendheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten vanzelfsprekendheid	☐
Toegankelijkheid	☐
Toegankelijkheid "online"	☐
Toegankelijkheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten toegankelijkheid	☐
Tevredenheid "algemeen"	☐
Tevredenheid "online"	☐
Tevredenheid "face-to-face"	☐
Verbeterpunten tevredenheid	☐
Verdeling face-to-face en online gedeelte	☐
Voordelen/Nadelen	☐

Gebruiksvriendelijkheid van de combi behandeling

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

"Kunt u vertellen wat uw ervaringen zijn met de gebruiksvriendelijkheid?"

"Kunt u hier voorbeelden van geven?"

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

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

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

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

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

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

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

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

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

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

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

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

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

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

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

“Wat is uw ervaring met betrekking tot vanzelfsprekendheid in het face-to-face gedeelte van de 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 online gedeelte van de combi behandeling.

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

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

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

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

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

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

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

“Kunt u hier voorbeelden van geven?”

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

Tevredenheid met de combi behandeling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verdeling face-to-face en online gedeeltes

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

“Wat vond u van de tijdsverdeling?”

Voordelen/nadelen

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

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

Afsluiting

Themalijst:

Eigen toevoeging van de patiënt

☐

Omschrijving van de behandeling

☐

Eigen toevoeging van de patiënt

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

Omschrijving combi behandeling

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

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

Doorvragen met b.v.

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

Afsluiting

- Check aan de hand van de topiclijsten of je alle vragen hebt gesteld en of je 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