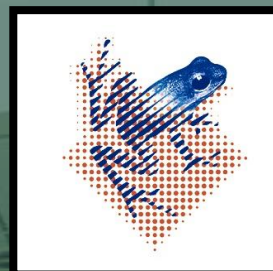


Wandel mee door het UMCG

Een onderzoek naar de beleving van de ruimtelijke ziekenhuisomgeving

Estelle Evers

UMCG, Studentebureau UMCG
RUG, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen



Groningen, Januari 2017

Studentebureau UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2017, Estelle Evers, Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw ruimtelijke wetenschappen, ziekenhuis, UMCG, healing environments, evidence based design, beleving, patient journey, zorgpad, architectuur, design, ruimtelijke omgeving.



**rijksuniversiteit
 groningen**

**faculteit ruimtelijke
 wetenschappen**

‘Wandel mee door het UMCG’

Een onderzoek naar de beleving van de ruimtelijke ziekenhuisomgeving

Groningen, januari 2017

Auteur
Studentnummer

Estelle Evers
S2880334

Afstudeerscriptie in het kader van

Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen
Cultural Geography
Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

Studentenbureau, UMCG

Begeleider onderwijsinstelling

Dr. P.D. Groote
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

Dr. J. Pols
Faculteit Medische Wetenschappen,
UMCG

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek ‘wandel mee door het UMCG’. Het onderzoek voor deze scriptie naar de beleving van de ruimtelijke ziekenhuisomgeving is uitgevoerd bij het Universitair Medisch Centrum Groningen. De scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Cultural Geography aan Rijksuniversiteit Groningen en in opdracht van het Studentenbureau UMCG. Van februari 2016 tot november 2016 ben ik bezig geweest met het onderzoek en schrijven van de scriptie. Dit is het eindresultaat.

Dit eindresultaat heb ik mede te danken aan de hulp van verschillende personen. Allereerst wil ik Jan Pols, mijn begeleider bij het UMCG bedanken voor het meedenken, brainstormen, puzzelen en het regelen van een stageplek. Dankzij Jan ben ik in contact gekomen met Annemieke Weijling, hoofd van de afdeling Urologie binnen het UMCG, waar ik het onderzoek heb mogen uitvoeren. Annemieke heeft mij wekelijks geholpen met het zoeken naar patiënten die pasten bij mijn onderzoeksdesign. Ik ben haar hiervoor erg dankbaar. Vanuit sector C, de overkoepelende sector waarbij het onderzoek plaats heeft gevonden, is ook veel ondersteuning geboden, o.a. door Susan Duiverman. Susan bracht de verschillende studenten die dit jaar hun afstudeeronderzoek bij het UMCG uitvoerden bij elkaar en zij zorgde er voor dat ook veel medewerkers van het ziekenhuis op de hoogte waren van onze aanwezigheid en bezigheden. Dit heeft geleid tot een gevoel van betrokkenheid en het delen van kennis tussen afstudeerders en ziekenhuismedewerkers. Hoewel ik dit onderzoek vrij autonoom en vooral met hulp van bovenstaande personen heb uitgevoerd wil ik ook graag Peter Grootte bedanken voor zijn hulp vanuit de faculteit ruimtelijke wetenschappen. Ten slotte gaat mijn dank natuurlijk uit naar Peter, Philippine, Willie, Maarten en Aad, de patiënten die mij de mogelijkheid hebben gegeven om inzicht te krijgen in de ziekenhuisbeleving van patiënten. Hun openheid en vriendelijkheid heb ik als zeer bijzonder ervaren en dit zal mij nog lang bijblijven.

Samenvatting

Een bezoek aan een ziekenhuis kan een stressvolle ervaring zijn. Daarnaast kan de aankomst in het ziekenhuis voor velen een indrukwekkende of overweldigende aangelegenheid zijn, zeker wanneer het een eerste bezoek betreft.

Hoe een patiënt een eerste bezoek beleeft is afhankelijk van de biologische, persoonlijke, psychologische en sociale kenmerken van de patiënt, maar ook de ruimtelijke ziekenhuisomgeving kan de beleving van patiënten beïnvloeden. Een goed ontwerp van de ruimtelijke ziekenhuisomgeving kan een ziekenhuisbezoek veraangenameken.

In dit onderzoek, wat plaatsvindt in het Universitair Medisch Centrum in Groningen (UMCG), wordt onderzocht welke ruimtelijke kenmerken invloed hebben op de ziekenhuisbeleving van patiënten. De methoden die toegepast worden om dit te achterhalen zijn participerende observatie en interviews.

Met patiënten die voor het eerst in het UMCG komen voor een afspraak, wordt een wandeling gemaakt door de ruimtelijke omgeving, zodat zij allerlei verschillende indrukken op kunnen doen. Vervolgens wordt een interview afgenomen, waarvan de vragen zijn gebaseerd op theorie uit literatuur.

In de literatuur wordt gesteld dat er veel verschillende ruimtelijke kenmerken zijn die de beleving van de ruimtelijke ziekenhuisomgeving kunnen beïnvloeden: natuur, geluid, lucht, geur, support, materiaalgebruik, netheid, kunst, privacy, licht en bewegwijzering. Deze kenmerken zijn met de respondenten besproken.

Uit de analyse is gebleken dat betreffende de ruimtelijke omgeving de volgende punten behoren tot de meest gewenste belevingen binnen de ziekenhuisomgeving:

- 1. Een ruime ziekenhuisomgeving**
- 2. Een kleurrijke ziekenhuisomgeving**
- 3. Een prettige ziekenhuisomgeving voor iedere patiënt**
- 4. Een goede klinische behandeling**

De ruimtelijke kenmerken die invloed uitoefenen op de beleving van patiënten binnen dit onderzoek, tonen een sterk contrast met de ruimtelijke kenmerken die in de literatuur zijn gevonden. Ik vermoed dat dit komt omdat de ruimtelijke kenmerken die in de literatuur naar voren komen vooral betrekking hebben op de beleving van (langdurig) opgenomen patiënten. Langdurig opgenomen patiënten zoeken tijdens hun verblijf op lange termijn waarschijnlijk naar afleiding en voorzieningen om aan de opnameafdeling te “ontsnappen”. De respondenten die ik heb gesproken tijdens dit onderzoek geven aan dat afleiding tijdens dit korte bezoek voor hen niet noodzakelijk is. Zij willen vooral tijdens dit bezoek van hun klachten af.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1	Aanleiding: waarom dit onderzoek in het UMCG?.....	9
1.2	Doel- en probleemstelling.....	9
1.3	Relevantie.....	10

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1	Wie is ‘de patiënt’ eigenlijk?.....	11
2.2	Waarom is het eerste bezoek belangrijk voor de beleving van de patiënt?.....	12
2.3	Wat kan worden verstaan onder ‘beleving’ (van patiënten)?.....	15
2.3.1	Stress.....	15
2.4	Wat wordt verstaan onder de ‘ruimtelijke omgeving’?.....	16
2.4.1	Support.....	16
2.4.2	Materiaalgebruik en netheid.....	16
2.4.3	Geluid.....	17
2.4.4	Lucht en geur.....	17
2.4.5	Licht.....	17
2.4.6	Afleiding: natuur en kunst.....	17
2.4.7	Privacy.....	17
2.4.8	Bewegwijzering.....	17
2.5	Hoe meet je de invloed van de ruimtelijke omgeving op de beleving van de patiënt?.....	18
2.6	Samenvatting theoretisch kader.....	18

Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet

3.1	De locatie van het onderzoek.....	20
3.2	Onderzoeksmethode.....	21
3.3	Casestudie.....	22
3.4	Participerende observatie.....	23
3.5	Interviews.....	26
3.6	Werven van respondenten.....	26
3.7	Ethische overwegingen.....	27
3.7.1	Informed consent.....	27
3.7.2	Zelfbeschikking.....	28
3.7.3	Minimalisering van schade / letsel.....	28
3.7.4	Anonimiteit en betrouwbaarheid.....	28
3.8	Analyse.....	29

Hoofdstuk 4	Analyse en resultaten	
4.1	Codering en analyse-plan.....	30
4.2	Onderzoeksresultaten: interpretaties van de analyse.....	32
4.2.1	De beleving van het eerste bezoek.....	32
4.2.2	De beleving van stress.....	33
4.2.3	Verwachting.....	34
4.2.4	De beleving van de ruimtelijke kenmerken.....	35
4.2.4.1	Een ruime ziekenhuisomgeving.....	35
4.2.4.2	Een kleurrijke ziekenhuisomgeving.....	36
4.2.4.3	Een prettige omgeving voor <u>iedere</u> patiënt.....	38
4.2.3.4	Een goede klinische behandeling.....	38
Hoofdstuk 5		
5.1	Conclusie.....	40
5.2	Discussie.....	41
5.3	Aanbevelingen.....	42
Literatuurlijst		44
Bijlage 1:	Uitnodigingsbrief voor dit onderzoek.....	47
Bijlage 2:	Brief aan medewerkers polikliniek Urologie.....	49
Bijlage 3:	Interviewgids.....	50
Bijlage 4:	Codebook.....	52

1.1 Aanleiding: waarom dit onderzoek in het UMCG?

In het Universitair Medisch Centrum Groningen komen jaarlijks studenten vanuit allerlei studierichtingen onderzoek doen, bijvoorbeeld op het gebied van patiënten-communicatie, zorglogistiek of imago. Adviezen of uitslagen op basis van deze onderzoeken blijven grotendeels binnen de eigen afdeling, of verzonden tussen de drukke dagelijkse bezigheden. Binnen sector C (poliklinieken Gynaecologie en Obstetrie, Kindergeneeskunde en Urologie), is het idee ontstaan dat dit beter kan. Afdelingen en poliklinieken kunnen tenslotte onderling profiteren van de kennis die studenten meenemen, en dit biedt de mogelijkheid om vraagstukken multidisciplinair aan te pakken. Vanuit die gedachte is het project 'Kennis delen en toepasbaar maken: hoeervaart de patiënt onze polikliniek?' ontstaan.

Vanaf februari 2016 startten zeven studenten met zeven verschillende studie-achtergronden aan hun afstudeeronderzoek op (een van) de poliklinieken van sector C. Deze onderzoeken hebben één ding gemeen; ze zijn toegespitst op diverse aspecten die invloed hebben op de ervaring van een patiënt in een polikliniek. Behalve dat het delen van kennis binnen het ziekenhuis een nieuwe stimulans nodig heeft, is een andere aanleiding voor het verrichten van multidisciplinair onderzoek een potentiële herinrichting van diverse poliklinieken in het UMCG. In de nabije toekomst zijn ook de poliklinieken van sector C aan de beurt. De afdelingen willen de patiënt daarbij centraal stellen: optimale inrichting, organisatie en communicatie moeten er voor zorgen dat een ziekenhuisbezoek voor patiënten en hun familie zo prettig mogelijk wordt. Waar hebben patiënten behoefte aan? Wat doet het ziekenhuis nu al goed en wat kan er worden verbeterd als de poliklinieken worden gereorganiseerd en verbouwd? Hoe wil een patiënt graag ontvangen worden?

Binnen het UMCG is nog nooit eerder geografisch onderzoek verricht. Het multidisciplinaire karakter en de noviteit van het project sprak mij zeer aan en dit gaf mij de aanleiding om geografisch onderzoek op een bijzondere schaal, het ziekenhuis, uit te voeren.

1.2 Doel- en probleemstelling

Een bezoek aan het ziekenhuis kan een zeer onprettige en stressvolle ervaring zijn. (Kiecolt-Glaser, Page et al. 1998) Niet alleen het mogelijk hebben van een ziekte leidt tot angst en stress (Sirri, Ricci Garotti et al. 2015), ook zorgen die niet gerelateerd zijn aan ziek zijn zelf, zoals het achterlaten van familie thuis, absentie op werk en de verstoring van het dagelijks leven, kunnen leiden tot onvrede en stress (Andrade, Devlin 2015).

De aankomst in het ziekenhuis kan daarnaast voor velen een indrukwekkende of overweldigende aangelegenheid zijn, zeker wanneer het een eerste bezoek betreft. De eerste eigenschappen en indrukken die men van het ziekenhuis leert kennen, zetten de toon voor de ervaring van het algehele ziekenhuisbezoek (Vreugt 2015). De combinatie van een onbekende medische omgeving en de stress en spanning van het mogelijk hebben van een aandoening kunnen samen de ziekenhuiservaring van de patiënt negatief beïnvloeden (van Limpt 2016).

Al honderden jaren geleden werd voor het eerst gesuggereerd dat de ruimtelijke omgeving een grote rol speelt bij de beleving van het ziekenhuis en het ziek zijn. Echter pas sinds halverwege de jaren 1980 is de aandacht voor de invloed van de ruimtelijke omgeving op het welzijn en herstel van de patiënt weer toegenomen. Een baanbrekende studie van Roger Ulrich uit 1984 ligt hieraan ten grondslag. Ulrich toonde met zijn studie aan dat patiënten gelegen op een kamer met uitzicht op natuur sneller genazen dan patiënten met uitzicht op een kale muur (Hamilton 2009). Volgens (Malkin 2008) kunnen goed ontworpen faciliteiten leiden tot een toename van positieve emoties, wat vervolgens zorgt voor een positieve invloed op de gezondheid en het welzijn van de

patiënt.

Veel ziekenhuizen zijn sinds de jaren tachtig weer geïnteresseerd geraakt in kennis over de inrichting van (psychologisch) ondersteunende omgevingen, beter bekend als 'Evidence-Based Design', en hebben deze kennis ook geïmplementeerd in hun gebouwen. Zo ook het Universitair Medisch Centrum in Groningen (UMCG). Tijdens de ontwerpperiode van het ziekenhuisgebouw, is deze fundamentele nieuwe benadering op architectuur en vormgeving toegepast. (Wagenaar 2005)

Sinds het gebouw met de hoofdingang, de foyer en de diverse poliklinieken is opgeleverd in 1995, is echter weinig onderzoek verricht naar de uitwerking van de vormgeving op de bezoekers en patiënten. Het UMCG geeft aan niet op de hoogte te zijn welk effect de gebouwde omgeving heeft op de beleving van patiënten. Hoe wordt het ontwerp van het ziekenhuis ervaren en welke invloed heeft het ontwerp op de beleving van de patiënt? Dit onderzoek streeft er naar dit te achterhalen. Omdat zoals eerder genoemd, een goede eerste ervaring met het ziekenhuis van groot belang is en de ruimte hierbij een significante rol kan spelen, luidt mijn onderzoeksvraag:

Op welke wijze is de ruimtelijke omgeving van invloed op de beleving van de patiënt tijdens een eerste bezoek aan het UMCG?

1.3 Relevantie

Goed ontwerp van de ruimtelijke vormgeving is niet alleen relevant voor de patiënt en zijn of haar gezondheid als individu. Hoewel dit onderzoek zich enkel zal focussen op de gevolgen voor de beleving van de patiënt, is er nog meer maatschappelijke relevantie om met aandacht naar het ontwerp van ziekenhuizen te kijken. Allereerst dragen ziekenhuizen in Nederland nog voor een belangrijk deel een collectief karakter. Het ziekenhuis omvat samenwerkingsverbanden tussen heterogene groepen mensen die met elkaar verschillende belangen nastreven; zowel artsen, als patiënten als andere belanghebbenden moeten zich prettig voelen in een ziekenhuis. Daarnaast zijn ziekenhuizen grote instituties waarvan de gebouwen vaak beslag nemen op een grote oppervlakte in een wijk of stad. Ziekenhuizen hebben daarom een verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van de gebouwde omgeving. Ook kan architectuur een wezenlijke bijdrage leveren aan goed functionerende logistiek, de gebruikswaarde van het gebouw en het imago van een ziekenhuis. (Schaap 2007).

Naast maatschappelijke relevantie, neemt dit onderzoek een relevante plaats in binnen de geografie. Een ziekenhuis is een complexe omgeving waar veel disciplines samenkomen: de geneeskunde, de bouwkunde, de bedrijfskunde, communicatiewetenschap, et cetera. Deze vakgebieden proberen allen een gemeenschappelijk doel te bewerkstelligen, namelijk: de patiënt zo goed mogelijk ondersteunen en het ziekenhuis een zo prettig mogelijke plaats maken. Elke discipline probeert vanuit eigen kennis en optiek zo juist mogelijk te handelen, echter ontbreekt vaak een verbinding tussen de verschillende disciplines. Weet de architect wat de arts graag ziet in de werkomgeving? En weet het management of de baliemedewerkers prettig communiceren? Een geograaf kan een belangrijke rol spelen als bemiddelaar omdat deze een holistische en ruimtelijke kijk opteert en aandacht heeft voor de manier waarop verschillende belanghebbenden een plaats inrichten, gebruiken en er betekenis aan toekennen.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader en conceptueel model

Om het belang en de essentie van de hoofdvraag;

‘Op welke wijze is de ruimtelijke omgeving van invloed op de beleving van de patiënt tijdens een eerste bezoek aan het UMCG?’

volledig te kunnen begrijpen, is het handig om deze te ontvouwen aan de hand van kernbegrippen en bestaande theorie. De kernbegrippen die in deze hoofdvraag naar voren komen zijn: de ruimtelijke omgeving, beleving, de patiënt en het eerste bezoek. Om de probleemstelling volledig te kunnen begrijpen en beantwoorden heb ik een aantal deelvragen opgesteld die beantwoord moeten worden voordat de hoofdvraag volledig beantwoord kan worden na analyse van de resultaten.

De deelvragen die door mij belangrijk worden geacht om mijn hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn:

1. Wie is ‘de patiënt’ eigenlijk?
2. Waarom is het eerste bezoek belangrijk voor de beleving van de patiënt?
3. Wat kan worden verstaan onder ‘beleving’ (van patiënten)?
4. Wat wordt verstaan onder ‘de ruimtelijke omgeving’?
5. Hoe meet je de invloed van de ruimtelijke omgeving op de beleving van de patiënt?

Aan de hand van bestaande literatuur en gesprekken met werknemers en andere onderzoekers binnen het ziekenhuis heb ik deze vragen zo goed mogelijk proberen te beantwoorden.

2.1 Wie is ‘de patiënt’ eigenlijk?

Iedere zorgorganisatie wil de patiënt centraal zetten. De eerste stap die hierbij kan helpen is om ‘de patiënt’ duidelijker in beeld te brengen. Het begrip patiënt wordt gedefinieerd als ‘iemand die medische hulp nodig heeft’ maar ook ‘iemand die lichamelijk en/of geestelijk lijden te verduren heeft’. (Dikke Van Dale 2016)

Binnen deze definities van ‘patiënt’ schuilen verschillende dimensies. Een sociale dimensie: een patiënt is iemand die hulp nodig heeft en dus afhankelijk is van (het contact met) anderen. Een biologische dimensie: het gaat om zaken die met het leven en het menselijk lichaam te maken hebben. En een psychologische dimensie: patiënt zijn heeft iets te maken met de geest, het gevoelsleven en het gedrag. Een combinatie van deze dimensies wordt als noodzakelijk gezien om het volledige spectrum (van het ziek zijn) van patiënten te begrijpen.

Enkel aandacht vestigen op bovenstaande dimensies is echter niet genoeg. Het gaat daarnaast namelijk ook nog om de specifieke ‘biografie’ van de persoon. (Armstrong 1979) Een beenfractuur zal niet hetzelfde worden beleefd door twee verschillende patiënten; het zal hoogstwaarschijnlijk minder beslag leggen op een kantoormedewerker dan op een professionele atleet die wellicht hierdoor een carrière misloopt. Om ziekte te begrijpen en te genezen, moet eerst de persoonlijke betekenis van de ziekte en de persoon zelf in acht worden genomen. (Mead, Bower 2000)

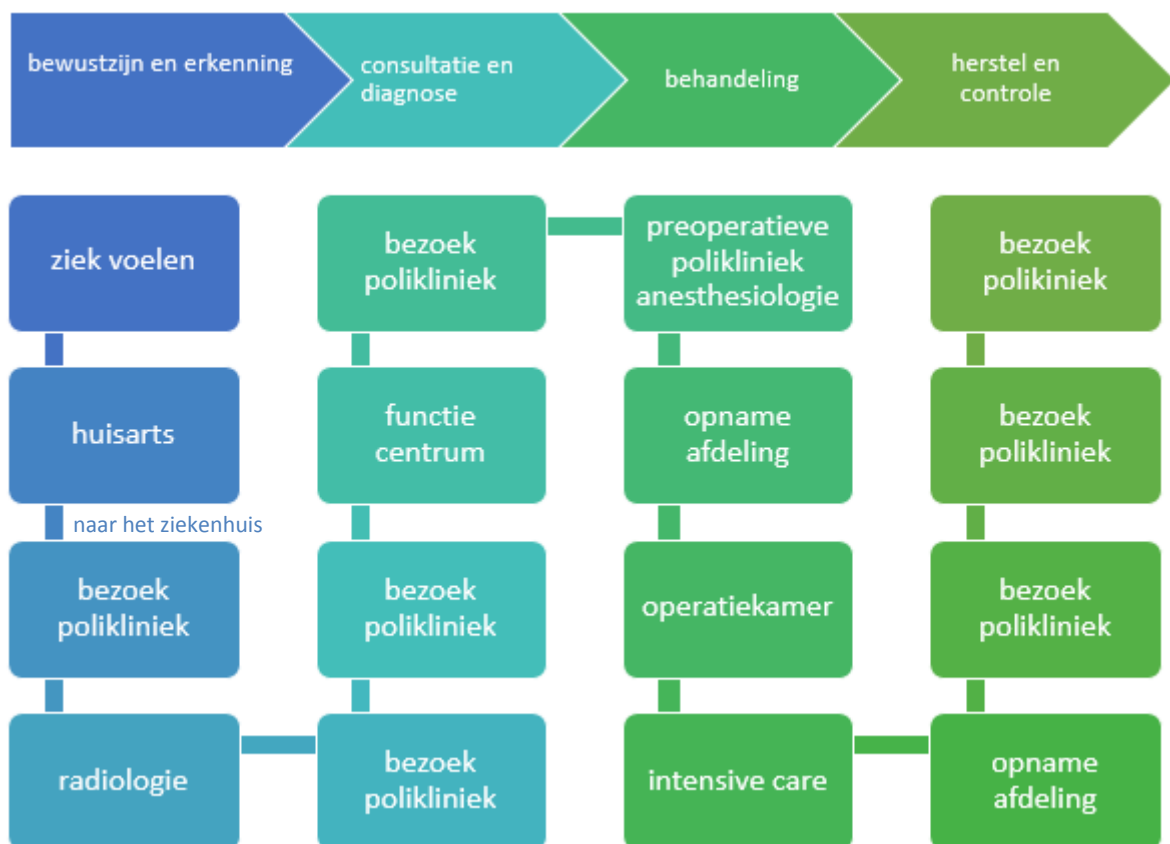
Wanneer naast de ‘biopsychosociale’ perspectieven ook het persoonlijke, ‘biografische’ perspectief van de patiënt in acht wordt genomen, kun je spreken van ‘patient-centered care’, ofwel patiëntgerichte zorg. Binnen de patiëntgerichte zorg wordt de patiënt beschouwd als een individu met belevenissen en niet als een ziektebeeld. Voortbordurend op patiëntgerichte zorg is ook veel aandacht ontstaan voor alle belevenissen van de patiënt tijdens het ziek zijn, “the patient’s journey”; waarin naast ‘biopsychosociale’ en de ‘biografische’ perspectieven ook de setting waarin deze voorkomen een rol speelt. (Mead, Bower 2000) In de volgende paragraaf zal dieper

worden in gegaan op deze setting, patiëntgerichte zorg en de 'patient journey'.

2.2 Waarom is het eerste bezoek belangrijk voor de beleving van de patiënt?

Een eerste kennismaking met het ziekenhuis vindt voor veel patiënten plaats in de centrale ontvangsthal. De hoofdingang met de ontvangsthal is de plek waar relatief gezien de meeste patiënten en overige bezoekers het ziekenhuis betreden. De hoofdingang lijkt ook de plek waar voor velen het proces van ziek zijn begint. Toch gaat er vaak veel vooraf aan een ziekenhuisbezoek. Een persoon voelt zich mogelijk al een tijd onwel, gaat naar de huisarts die een diagnose stelt, en pas als de zorg van de huisarts niet volstaat, gaat iemand naar het ziekenhuis.

Ziek zijn en naar het ziekenhuis gaan, om bijvoorbeeld geopereerd te worden, wordt vaak beschouwd als een lineair proces bestaande uit: bewustwording en erkenning van het ziek zijn, consultatie en diagnose, behandeling en herstel en controle. Ook lijkt het alsof deze fases elkaar naadloos opvolgen en los van elkaar plaatsvinden. Het lineaire proces van het ziek zijn wordt in Nederland aangeduid met het woord 'zorgpad'. Een zorgpad is een interventie waarbij de behandeling van een specifieke groep van patiënten wordt gestandaardiseerd binnen een gedefinieerd tijds kader. (Kerstens 2015) Inhoud, organisatie, logistiek en afstemming tussen verschillende afdelingen in het ziekenhuis worden met een zorgpad vastgelegd. (Vlieger, van der Meiden et al. 2013) Patiënten krijgen vaak weinig van de organisatorische en logistieke achtergronden mee en beleven een zorgpad voornamelijk in ruimtelijke zin. Het zijn de verschillende plekken waar de patiënt tijdens het ziek zijn langs komt. Figuur 1 toont hoe een zorgpad er uit zou kunnen zien.



Figuur 1: Een zorgpad: ziek zijn als een lineair proces.

In werkelijkheid is het zorgpad dat de patiënt aflegt tijdens het ziek zijn veel gecompliceerder. Zoals in vorige paragraaf uiteengezet: elke patiënt beleeft ziek zijn op een eigen wijze en dit vraagt ook voor elke patiënt persoonlijk afgestemde zorg.

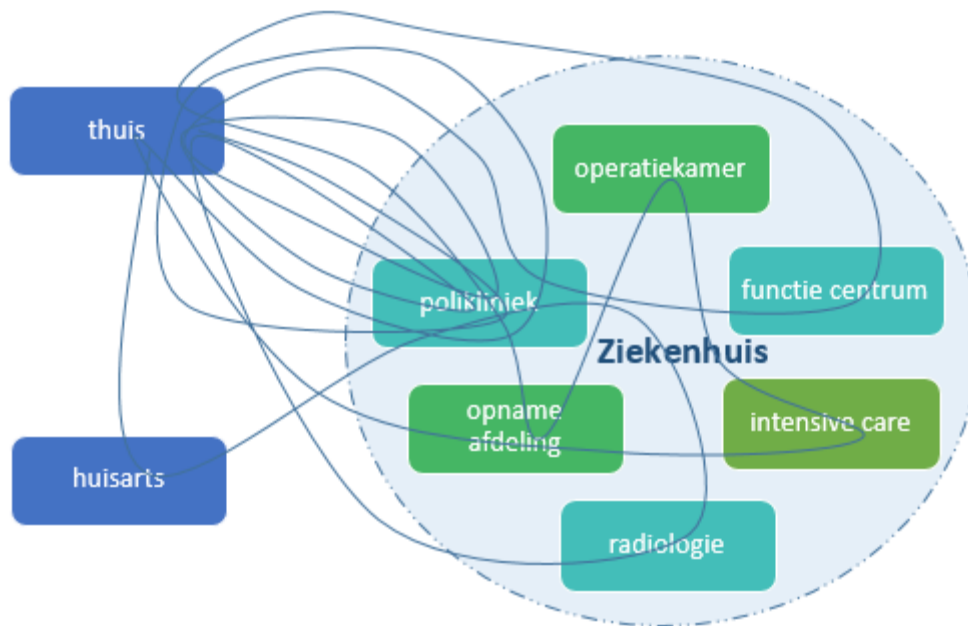
De tegenhanger van het zorgpad is het concept van de 'Patient Journey'. De Patient Journey is ooit in het leven geroepen omdat er aandacht moet worden besteed aan de gehele en totale ervaring van de patiënt- en niet enkel aan ervaringen en waarderingen van losse behandelingen of alleen de ziekenhuisfase in het ziek zijn. De Patient Journey vestigt voornamelijk aandacht op de *beleving* van het gehele ziekenhuisbezoek van de patiënt, waar het zorgpad is gefocust op klinische, medische uitkomsten. Daarnaast wil het concept van de Patient Journey centraal stellen dat de patiënt *als persoon* in het midden moet staan van elke analyse. De patiënt past niet in een mal of model. (Robinson, Verrall et al. 2015)

Wanneer de reis van de patiënt wordt bewandeld via een zorgpad, valt op dat de reis niet draait om de patiënt, maar om zijn of haar ziekte. Er wordt eerst gekeken welke weg moet worden afgelegd om de ziekte te bestrijden, en later (of niet) welke persoon achter de ziekte schuilt en waar deze persoon behoefte aan heeft. Er wordt aangenomen dat elke patiënt een gelijksoortig ziekte-traject, min of meer op dezelfde wijze doorloopt. Werken met vaste zorgpaden zorgt vaak niet voor gewenste effecten. (Vlieger, van der Meiden et al. 2013) De reis van iedere patiënt is namelijk uniek.

Allereerst zorgen zorgpaden niet voor gewenste effecten omdat het ziektebeeld van verschillende patiënten varieert (in intensiteit). Zelfs als patiënten hetzelfde ziektebeeld vertonen, wil dit nog niet zeggen dat zij evenveel contactmomenten met het ziekenhuis zullen hebben. Wanneer een behandeling niet aanslaat, wijkt de patiënt al van het uitgestippelde zorgpad af.

Bovendien is de kans groot dat bestaande zorgpaden in de toekomst verdwijnen. Innovaties in de medische technologie zorgen er voor dat behandelingen efficiënter en gemakkelijker kunnen worden uitgevoerd. Waar vroeger een grote operatie met langdurige opname nodig was, volstaat nu een kijkoperatie in een poliklinische setting. (Huijsman 2007) Adviesbureau Arcadis voorspelt dat binnen 25 jaar 40 procent van de ziekenhuizen leegstaat. In het ziekenhuis van de toekomst worden alleen nog maar complexe behandelingen uitgevoerd. (Wester 2016)

Omdat het aannemelijk is dat men in de toekomst enkel nog voor complexe medische ongemakken naar het ziekenhuis komt, zal dit ook een grote impact hebben op de reis die men tijdens het ziekteproces aflegt. Wat namelijk opvalt bij patiënten met een complex ziektebeeld, is dat zij veel verschillende afdelingen in het ziekenhuis passeren. Als een fictieve reis van een patiënt nader wordt bekeken (Figuur 2), is te zien dat contactmomenten met verschillende afdelingen in het ziekenhuis een heel andere volgorde hebben dan figuur 1 doet vermoeden. De patiënt gaat niet van huis, naar de polikliniek, naar de operatiekamer, IC en dan weer naar huis. Tussen diagnose, behandeling en revalidatie pendelt de patiënt tussen ziekenhuis en thuis omdat afspraken vrijwel nooit op dezelfde dag plaatsvinden. Ook kan het voorkomen dat een behandelde patiënt halverwege het traject weer opnieuw gediagnostiseerd moet worden, bijvoorbeeld omdat de behandeling niet werkt. De aaneenschakeling van de verschillende fasen in het zorgproces kan dus zomaar een andere volgorde aannemen. Patiënten maken daarom altijd Patient Journeys mee in plaats van dat zij het vast uitgestippelde zorgpad bewandelen. Het grootste probleem met zorgpaden is dat de visie zeer klinisch is en voorbijgaat aan emoties, cognities en de omgeving waarin de reis door het ziekenhuis zich asynchroon, chaotisch en onvoorspelbaar afspeelt. (Gier 2015)



Figuur 2: fictieve, maar mogelijke Patiënt Journey. De reis door het ziekenhuis is niet lineair.

Waarom is de informatie over zorgpaden en Patient Journeys belangrijk om de vraag van deze paragraaf te beantwoorden? (Waarom is het eerste bezoek belangrijk voor de beleving van de patiënt?)

Het antwoord is omdat patiënten eigenlijk “meerdere keren” een ziekenhuis voor het eerst bezoeken. Door de implementatie van het zorgpad vergeet men dat een patiënt buiten dit geijkte pad méér meemaakt dan enkel de medische behandelingen **in** het ziekenhuis. Een patiënt gaat na een gesprek of onderzoek gewoon weer naar huis, maakt hier weer allerlei gebeurtenissen mee, en komt later weer terug. Achter de patiënt schuilt, zoals eerder genoemd, een biografische wereld waarin de persoonlijke beleving zeer bepalend is voor de totale ziekenhuisbeleving.

Het eerste bezoek is ook van belang voor de patiënt omdat in voorgaande onderzoeken naar patiëntervaringen naar voren is gekomen dat het eerste contact met het ziekenhuis, de allereerste kennismaking, van groot belang is. Wanneer het eerste contact met het ziekenhuis positief ervaren wordt door een patiënt, dan blijkt de gehele ziekenhuiservaring ook positiever beleefd te worden. Wanneer het eerste contact onprettig verloopt, en de eerste kennismaking als negatief wordt ervaren, dan wordt het lastig om de patiënt uiteindelijk toch met een positief gevoel het ziekenhuis te laten verlaten. Ook andere tegenvallers, bijvoorbeeld langere wachttijden, worden bij een slecht eerste ontvangst negatiever ervaren. (Vreugt 2015)

Om het ziekenhuisproces en dus de Patiënt Journey te optimaliseren zijn een aantal bouwstenen beschikbaar. Een van de belangrijkste bouwstenen is het schenken van aandacht voor emoties en de beleving van de patiënt. En emoties en beleving hangen sterk samen met de ruimte waarin de patiënt zich bevindt. Hier wordt in de volgende paragrafen dieper op ingegaan.

2.3 Wat kan worden verstaan onder 'beleving' (van patiënten)?

Volgens van Dijk kan het begrip beleving op drie manieren worden gebruikt. De verschillende manieren worden soms gecombineerd en hebben gemeen dat beleving wordt gezien als de ervaring door een persoon. Ervaring wordt gezien als het samenspel van waarnemingen, gevoelens, gedachten en gedrag van een persoon.

Allereerst komt de term beleving vaak naar voren om een soort optimale staat uit te drukken. Zo wordt er wel eens gesproken van een 'optimale beleving'. Wat betreft de inhoudelijke betekenis gaat het in dit geval om de aanwezigheid van een 'wauw-effect', wat ontstaat door een bewust ontworpen sfeer; 'een beleving'.

Vaak wordt 'beleving als een optimale staat' gecombineerd met het idee dat een totaal aan ervaringen bepaalt wat een persoon ergens van vindt. Een totaal aan ervaringen wordt ook wel de 'totaalbeleving' genoemd.

Als derde punt is er ook een meer wetenschappelijke invalshoek op het begrip beleving. Beleving is hier niet een optimale staat, maar de ervaring van een persoon die continue verandert per situatie en tijdstip. Het gaat dan om een momentopname en niet direct om een totaalbeeld. (van Dijk 2016)

Beleving, waardering en gebruik van de omgeving van het ziekenhuis zijn de onderzoeksobjecten binnen dit onderzoek. De begrippen 'beleving' en 'waardering' worden wel eens door elkaar gebruikt. Toch gaat het taalkundig en wetenschappelijk om verschillende zaken. In het geval van beleving draait het om het 'meemaken van iets', waarbij de nadruk ligt op de verwerking van indrukken vanuit het persoonlijke perspectief. Bij het waarderen van iets gaat het om het hebben van een oordeel. Hierbij zijn indrukken gewogen ten opzichte van bepaalde verwachtingen. Ook is er bij waardering vaak een impliciet of expliciet oordeel dat is getoetst aan (of wordt gevormd door) de normen en waarden van anderen. (Crommentuijn, Vlonk 2010) In dit exploratieve onderzoek gaat het mij voornamelijk om de beleving van patiënten en niet om (numerieke) waardeoordelen. Mijn doel is om verschillende indrukken van de respondenten in kaart te brengen; aldus het in kaart brengen van belevingen.

2.3.2 Stress

Een speciale vorm van beleving die van belang is binnen dit onderzoek, is stress. De term 'stress' kan worden gedefinieerd als 'fysieke, mentale of emotionele druk of spanning' of 'een belevingstoestand waarbij het evenwicht wordt verstoord tussen de draagkracht van een persoon en de draaglast die wordt opgelegd'. (Martin 2014) Tijdens stress komen hormonen vrij die de pijngrens verlagen. Spieren staan gespannen en bloeddruk en ademhaling verhogen. Een overproductie van stresshormonen kan zorgen voor hartritmestoornissen, depressie en slaperigheid. Zelfs uren na het beleven van een stressvol moment kunnen de negatieve effecten nog doorzetten. Stress heeft impact op het immuunsysteem, wat waarschijnlijk de meest doorslaggevende reden is geweest om binnen ziekenhuizen de focus te leggen op het creëren van omgevingen die stress reduceren. (Malkin 2004)

De eerste persoon die identificeerde dat stress een probleem vormt in ziekenhuizen, maar dat dit kan worden gereduceerd door een bepaalde (ruimtelijke) inrichting, is Roger Ulrich. Ulrich ontwikkelde een theorie van 'supportive design' vanuit de wens om effecten van de omgeving op mensen die er gebruik van maken, te meten.

Een omgeving is volgens Ulrich stress-reducerend wanneer het de volgende punten tegemoet komt: (1) sociale ondersteuning, (2) toegang tot positieve afleiding in de fysieke omgeving en (3) gevoel van het hebben van controle over de fysieke en sociale omgeving (hierbij gaat het vooral om de mogelijkheid om je terug te kunnen trekken; privacy). Een ondersteunende omgeving gaat niet alleen om de fysieke ruimte, maar net zozeer om de mentale en sociale ruimte. Een ondersteunende omgeving moet mogelijkheden bieden en creëren voor

verschillende patiëntgroepen; voor verschillende mensen met verschillende behoeften. Het gaat om de begeleiding, behandeling en beleving van de patiënt en de relatie patiënt – bezoeker – behandelaar en niet alleen om de esthetiek. (Hansen 2007)

2.4 Wat wordt verstaan onder ‘de ruimtelijke omgeving’?

In de vorige paragraaf is genoemd dat de ruimtelijke omgeving een rol speelt bij de beleving van patiënten. Maar wat valt eigenlijk allemaal onder de noemer ‘ruimtelijke omgeving’? In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de fysieke elementen binnen een ruimte (tastbare elementen) en de abstracte belevingsgerelateerde kenmerken (deze kenmerken zijn te herleiden op wat mensen zien, ruiken, voelen en/of horen). Zelf denk ik dat het benadrukken van onderscheid tussen abstract en fysiek design binnen een omgeving niet erg zinvol is. Er is namelijk bijna altijd sprake van herkenning van ruimtelijke eigenschappen die bestaan uit een combinatie van ruimtelijke objecten *plus* belevingsgerelateerde (abstracte) kenmerken. Een goed voorbeeld van een aanwezig element in het ziekenhuis wat zowel fysiek als belevingsgerelateerd kan zijn, is kunst. In vele gevallen zal kunst tastbaar zijn, omdat het bijvoorbeeld in de ruimte aanwezig is in de vorm van een sculptuur of schilderij. Kunst kan echter ook worden “beleefd” omdat het emoties bij mensen opwekt. In dat geval is kunst tegelijkertijd ook abstract en belevingsgerelateerd. Of een element meer valt onder fysiek of abstract design is beter over te laten aan de gebruiker van de ruimte.

Hoewel de gebruiker van de ruimte definieert wat behoort tot de fysieke en abstracte omgeving, zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar wat de patiënt in het algemeen aan ruimtelijke kenmerken zou kunnen herkennen in een ziekenhuis, en hoe deze de patiënt beïnvloeden. Een groot deel van de verschillende artikelen die zijn gepubliceerd over de ruimtelijke ziekenhuisomgeving komen samen in het artikel van (Huisman, Morales et al. 2012) Dit artikel biedt een uitgebreid overzicht van alle (mogelijk) aanwezige ruimtelijke elementen. Huisman, Morales et al. schreven een reviewartikel waarbij informatie uit 65 papers is samengevoegd om een algemene wetenschappelijke theorie te vinden over de invloed van de ruimtelijke omgeving op de ziekenhuispatiënt. Na het lezen van het paper heb ik met behulp van de tekst en de afbeeldingen de volgende ruimtelijke kenmerken gedetecteerd die van belang kunnen zijn binnen dit onderzoek:

2.4.1 Support

Support komt als ruimtelijk kenmerk naar voren omdat het door patiënten belangrijk wordt geacht dat er ruimte beschikbaar is om bezoek te ontvangen of familie mee te nemen ter ondersteuning tijdens een ziekenhuisbezoek. Ook support in de vorm van behulpzaamheid en service van artsen en ander ziekenhuispersoneel naar de patiënt toe is van belang.

2.4.2 Materiaalgebruik en netheid

De wijze waarop gebruik wordt gemaakt van verschillende materiaalsoorten kan ook worden opgemerkt door patiënten. Patiënten waarderen makkelijk schoon te maken oppervlakken in verband met hygiëne. Ook kan materiaalgebruik het gevoel van comfort beïnvloeden. Het gebruik van vloerbedekking wordt bijvoorbeeld geassocieerd met huiselijkheid, wat kan zorgen voor een aangename sfeer voor de patiënt. Materiaalgebruik kan ook belangrijk zijn voor de beleving van een bepaalde vorm van veiligheid; dit heeft vooral betrekking op gladheid en ook hygiëne.

2.4.3 Geluid

Geluiden en akoestiek kunnen ook invloed uitoefenen op de beleving van de patiënt. Door fijne akoestiek kan het risico op conflicten en misverstanden worden verkleind. Men moet elkaar goed kunnen verstaan. Als het gaat om lawaai en akoestiek zijn geluidsdruk en weerkaatsing van geluiden de belangrijkste parameters. Deze parameters kunnen een negatief effect hebben op het stresslevel, het comfort en in mindere mate op het stressniveau van de patiënt.

2.4.4 Lucht en geur

Ventilatie, geur en luchtvochtigheid zijn ook elementen die door patiënten kunnen worden opgemerkt. Luchtkwaliteit draagt bij aan de totale kwaliteit van de ziekenhuisomgeving. De luchtkwaliteit in de ziekenhuisruimten kan effect hebben op de gezondheid van patiënten en op de ervaring van comfort.

2.4.5 Licht

Heldere verlichting, met name daglicht, heeft een antidepressieve werking op mensen die zich in de betreffende ruimte bevinden met deze verlichting. Patiënten die in zonnige ruimten worden gehospitaliseerd ervaren bijvoorbeeld een kortere verblijftijd dan patiënten in ruimten met gedimd licht. Daarnaast zorgt de juiste verlichting ook voor de vermindering van fouten, bijvoorbeeld bij het lezen van voorschriften tijdens de toediening van medicijnen. Te fel licht in combinatie met reflecterende oppervlakten heeft een negatief effect op gebruikers van de ruimte. Het gebruik van matte oppervlakken lost dit probleem op.

2.4.6 Afleiding: natuur en kunst

Uitzicht op planten en bomen kan leiden tot korter verblijf voor gehospitaliseerde patiënten. Ook is gebleken dat patiënten die uitkijken op natuurlijke elementen minder pijnstillers tot zich nemen en een lagere hartslag hebben, wat leidt tot vermindering van stress. Simulatie van natuur, bijvoorbeeld via schilderijen of natuurbeelden op een televisiescherm, heeft vrijwel dezelfde pijnstillende en kalmerende werking als “echte natuur”.

Ditzelfde geldt voor kunst; kunstwerken met thema's die gerelateerd zijn aan water, natuurlijke landschappen, bloemen en tuinen, alsmede figuratieve kunst met emotioneel-positieve gebaren en gezichtsuitdrukkingen, kunnen stressverminderend en pijnverlichtend werken.

2.4.7 Privacy

Betreffende privacy speelt het design van de wachtruimte een belangrijke rol. Een prettig ontworpen wachtruimte biedt zowel privacy aan patiënten die zich terug willen trekken en privéconversaties willen houden met bijvoorbeeld hun partner, alsmede kansen om in contact te komen met andere patiënten (bijvoorbeeld door middel van een gemeenschappelijke leestafel).

2.4.8 Bewegwijzering

Juiste bewegwijzering kan leiden tot vermindering van stress. Goede bewegwijzering kan worden gerealiseerd door het verstrekken van plattegronden, het ophangen van borden en het systematisch gebruikmaken van kleuren, materialen en licht. Hierbij is ook de hoeveelheid en de locatie van routeaanduidingen van belang. Symbolen en aanwijzingen worden het beste begrepen wanneer deze geplaatst zijn bij kruispunten, op ruime plekken en op plaatsen waar een duidelijke overgang plaatsvindt van de ene ruimte naar een andere ruimte (bijvoorbeeld bij wijziging in de vloerbedekking).

2.5 Hoe meet je de invloed van de ruimtelijke op de beleving van de patiënt?

In vorige paragrafen is uiteengezet dat er een sprake is van toegenomen bewustwording dat de ruimtelijke omgeving een grote rol speelt binnen het proces van ziek zijn. Dit heeft te maken met reorganisatie van de zorg, maar ook met een verschuiving in de perceptie van ziekte en het bijbehorende proces van herstel. Het gaat tegenwoordig niet alleen meer om het repareren van (een onderdeel van) het menselijk lichaam, maar ook om de verhouding tussen de mens en zijn omgeving. Daarbij wordt de vraag gesteld hoe, waarom en op welke manier die omgeving van invloed kan zijn op het genezingsproces; iets dat moeilijk eenduidig te definiëren is in een heterogene samenleving. Een poging om de manier waarop de omgeving invloed heeft op de beleving en het genezingsproces meer vorm te geven is door de introductie van 'Evidence Based Design'.

Evidence Based Design staat voor de welbewuste poging om ontwerpbeslissingen te baseren op het best beschikbare bewijs uit onderzoek. Het begrip is uit hetzelfde hout gesneden als de eerdergenoemde 'theory of supportive design'. Het zoeken naar bewijs had in eerste instantie namelijk tot doel het belang van *supportive designs* te onderbouwen. Of er ook werkelijk "bewijs" geleverd kan worden met betrekking tot welke elementen wel en niet bijdragen aan de beleving van patiënten, valt te betwisten. Want hoe ziek zijn, ziekte beleven, lichamelijke degeneratie en dood worden beleefd, is iets heel persoonlijks en heeft ook te maken met de cultuur waarin de persoon is opgegroeid. Het begrip Evidence Based Design leent zich niet voor kwantitatieve waarden maar juist voor een discussie over het ruimtelijk geheel. Kirk Hamelton, architect, bepleit daarom om Evidence Based Design niet in te kaderen als een ontwerpcept wat je eindeloos van gebouw tot gebouw kunt repeteren. Volgens hem moet Evidence Based Design worden gezien en gebruikt als een dynamisch model dat je als ontwerper inhoudelijk kunt invullen, waarbij het resultaat van het proces niet noodzakelijk het gebouw of het ontwerp is, maar de beoordeling en evaluatie ervan.

In Nederland wordt Evidence Based Design dat een positieve uitwerking levert ook wel aangeduid met 'Healing Environments'. Traditioneel gezien was een Healing Environment meer gebaseerd op filosofische overwegingen, maar dat Healing Environments nu *evidence based* moeten zijn en niet worden gepresenteerd als een zorgfilosofie, heeft waarschijnlijk te maken met pragmatiek: werkt het, dan is het goed. Evidence Based Design vraagt als ontwerpbenadering dus om een *bottom up* ontwerpvisie. Een evaluatie in de vorm van kwalitatief onderzoek is noodzakelijk om te achterhalen of gewenste effecten bereikt zijn. (Hansen 2007)

2.6 Samenvatting van de theorie

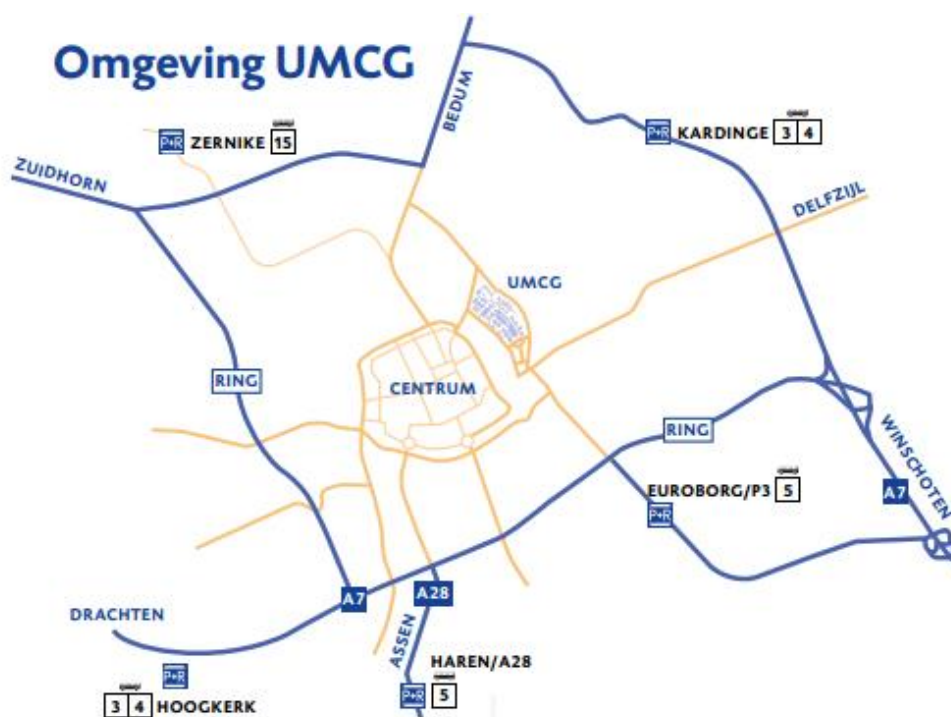
Het zijn van een patiënt omvat verschillende persoonlijke dimensies: een biologische dimensie, een sociale dimensie, een biografische dimensie en een psychologische dimensie. Vanaf het eerste bezoek aan het ziekenhuis maakt de patiënt een reis mee langs verschillende plekken in het ziekenhuis, waarbij deze dimensies ten alle tijden een aanwezige rol zullen spelen. Wanneer de patiënt enkel wordt benaderd vanuit de biologische dimensie door een ziekenhuis, zal de reis de vorm aannemen van een zorgpad. Een zorgpad is een vast kader waarin op basis van ziektesymptomen van te voren wordt bepaald hoe de reis van de desbetreffende patiënt zal verlopen. Zorgpaden blijken in werkelijkheid niet te werken. Geen patiënt is hetzelfde, omdat bij geen enkele patiënt de vier dimensies zullen overeenkomen. In plaats van het zorgpad, moet de reis worden benaderd vanuit de visie van de Patiënt Journey. Bij de Patiënt Journey worden alle dimensies wel in acht genomen. Wanneer je tijdens de Patiënt Journey de raakvlakken van de verschillende dimensies bestudeert, komt de beleving van de patiënt naar voren. Roger Ulrich heeft aangetoond dat de beleving in verband staat met de ruimte waarin de

patiënt zich bevindt. Wanneer een patiënt beleeft dat hij of zij controle over de ruimte uit kan oefenen, sociale ondersteuning krijgt of afleiding kan vinden in de fysieke ruimte, zal dit stress verminderen en dit is vervolgens bevorderlijk voor de algemene gezondheid en genezing. Dit wordt de *theory of supportive design* genoemd. Uit onderzoek is gebleken dat de theorie werkt. Welke ruimtelijke elementen precies bijdragen aan de stressvermindering, daar kan alleen nog over worden gespeculeerd. Het is erg lastig om de ruimtelijke elementen precies te onderscheiden, -het voorbeeld dat hierbij is gegeven is het element kunst-, laat staan dat het erg lastig is om de invloed van de elementen op de beleving van de patiënt te meten. Elke patiënt met elk eigen dimensies zal op een unieke manier worden beïnvloed door de omgeving. Een poging om de invloed van de ruimte op de patiënt toch te kunnen meten is via Evidence Based Design. Dit houdt in dat het aan de architect en de onderzoeker is om te achterhalen welk ontwerp zal leiden tot de beste omgeving en dus de beste beleving. Wanneer patiënten tevreden zijn over ruimtelijke elementen, kan er vanuit worden gegaan dat het design van de omgeving is geslaagd. Wanneer de beleving van de omgeving als zeer positief wordt gezien, en de ruimte *supportive* is, dan wordt ook wel van een 'Healing Environment' gesproken.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet

3.1 De locatie van het onderzoek

De locatie waar het onderzoek plaatsvindt, is het Universitair Medisch Centrum Groningen (voortaan aangeduid als UMCG). Het UMCG is een van de grootste werkgevers van Noord-Nederland. Patiënten komen in het UMCG voor basiszorg, maar ook voor zeer specialistische diagnostiek, onderzoeken of behandelingen. Het UMCG bevindt zich al ruim een eeuw aan de oostrand van het historische centrum van Groningen. Op deze plek begon het ziekenhuis ooit als paviljoen: een soort medische wijk in de stad met aparte klinieken aan kleine straatjes die elk als een volwaardig klein ziekenhuis fungeerden. Toen technologische ontwikkelingen versnelden en het aantal patiënten toenam (vermoedelijk door stijgend autobezit) in de jaren zestig, bleken deze los gelegen klinieken toch niet zo handig en rendabel. In de jaren zeventig kwam het voorstel om een centraal medisch complex te realiseren zonder de oude structuur van straten en paviljoens volledig te wissen. De oude paviljoens werden vervangen door nieuwe en de straten werden overkapt in de jaren tachtig. Hierdoor werden de paviljoens ‘aan elkaar geplakt’ zodat er één groot complex ontstond, zonder dat het “stadsachtige” karakter verdwijnt. Waar vroeger elke kliniek een eigen ingang had, vraagt dit nieuwe centraal medische complex om slechts één hoofdingang. Deze werd in 1995 als laatste onderdeel van dit project gerealiseerd en wordt tegenwoordig nog steeds gebruikt in oorspronkelijke vorm en ontwerp. (Mens, Brinkman 2012)



Figuur 3: de locatie van het UMCG

Bij de hoofdingang komt het grootste deel van de patiënten het UMCG binnen in een ruime ontvangsthal. De hal heeft grote ramen en ook langs het houten plafond dringt daglicht het gebouw binnen. In de ontvangsthal bevinden zich de receptie, een restaurant voor bezoekers, winkels en de ingang naar de ondergrondse parkeergarage. Aan weerszijden van de ontvangsthal sluit de hal aan op de twee grootste aders van het ziekenhuis; de binnenstraten. De binnenstraten zijn overdekt met te openen kunststof lichtkappen en de interieurinvullingen zijn naar ontwerp van Wytze Patijn Architecten (oplevering 1996). Deze binnenstraten

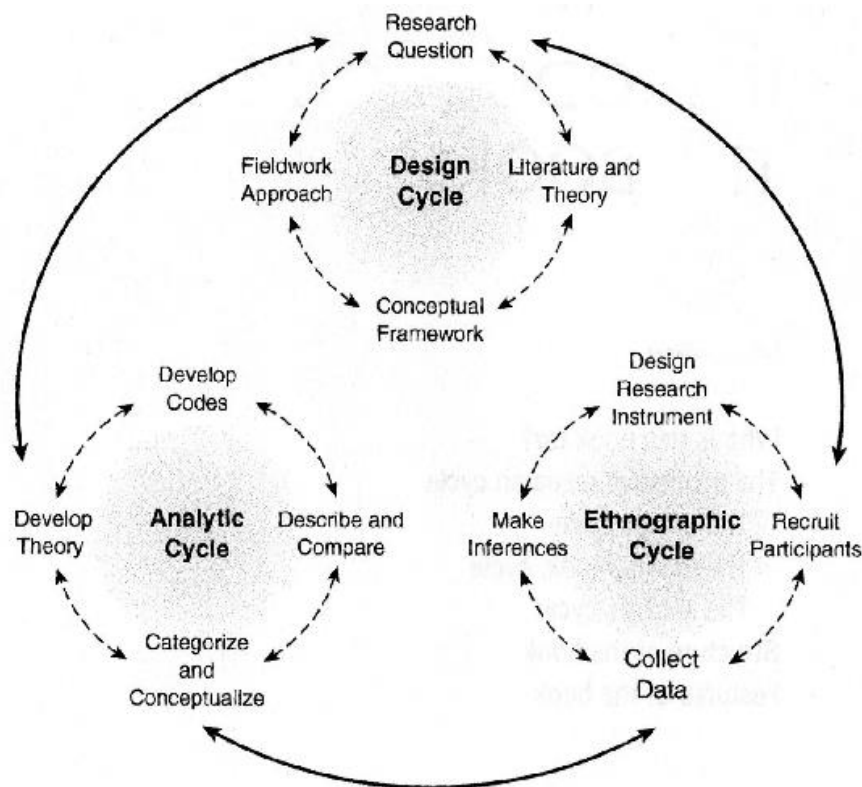
geven toegang tot het gehele centraal medische complex; aan beide weerszijden van deze straten liggen de beddenhuizen en de poliklinieken. De poliklinieken bevinden zich op de begane grond van de beddenhuizen en zijn door verschillende interieurarchitecten onder handen genomen. Hierdoor hebben alle poliklinieken een geheel eigen karakter gekregen. Het stadsachtige karakter is herkennen door de aanwezigheid van pleinen, patio's en andere kenmerkende straatbeelden. Er zijn tuinen aangebracht, er is een fontein, een theater en er is veel kunst toegepast met als doel het verblijf in het ziekenhuis te veraangemen. (Mens, Brinkman 2012)

Het onderzoek heeft niet in het volledige ziekenhuis plaatsgevonden, maar enkel bij de ontvangsthal, de binnenstraten (de Fonteinstraat, de Winkelstraat en de Poortweg) en de polikliniek Urologie. De reden voor deze afbakening wordt in volgende paragrafen nader toegelicht.

3.2 Onderzoeksmethode

Met dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve benaderingswijze. Kwalitatief onderzoek gaat over 'wat', 'waarom' en 'hoe'. Het leent zich voor het exploreren en onderzoeken van verhalen, betekenissen, meningen en opvattingen. Kwalitatief onderzoek is 'seeing through others eyes' (Bryman 2008). Het doel van kwalitatief onderzoek is het begrijpen van verschijnselen in hun context en het wordt vooral toegepast op terreinen waar weinig kennis voorhanden is. (olde Hartman, Lucassen 2015) Bij kwalitatief onderzoek gaat het vooral om het verkrijgen van inzichten en minder om harde, getalsmatig onderbouwde, feiten. In dit kwalitatieve onderzoeksrapport zijn daarom vooral beschrijvingen te vinden en vrijwel geen numerieke tabellen of grafieken. Ondanks ik door literatuuronderzoek wel ideeën heb gekregen over mogelijk beïnvloedende variabelen (kenmerken voor *kwantitatief* onderzoek), is er toch sprake van *kwalitatief verkennend of explorerend* onderzoek. Ik wil namelijk achterhalen of de relevante variabelen (ruimtelijke elementen) invloed hebben (en hoe, en waarom), maar ik ga niet meten in welke mate deze invloed hebben en of zij mogelijk samenhangen met andere factoren. (Baarda 2014)

Figuur 4 omschrijft de drie fasen waar je tijdens het doen van een kwalitatief onderzoek langs komt: ontwerpen (design cycle), uitvoeren (ethnographic cycle) en analyseren (analytic cycle). Omdat je bij kwalitatief onderzoek niet werkt vanuit een hypothese, kan het voorkomen dat je "onderweg" onverwachte informatie tegenkomt die bijvoorbeeld niet past bij literatuur die je eerder had verzameld of het gekozen onderzoeksontwerp. De pijlen in het figuur laten de onderlinge verbondenheid tussen de fasen zien, en tonen aan dat (kwalitatief) onderzoek geen lineair proces is, maar dat je de verschillende fasen moet herhalen of tegelijkertijd moet uitvoeren om tot een gebalanceerd onderzoek te komen. (Hennink, Hutter et al. 2011)



Figuur 4: het doen van kwalitatief onderzoek is geen lineair proces

3.3 Casestudie

Bryman omschrijft een casestudie als: ‘a research design that entails the detailed and intensive analysis of a single case’. Casestudie onderzoek is geschikt om de complexiteit van de aard van sociale verschijnselen aan het licht te brengen. (Stake 1995) Er is sprake van een casestudie wanneer een specifieke gemeenschap of unieke organisatie wordt onderzocht. In het geval van dit onderzoek is er sprake van een casestudie omdat het onderzoek specifiek is ontworpen voor- en uitgevoerd is in het UMCG, op de polikliniek Urologie en het onderzoek enkel betrekking heeft op patiënten die het UCMG voor het eerst bezoeken. De keuze voor een casestudie is ook gemaakt omdat het onmogelijk is om binnen geringe tijd meerdere ziekenhuizen of zelfs meerder poliklinieken te onderzoeken.

De keuze om de polikliniek Urologie te selecteren als kader voor een casestudy hangt samen met het voor- en literatuuronderzoek. De polikliniek Urologie beschikt over een overzichtelijke, open ruimte en kent een zeer diverse en uiteenlopende vormgeving. In deze polikliniek zijn de meeste ruimtelijke elementen aanwezig die mogelijk iets teweeg kunnen brengen bij de respondent. Wat ook meespeelt in de keuze om het onderzoek te beperken tot één polikliniek is dat het niet mogelijk is om zomaar op elke polikliniek te gaan interviewen. Poliklinisch personeel en patiënt moet op de hoogte worden gesteld van- en instemmen met de aanwezigheid van de onderzoeker. Ook kan ik als onderzoeker “van buitenaf” niet zomaar in de elektronische patiëntendossiers. Het hoofd van de polikliniek moet de informatie over mogelijke respondenten voor mij opzoeken en zorgvuldig delen. De polikliniek Urologie stond open voor mijn aanwezigheid en was bereid te assisteren.

3.4 Participerende observatie

Participerende observatie is een methode van dataverzameling binnen kwalitatief onderzoek. Binnen deze methode voegt de participerende observator zich voor een bepaalde tijd bij een geselecteerde groep waarbij gedrag van de groep wordt geobserveerd, wordt geluisterd naar wat de groep bespreekt in conversaties met elkaar of met de onderzoeker, en waarbij vragen worden gesteld. (Bryman 2008) Bryman geeft een voorkeur voor de term 'etnografie' omdat participerende observatie impliceert dat bij deze vorm van onderzoek alleen wordt geobserveerd, terwijl de onderzoeker ook vragen stelt, luistert en uiteindelijk ook een geschreven product levert.

Het verkrijgen van toegang tot het onderzoeksveld is bij etnografisch onderzoek de belangrijkste en lastigste stap. De manier waarop toegang wordt verkregen is van een aantal factoren afhankelijk. Allereerst kan een onderzoeksveld 'open' of 'gesloten' zijn. (Bell 1969) Bij een open onderzoeksveld kun je bijvoorbeeld denken aan een park, straat of strand: een publieke ruimte die voor iedereen toegankelijk is. Gesloten onderzoeksvelden zijn bijvoorbeeld, bedrijven of sociale bewegingen: wanneer je hier onderzoek wilt doen, is het gebruikelijk of verplicht om eerst toestemming te vragen. Ook moet bij het verkrijgen van toegang de overweging worden gemaakt of de onderzoeker een verborgen of open positie in neemt in het onderzoek. Is het de bedoeling dat de groep niet door heeft dat zij bestudeerd worden of mogen/moeten zij weten dat een onderzoeker in hun midden is?

Het UMCG heb ik binnen mijn onderzoek beschouwd als een gesloten onderzoeksveld. Hoewel de gangen in het hoofdgebouw, de winkels en de poliklinieken voor iedereen toegankelijke, openbare ruimtes zijn, zie ik het ziekenhuis ook als een bedrijf waar vertrouwelijke informatie wordt gedeeld en privacy van patiënten gewaarborgd moet worden. Zonder de inzet van werkgevers en werknemers kan ik geen toegang krijgen tot patiëntengegevens en het is ethisch onverantwoord om lukraak patiënten aan te spreken. Mijn onderzoek en positie is aan zowel medewerkers als patiënten kenbaar gemaakt middels een brief. (Zie bijlage 1 en 2) Mijn open positie als onderzoeker heeft als voordeel gehad dat ik een stagecontract heb gekregen, waardoor ik patiënten kon werven via verschillende personen binnen het UMCG. Vervolgens kon ik mijn uitnodigingsbrief voor het onderzoek naar deze geselecteerde respondenten versturen.

In de uitnodigingsbrief die is verstuurd naar het huisadres staan het doel, belang en de praktische zaken van het onderzoek vermeld. Betreffende mijn rol als onderzoeker heb ik in de brief het volgende aan de patiënten kenbaar gemaakt:

Wat u kunt verwachten

Wanneer u aankomt bij het ziekenhuis gaat u vanzelfsprekend op weg naar de polikliniek Urologie waar u uw afspraak heeft. Graag loop ik vanaf uw aankomstpunt samen met u mee richting uw afspraak.

Onderweg kunt u uw beleving van het ziekenhuis met mij delen.

Na aankomst bij de polikliniek neem ik nog even met u plaats op een bankje vlakbij de polikliniek. Tijdens het wachten op uw afspraak zal ik u nog enkele vragen stellen en praat ik graag nog even na over de ziekenhuisomgeving en de wandeling naar de polikliniek. De duur van dit gesprek zal zijn tot u aan de beurt bent voor uw afspraak, of wanneer u aangeeft alle informatie te hebben gedeeld.

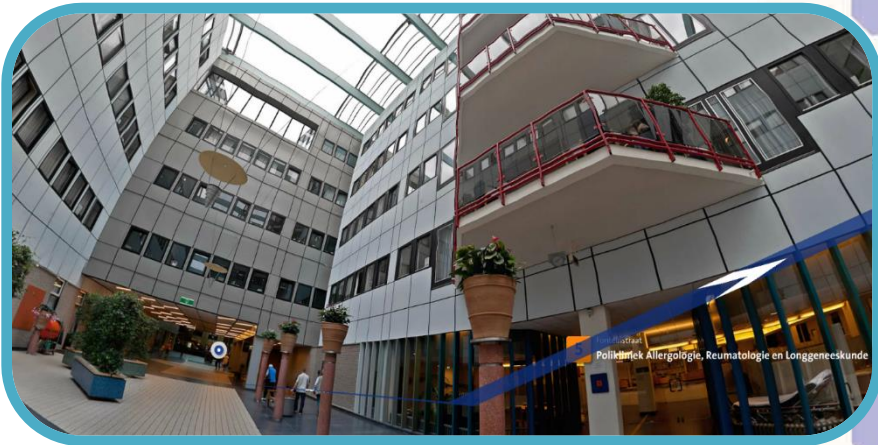
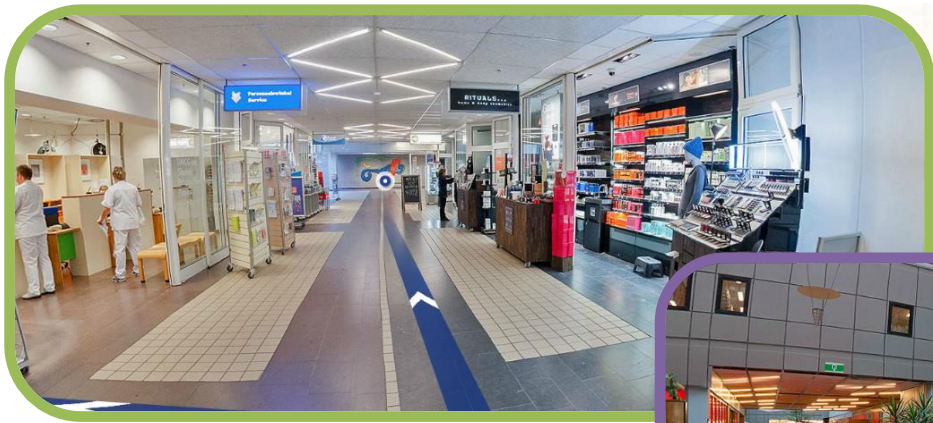
De wandeling en het gesprek zullen alleen betrekking hebben op de architectuur van het gebouw en uw beleving van de ruimte. Het onderzoek gaat niet over de reden van uw afspraak of uw gezondheid: hier worden geen vragen over gesteld.

Tijdens het interview zal een geluidsopname gemaakt worden zodat later de gesproken tekst uitgetypt kan worden om te kunnen gebruiken voor het onderzoek. Deze geluidsopname wordt na het onderzoek vernietigd. Namen en persoonlijke gegevens zullen niet gebruikt worden in het onderzoek. Uw privacy wordt gerespecteerd.

Zoals in bovenstaand kader aangegeven heb ik de patiënt opgewacht bij de ingang van het ziekenhuis en vervolgens ben ik met de patiënt richting de afspraak gewandeld. Met elke patiënt heb ik dezelfde route afgelegd zodat zij allen blootgesteld zouden worden aan dezelfde omgevingskenmerken. Ook omvat deze route de meeste elementen die volgens de literatuur de beleving van de patiënt zouden kunnen beïnvloeden. (Figuur 4)

Voor de wandeling heb ik gevraagd aan de patiënt om goed op de omgeving te letten en ‘hardop na te denken’, zodat ik al informatie kan verzamelen zonder er om te hoeven vragen. Tijdens de wandeling heb ik het gedrag van de patiënt geobserveerd en naar opmerkingen van de patiënt geluisterd. Ik heb tijdens deze wandeling zo min mogelijk inhoudelijke vragen gesteld met betrekking tot de beleving van de omgeving, omdat ik dan vreesde dat ik mij schuldig zou maken aan ‘prompting’. (Bryman 2008) Prompting houdt in dat de onderzoeker de respondent “stuurt” om bepaalde antwoorden te geven of op bepaalde elementen extra aandacht te vestigen.

Wanneer ik bijvoorbeeld zou vragen: ‘Wat vindt u van het gebruik van natuurlijke elementen in de ziekenhuisomgeving?’ dan zou de patiënt hier plots extra op kunnen gaan letten, waardoor aandacht voor andere elementen verslapt. Omdat ik wel toestond dat de participant al opmerkingen over de omgeving aan mij kenbaar mocht maken, was er wel sprake van enige interactie tussen de onderzoeker en de participant. Dit maakt mijn rol als onderzoeker een van ‘participant-as-observer’, zoals (Gold 1958) dit betitelt. Volgens Gold ben je in de rol van ‘participant-as-observer’ wanneer de leden van de sociale setting zich bewust zijn van de positie van de onderzoeker. Ook is de etnograaf betrokken in de interactie tussen participanten onderling en in de interactie tussen participant en onderzoeker. (Bryman 2008)



Figuur 5: de route die met elke patiënt is gewandeld.

Bij de driehoek is de wandeling begonnen, bij de ster is het interview afgenomen, en bij de stip is de wandeling geëindigd.

De pijlen corresponderen met de foto's met dezelfde kaderkleur. De foto's geven weer wat je zou zien wanneer je op de locatie van de pijl zou staan in het UMCG.

3.5 Interviews

Naast participerende observatie, is in dit onderzoek ook het interview gekozen als onderzoeksmethode. Interviews als methode van dataverzameling vindt plaats als een interactie tussen de interviewer en de respondent, waarbij de interviewer de richting van de discussie en de vragen bepaalt. (van Hoven, Meijering 2011) Tijdens de participerende observatie is het al goed mogelijk dat de patiënt waardevolle opmerkingen maakt over de ruimte waarin hij of zij zich begeeft, maar het kan net zo goed zijn dat de patiënt over onderwerpen praat die niet aansluiten bij het onderzoek. Door later aan de respondent vragen te stellen die wel betrekking hebben op de onderzoeksvraag, kan ik alsnog aan de gewenste informatie komen om hiermee de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Het interview volgt direct na de wandeling waarbij participerende observatie wordt toegepast, en vindt plaats op een bankje buiten de wachtkamer van de polikliniek Urologie. (Zie figuur 4, waar de ster is geplaatst) De volgorde (eerst participerende observatie en vervolgens het interview) en de plaats van het interview (vlakbij de wachtkamer van de polikliniek) dragen bij aan de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. Het interview vindt plaats op de onderzoekslocatie zelf en vindt plaats na het zien van alle onderzoeksobjecten (tijdens de wandeling). Cele argumenteert dat respondenten tijdens interviews achteraf vaak nog wel het gebruik en de ervaring van de plaats kunnen reproduceren, maar dat details over de plek (sfeer, geuren, geluiden) vaak al zijn vergeten of vervaagd. In het geval van dit onderzoek zijn deze details tijdens het interview nog voel- en waarneembaar. (Cele 2006)

Binnen dit onderzoek zijn de interviews diepte-interviews en deze zijn semigestructureerd. Een diepte-interview is niet alleen het stellen en beantwoorden van vragen; de interviewer en geïnterviewde proberen ook elkaars uitstraling, identiteit en persoonlijkheid te “lezen”. Deze factoren beïnvloeden namelijk hoe en welke issues worden besproken in het interview. Diepte-interviews worden daarom ook wel een ‘*meaning-making partnership*’ genoemd tussen de interviewer en de respondent, wat impliceert dat diepte-interviews een speciale vorm van conversatie is; een ‘*knowledge-producing conversation*’. Het belang van het diepte-interview is het verkrijgen van een gedetailleerd inzicht vanuit het perspectief van de participant (Hennink, Hutter et al. 2011)

In een exploratief onderzoek is de handleiding met daarin de (volgorde van) vragen over het algemeen nog niet volledig vastgesteld. Deze interviews worden semigestructureerd genoemd. Een typisch interview heeft altijd wel een introductie (waarin de onderzoeker zichzelf voorstelt, het onderzoek inleidt, de verwachtingen van de respondent uitspreekt), openingsvragen, hoofdvragen en ten slotte afsluitende vragen. (Hennink, Hutter et al. 2011) De gehanteerde interview gids is bijgevoegd in bijlage 2.

Binnen dit onderzoek zijn de interviews opgenomen en door middel van transcriberen omgevormd tot tekstuele data. Uiteindelijk zijn er vijf interviews afgenomen. De meegebrachte personen kregen van mij toestemming om zich af en toe in het gesprek te mengen. Hierdoor zijn interessante discussies ontstaan. De volgende paragraaf zet uiteen welke personen voor deze interviews in aanmerking zijn gekomen en hoe op de uitnodiging tot een interview is gereageerd.

3.6 Werven van respondenten

De voorwaarden waaraan patiënten moeten voldoen om te kunnen worden geselecteerd als respondent zijn: (1) de patiënt mag nog niet in het systeem van het UMCG voorkomen i.e. de patiënt mag nog niet eerder het UCMG als patiënt bezocht hebben. (2) de patiënt moet een afspraak hebben op de polikliniek Urologie en (3) de patiënt mag geen oncologie-patiënt zijn. Dit laatste op het verzoek van het UMCG omdat deze groep patiënten vaak al zeer intensieve gesprekken en behandelingen tegemoet gaan en zij niet extra belast moeten worden. Zoals al eerder in het hoofdstuk genoemd kreeg ik van Annemieke Weijling, hoofd Urologie wekelijks een lijst

toegestuurd van patiënten die aan bovenstaande eisen voldoen. Gegevens die ik van patiënten kreeg bevatten naam, adres en telefoonnummer, mits deze bekend was bij het UMCG.

Per week stuurde ik elke respondent een brief met daarin informatie over mijzelf, het doel van het onderzoek en de verwachtingen van en naar de patiënt. De brieven werden verstuurd op maandag of dinsdag in de week vóór de week waarin de patiënt een afspraak heeft. Dat wil zeggen dat ik bijvoorbeeld op maandag in week 27 de brieven verstuurde naar alle patiënten die in week 28 verwacht werden. In deze brieven stond ook vermeld dat ik aan het einde van de week de patiënt telefonisch zou benaderen om te vragen of de patiënt zou willen en kunnen participeren in het onderzoek. Wanneer een participant besloot mee te werken, maakten we tijdens dit telefoongesprek ook afspraken waar ik de patiënt zou ontmoeten voor de wandeling.

Uiteindelijk heb ik in 10 weken 32 respondenten benaderd, waarvan 5 mensen wilden en konden participeren. Onderstaande tabel (tabel 1) geeft de respondenten weer, het weeknummer waarin de patiënt een afspraak had, de datum en het tijdstip waarop zij een afspraak hadden op de polikliniek Urologie en wat de uitkomst is van mijn poging de patiënt als respondent te werven. Opvallend is dat het telefonisch contact bij veel respondenten misliep. Oorzaak hiervan is dat binnen het UMCG vaak nog geen telefoonnummer van nieuwe patiënten bekend is. De gegevens van patiënten worden vaak meegestuurd vanuit de huisartsenpraktijk die de patiënt doorverwijst, en niet elke huisartsenpraktijk stelt het opgeven van een telefoonnummer verplicht. Zo gebeurt het dat het UMCG uiteindelijk ook geen telefoonnummer van de patiënt heeft. De patiënten die geen of een vals telefoonnummer opgaven heb ik een aangepaste brief gestuurd waarin ik hen vroeg contact met mij op te nemen. Van de 13 respondenten die deze aangepaste brief hebben ontvangen heeft 1 persoon mij teruggemild met het bericht te willen participeren. Naast dat sommige respondenten niet mee wilden werken om persoonlijke redenen is het voorgekomen dat patiënten de telefoon niet opnamen, twee afspraaktijden overlaptten, patiënten afbelden, niet op kwamen dagen of geen Nederlands spraken waardoor zij uiteindelijk niet hebben geparticipeerd.

3.7 Ethische overwegingen

De principes voor het uitvoeren van ethisch juist onderzoek zijn tegenwoordig duidelijk vastgelegd. Het in 1979 door het Ministerie van Volksgezondheid, Onderwijs en Welzijn van de VS opgestelde Belmont Rapport, identificeert drie basisprincipes voor het ethisch uitvoeren van allerlei soorten onderzoek waarbij mensen betrokken zijn. (Escobedo, Guerrero et al. 2007) Deze principes zijn: (1) het welzijn van de participant is belangrijker dan het verkrijgen van onderzoeksresultaten, (2) het onderzoek moet zo groot mogelijke voordelen opleveren en zo min mogelijk risico's aan zich bevinden, (3) de onderzoeksprocedure moet weloverwogen zijn uitgevoerd zonder de participant uit te buiten. Wanneer deze principes in acht worden genomen, moet een onderzoeker de volgende overwegingen naleven.

3.7.1 Informed consent

Informed consent is het proces waarin een participant toestemt om te participeren in een onderzoek nadat hij of zij op een voor deze persoon begrijpbare manier (Hennink, Hutter et al. 2011) volledig is geïnformeerd over de procedures, risico's en voordelen van het onderzoek in kwestie. (Bulger, Bulger et al. 2002)

In dit onderzoek heb ik zowel schriftelijk als verbaal om toestemming gevraagd bij participanten. De patiënten die aan de onderzoekseisen voldeden ontvingen van mij een brief met een uitnodigingsbrief voor het onderzoek. In deze brief heb ik geprobeerd om in nette en eenvoudige Nederlandse zinnen de procedure, risico's en voordelen van het onderzoek uit te leggen. Tijdens de telefonische benadering kon extra duidelijkheid

gegeven worden aan laaggeletterde of minder taalgevoelige respondenten die de brief wellicht iets lastig vonden. Ook had de patiënt de gelegenheid om tijdens het telefonisch contact nog aanvullende verduidelijkende vragen te stellen. Op deze wijze weet ik zeker dat uiteindelijk elke respondent op de hoogte is van de volledige inhoud van het onderzoek.

3.7.2. Zelfbeschikking

Zelfbeschikkingsrecht houdt in dat de patiënt te allen tijde de regie behoudt over participatie in het onderzoek. De patiënt moet de mogelijkheid behouden ieder gewenst moment de participatie in het onderzoek in te trekken of te stoppen. (Hennink, Hutter et al. 2011)

Het recht op zelfbeschikking heb ik in mijn onderzoek uit- en vastgelegd in de informatiebrief en extra benadrukt tijdens het telefoongesprek én bij het ontvangst in het ziekenhuis. Er zijn respondenten die ik van dit recht gebruik heb laten maken. Zo heeft een respondent afgebeld en is een respondent niet verschenen op de afspraak.

3.7.3. Minimalisering van schade/letsel

Bij het minimaliseren van schade gaat het niet alleen om het voorkomen van fysiek letsel bij de patiënt. Schade kan ook voorkomen in andere vormen, zoals mentaal ongemak: de patiënt in schaamte, verlegenheid of sociale vernedering brengen. (Hennink, Hutter et al. 2011)

In mijn onderzoek tracht ik de patiënt minimaal te schaden door zeer goed in de brief te verduidelijken dat dit onderzoek *enkel* betrekking heeft op de gebouwde ziekenhuisomgeving. Ik zeg de patiënt toe niet te vragen naar zijn of haar ziekte of aandoening.

3.7.4. Anonimiteit en betrouwbaarheid

Het is de taak van de onderzoeker om de identiteit van de participanten te beschermen, (Hennink, Hutter et al. 2011) Ook moet de onderzoeker betrouwbaarheid waarborgen: dit betekent dat alle informatie te allen tijde vertrouwelijk moet worden behandeld. (Hennink, Hutter et al. 2011) De onderzoeker kan dit doen door alle informatie die iets bloot kan geven over de identiteit van de participant te verwijderen uit het interviewtranscript of quotaties die worden gebruikt voor het onderzoeksverslag. Het is belangrijk om participanten te informeren dat de informatie anoniem wordt verzameld en geanalyseerd zodat de participant niet kan worden geïdentificeerd door het onderzoeksmateriaal.

In dit onderzoek is naar anonimiteit gestreefd door de participant in de brief duidelijk te informeren dat ik niet naar zijn of haar reden van komst in het ziekenhuis vraag; de participant is zo min mogelijk identificeerbaar door zijn of haar aandoening. Het is wel openbaar dat de patiënt een ziekenhuisbezoek brengt voor een aandoening waarvoor je terecht komt op de polikliniek Urologie. Tevens heb ik patiënten na het interview gevraagd of zij het prettig vonden om een alias te kiezen. Dit houdt in dat de participant onder een anderen naam dan de eigen naam wordt weergegeven in de onderzoeksresultaten. Om betrouwbaarheid te waarborgen heb ik de opnames na het schrijven van dit rapport gewist.

Een andere overweging die ik heb gemaakt in verband met anonimiteit heeft betrekking op het gebruikmaken van foto's binnen dit onderzoeksrapport. Om de privacy van patiënten en medewerkers te waarborgen, is het niet toegestaan om te filmen of te fotograferen op UMCG-terrein zonder uitdrukkelijke toestemming van de afdeling Communicatie. Het UMCG geeft op haar website gelukkig de mogelijkheid om het ziekenhuis van binnen te bekijken tijdens een virtuele tour (<http://virtueel.umcg.nl/?projectid=umcg>). Met

‘Virtueel UMCG’ kun je op een gelijke wijze als ‘Google Streetview’ het UMCG binnentreden en bekijken. De beelden zijn uit 2010, maar met uitzondering van de telefoonpalen, ziet de gebouwde omgeving in het UCMG er nog hetzelfde uit. In paragraaf 3.5 ‘participatie en etnografie’ heb ik deze beelden van Virtueel UMCG gebruikt in figuur 4 omdat deze door de afdeling communicatie UMCG al zijn goedgekeurd op grond van anonimiteit en privacy.

3.8 Analyse

Door de geluidsopnames die zijn gemaakt tijdens de wandeling en de interviews te transcriberen is uiteindelijk tekstuele data verzameld in de vorm van geschreven transcripten. Omdat deze transcripten vaak veel informatie bevatten die niet relevant zijn voor het onderzoek, is het van belang om deze transcripten te filteren. Vervolgens kan de gefilterde tekst geanalyseerd worden. Tijdens de analyse kan worden gekeken of de overgebleven informatie een antwoord kan geven op de hoofdvraag.

Het kan zijn dat de gefilterde informatie, de resultaten, in het model past van de theorie of literatuur die eerder is gegeven in het theoretisch kader. Vaak wordt dan ‘content analysis’ toegepast als analysemethode. Bij content analysis wordt tijdens de analyse de tekst geordend in categorieën die zorgvuldig worden ontworpen op basis van de onderzoeksvragen. (Mayring 2000) Het kan echter ook voorkomen dat er *empirische* resultaten overblijven na de filtering. Empirische resultaten zijn resultaten die vooral gebaseerd zijn op de analyse van het experiment. Een proces om deze empirische resultaten te verwerken is volgens de principes van grounded theory. Grounded theory is een benadering waarbij ‘*theory can be built up through careful observation of the social world*’. (Hennink, Hutter et al. 2011)

Het filteren en ordenen van de tekstuele informatie gebeurt door het toekennen van codes aan stukjes tekst: coderen. Met de term *code* wordt gerefereerd naar een probleem, onderwerp, idee, mening etc., aanwezig in de data. Codes zijn voornamelijk onderwerpen die besproken worden door participanten en die geïdentificeerd worden tijdens het teruglezen van de transcripten. (Hennink, Hutter et al. 2011)

Wanneer ideeën, problemen of onderwerpen gebaseerd zijn op literatuur of theorie en geïntroduceerd zijn door de onderzoeker zelf, zijn de ontstane codes deductief. Deductieve codes worden vaak toegepast bij content analysis. Wanneer participanten zelf met ideeën, problemen of onderwerpen komen en hierdoor codes ontstaan, wordt gesproken van inductieve codes; deze codes worden vaker toegepast bij grounded theory. Voor welke vorm van analyse ook wordt gekozen als uitgangspunt, ideaal gezien bevat een analyse zowel deductieve als inductieve codes. Een analyse zou volgens Hennink e.a. niet enkel deductieve codes moeten bevatten, omdat dat zou betekenen dat unieke zaken die aan het licht worden gebracht door participanten uitgesloten worden, terwijl deze juist zeer interessante, nieuwe processen of verklaringen voort kunnen brengen.

In dit onderzoek wordt content analyse met deductieve codes aangevuld door de toepassing van grounded theory met inductieve codes. Het onderwerp is namelijk deels al op andere velden (gedeeltelijk) toegepast: eerdere onderzoek naar Evidence Based Design heeft al een aantal codes voortgebracht, zoals daglicht, schone lucht etc. Omdat het binnen het UMCG een experimenteel onderzoek betreft omdat niet zeker is dat de elementen uit de theorie worden erkend, zullen patiënten wellicht met andere elementen naar voren komen. Deze elementen zullen volgens grounded theory geanalyseerd moeten worden met behulp van inductieve codes.

Hoofdstuk 4 Analyse en onderzoeksresultaten

4.1 Codering en analyse-plan

De verzamelde data wordt geanalyseerd met Qualitative Data Software Atlas.ti. Alvorens met de analyse te kunnen beginnen, is het belangrijk dat de data is gecodeerd en dat er een plan is bedacht hoe deze codes vervolgens verwerkt kunnen worden tot bruikbare onderzoeksuitkomsten.

In onderstaand schema staan de deductieve codes en code families weergegeven in het groen. Deze codes zijn gebaseerd op de theorieën uit het theoretisch kader. Door het bestuderen van het artikel van (Huisman, Morales et al. 2012) verwachtte ik dat deze codes zouden voorkomen in de transcripten. De rode codes zijn inductieve codes; deze zijn tot stand gekomen door verhalen en antwoorden van de respondenten en heb ik zelf toegevoegd aan na het lezen van de data. Codes die ik speciaal even wil toelichten zijn de inductieve codes met het woord 'probe'. 'Probe' betekent 'nadrukkelijk om gevraagd' en deze inductieve codes zijn ontstaan omdat ik wilde achterhalen of theoretische bevindingen uit de literatuur op enige wijze van betekenis konden zijn. De uitgebreide betekenis van elke code(family) is terug te vinden in het codebook, bijgevoegd in bijlage 4.

Code Family	Beschrijving	Codes	Aantal quotaties
Beleving	Code family van codes die met de belevingen van de patiënt te maken hebben	(3): [B_Eerste Indruk] [B_Stress] [B_Verwachting]	21
Patiënt	Code family van codes die over de patiënt als persoon gaan	(6): [P_Biografische dimensie] [P_Biologische dimensie] [P_Klinische dimensie] [P_Nuance] [P_Psychologische dimensie] [P_Sociale dimensie]	49
Ruimtelijke Omgeving	Code family van codes die te maken hebben met de ruimtelijke omgeving	(29): [RO_afleiding] [RO_bewegwijzering] [RO_geluid] [RO_geluid_probe] [RO_geur] [RO_geur_probe] [RO_huiselijkheid] [RO_kinderen] [RO_kleur] [RO_kunst] [RO_kunst_probe] [RO_licht] [RO_licht_probe] [RO_lucht] [RO_materiaalgebruik] [RO_moderniteit] [RO_natuur] [RO_netheid] [RO_privacy] [RO_privacy_probe] [RO_ruimtelijkheid] [RO_rust] [RO_sfeer] [RO_stedelijkheid] [RO_support] [RO_support_probe] [RO_verbeterpunten] [RO_vergelijking_ziekenhuis] [RO_voorzieningen]	124
Supporting Design	Code family van codes die te maken hebben met componenten van de theory of supporting design	(4): [RO_afleiding] [RO_privacy_probe] [RO_privacy] [RO_support]	24

Tabel 1: overzicht van codes die binnen dit onderzoek zijn gebruikt

Om bruikbare informatie en verbanden te kunnen ontdekken binnen de transcripten, is ook geteld welke codes het vaakst gekoppeld zijn aan de data. Dit staat weergegeven in onderstaande tabel. Een hoog getal kan een

indicatie geven dat dit desbetreffende onderwerp sterkt leeft onder respondenten.

Code	Aantal keer gekoppeld
P_nuance	22
RO_ruimtelijkheid	20
RO_verbeterpunten	19
RO_vergelijking_ziekenhuis	17
RO_kleur	17
RO_bewegwijzering	15
P_klinische dimensie	13
P_biografische dimensie	12
RO_rust	12
RO_support	11
RO_voorzieningen	11
B_eerste indruk	11
RO_moderniteit	10
RO_kunst	8
RO_kinderen	7
RO_privacy	6
RO_privacy_probe	6
RO_geluid_probe	6
RO_netheid	5

Code	Aantal keer gekoppeld
B_verwachting	5
RO_natuur	4
RO_stedelijkheid	4
RO_sfeer	4
P_biologische dimensie	4
RO_huiselijkheid	3
P_psychologische dimensie	3
RO_lucht	3
RO_materiaalgebruik	3
RO_licht_probe	2
RO_kunst_probe	2
RO_support_probe	2
RO_geluid	2
RO_geur_probe	2
P_sociale dimensie	1
RO_licht	1
RO_geur	1

Tabel 2: weergave van het aantal keer dat een code is gekoppeld aan een quotatie

Een andere manier om de codes in een theoretisch kader te kunnen plaatsen is door te kijken naar associaties tussen verschillende codes. Atlas.ti heeft een handige tool, de 'co-occurrence table', om associaties tussen codes te vinden, alsmede de intensiteit en de rol van de code om zo te kunnen ontdekken welke onderwerpen in de tekst naar voren komen. Co-occurrence ontstaat als een stukje tekst (een quotatie) meerdere codes krijgt toegewezen. De aanwezigheid van meerdere codes per quotatie kan er op wijzen dat de codes op een (nader te bepalen) manier met elkaar in verband staan. (Contreras 2011) Onderstaande tabel laat zien welke codes vier keer of meer als combinatie bij een quotatie voorkomen.

Codecombinatie	Aantal keer gekoppeld
RO_verbeterpunten + RO_kleur	7
RO_ruimtelijkheid + RO_vergelijking ziekenhuis	7
P_nuance + P_klinische dimensie	6
P_nuance + RO_kleur	5
P_nuance + RO_afleiding	5
RO_verbeterpunten + RO_moderniteit	5
P_klinische dimensie + RO_support	4
P_klinische dimensie + RO_vergelijking ziekenhuis	4

Codecombinatie	Aantal keer gekoppeld
RO_verbeterpunten + P_nuance	4
RO_verbeterpunten + RO_voorzieningen	4
RO_bewegwijzering + RO_support	4
RO_bewegwijzering + P_biografische dimensie	4
RO_Ruimtelijkheid + B_eerste indruk	4

Tabel 3: weergave van het aantal keer dat er sprake is van co-occurrence

4.2 Onderzoeksresultaten: interpretaties van de analyse

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de analyse uiteengezet. De volgorde en de namen van de paragrafen zijn gebaseerd op het theoretisch kader zoals deze is gepresenteerd in hoofdstuk 2. Allereerst wordt de beleving van het eerste bezoek en de beleving van stress binnen de ruimtelijke omgeving besproken. Vervolgens wordt besproken welke ruimtelijke omgevingskenmerken het meeste invloed uitoefenen op de beleving van een patiënt tijdens het eerste bezoek.

4.2.1 De beleving van het eerste bezoek

De respondenten zijn geselecteerd op het gegeven dat zij nog niet in het systeem van het UMCG voorkomen. Zij bezoeken voor het eerst het UMCG voor een eigen afspraak. Het is wel voorgekomen dat sommige respondenten eerder in het UMCG zijn geweest om mee te gaan bij een afspraak van een ander, bijvoorbeeld een familielid. Van de vijf geïnterviewde respondenten zijn drie nooit eerder in het UMCG geweest.

Voor deze drie personen waren de eerste indrukken helemaal nieuw. De eerste reacties van deze mensen bij binnenkomst waren zeer verschillend, hoewel bij allen de ruime opzet van het gebouw werd benoemd. Ruimtelijkheid zorgt volgens de respondenten voor een rustige sfeer en overzichtelijkheid. Toch lopen de meningen over de eerste indruk nog wat uiteen. Waar een respondent benoemt dat de ruimte een beetje té groot en massaal is, met een overweldigend effect, wordt door een ander de ruimte getypeerd als huiselijk.

[Peter]: “Ja, ik weet niet... huiselijk! Ja beetje als een, ja... niet echt een ziekenhuis. Vind het op een soort appartementen lijken. Vroeger als je naar een ziekenhuis ging, had je echt die geur, en dan was je echt in een ziekenhuis. Dat heb je nu helemaal niet. Dat je echt in een ziekenhuis komt. Ik associeer het ziekenhuis met heel veel zieke mensen en dokters die rondlopen en die zie je eigenlijk niet.”

Door de overzichtelijkheid die wordt gecreëerd door de ruimtelijkheid, geven de respondenten ook aan dat ze gauw doorhebben waar zij na aankomst als eerste heen moeten.

[Philippine]: Nee, ehh... eerst even kijken, wat is er allemaal en waar moet ik zijn en ehh... goed, ja waar moet je je inschrijven. Dat had ik alleen ook wel gevonden. Het is voor mij wel heel erg duidelijk en de sfeer is ook erg rustig. Het is niet zo van oh paniek, dit of dat! En ook de mevrouw bij de balie, was rustig; oh gaan we even doen! Ja leuk.’

[Peter]: Goed geslaagd in ruimte. In de opzet. Het is een groot ziekenhuis dus ehh...

[Vrouw van Peter]: Ja, mee eens, het is meteen duidelijk waar je moet zijn zonder dat er te veel in de weg staat. En het is niet zo steriel.

[Peter]: Ja precies, als je bij ons in Winschoten in het ziekenhuis komt dan kom je echt in een ziekenhuis. Daar is een soort streekziekenhuis. Dit lijkt niet op een ziekenhuis.

[Vrouw van Peter]: Het is wel veel groter, maar het is veel gemoedelijker.

Ook netheid en goede bewegwijzering worden genoemd wanneer gevraagd wordt naar de eerste indruk. Vooral bij de receptie ziet het er erg netjes uit en hier wordt volgens de respondenten goed de weg naar de polikliniek beschreven. Tevens staat het ook goed aangegeven op bordjes en huisnummers die bij de polikliniek hangen.

4.2.2 De beleving van stress

Geen van de respondenten geeft aan stress te ervaren tijdens dit bezoek en hiervoor worden verschillende oorzaken gegeven. Allereerst geldt voor alle respondenten dat eerdergenoemde ruimtelijkheid en overzichtelijkheid stress wegneemt; het is direct duidelijk waar je heen moet, de paden zijn duidelijk omdat er weinig “in de weg” staat; er is geen sprake van negatieve afleiding.

Philippine noemt mijn aanwezigheid als onderzoeker de reden waarom zij niet gestrest is. Normaal gesproken zou zij wel gestrest zijn, maar nu zij wist dat ik er zou staan en met haar mee zou lopen, heeft zij zich geen zorgen gemaakt over waar zij moet zijn. Wat Philippine wel aangeeft is dat zij van te voren op internet opzoekt wie haar behandelend arts zal zijn. Hij kreeg goede recensies en dit nam voor haar flink wat spanning weg.

Aad woont niet zo dicht bij Groningen en doet beroep op zijn TomTom om zijn weg naar het ziekenhuis zonder spanning te kunnen vinden. Het ziekenhuisbezoek zelf bezorgd hem geen stress omdat hij het bezoek rationaliseert. Over stress zegt hij: [Aad]: *“Ik kan niet zoveel veranderen aan de situatie, dus ik heb daar niet echt last van”*.

Voor Peter, een Groninger, is het bezoek niet zo stressvol omdat hij eens eerder in het UMCG is geweest en omdat hij bekend is in Groningen. Zowel de weg vinden naar het ziekenhuis, als het ziekenhuis bezoeken bezorgt hem geen stress omdat het voor hem niet als onbekend terrein voelt.

Maarten geeft aan stress te relativeren omdat hij zich tot nu toe altijd heeft weten te redden. Zelfs in het buitenland, waar hij de taal niet sprak. [Maarten]: *“Ik kan een beetje Engels en een beetje Duits en overal waar ik kom kan ik wel uitvinden waar ik wezen moet.”* Wat Maarten wel stress bezorgt ligt buiten de afspraak in het ziekenhuis zelf en heeft betrekking op zijn werk. Maarten heeft een eigen transportbedrijf met een strakke planning, een ziekenhuisafspraak verstoort deze.

[Maarten]: *“En als de ene dag het werk niet klaar komt, dan werk je over en heb je een werkdag van 15 uur. Ik heb wel eens een beetje stress als ik de ene dag te laat thuis kom, dan moet je dus negen uur pauze hebben en dan kom je de volgende dag te laat aan de gang. Dat geeft stress. Je werkt met een bepaalde planning. Ik heb een eigen bedrijf en nou ja goed, dan rommelt dat een beetje vandaag.”*

Voor Willie heeft stress in het ziekenhuis een heel andere dimensie. In 2002 verloor hij zijn broer in het UMCG door een ongeluk. Willie denkt dat de mate van stress sterk afhangt van de reden van bezoek en dat de mate van stress per persoon sterk verschilt.

[Willie]: *“En als je dan kijkt zeg maar... toen was ik hier nog nooit geweest. En hoe ik dan opgevangen werd, en ook gelijk naar de intensive care doorgestuurd werd. Dat was gewoon perfect. Echt waar hoor.”*

Willie noemt dat sociale support en privacy voor hem het belangrijkste zijn geweest om goed om te kunnen gaan met de spanning. Op de intensive care waren ruimten aanwezig waar hij kon zitten met zijn familie en bij de artsen kon hij al zijn vragen over het toedoen van zijn broer kwijt.

[Willie]: *“En op een gegeven ogenblik, toen dat gebeurd was dan weet je nog op dat moment niet wat er gaat gebeuren. En die stukjes privacy die je dan later ook krijgt als familie zijnde, ik heb daar alleen maar goeie woorden voor. Dat is gewoon super. De artsen ook daarna.... Eh... nou ja, ik kon vragen wat ik wou. Ik kon zien wat ik wou.”*

[...] *Ik zeg tegen die artsen ook: en ik wil graag zien hoe dat er uit ziet. In zijn hersenen. Zodat ik daar een beeld van kan krijgen, van: het is echt afgelopen. Geen enkel probleem. En hij liet me zelfs het brein van een gezond mens zien en dan de afbeelding van mijn broer. En dan kon je heel duidelijk zien dat er niks meer was.*

Over stress en de beleving van de ruimte op het moment dat je in het ziekenhuis komt voor/in een kritieke toestand, deelt hij het volgende inzicht:

[Willie]: *“Mensen die dat soort stress hebben, in mijn beleving, die kijken niet naar het gebouw. Weet je wel. Maar dan is het natuurlijk wel belangrijk dat je in een ruimte komt dat overzichtelijk is. En ook met zo'n baliemedewerkster ook.”*

Wat dit bezoek betreft vertelt Willie dat hij de plattegrond van het ziekenhuis die bij de uitnodigingsbrief wordt gevoegd zeer waardeert. Over de plattegrond vertelt hij: [Willie]: *“Ik houd hier erg van. Als je dit niet had dan had je.. tja.. stress? Stress wil ik ook niet noemen. Maar dan moet je zoeken. En dan moet je maar (en daar let ik wel op hoor...) goed worden ontvangen. Dan heb je het niet nodig.”*

4.2.3 Verwachting

De meerderheid van de respondenten geeft aan van te voren een bepaald beeld te hebben bij het UMCG. De respondenten baseren dit beeld vooral op imagoverhalen die zij van het UMCG hebben vernomen en op eerdere bezoeken aan andere ziekenhuizen.

[Maarten]: *“Ze staan bekend om hoe groot het is. Gewoon niks geen probleem. Verder weet ik niet zoveel van het ziekenhuis. Maar hier hoor je voor de rest geen verkeerde verhalen over, daarom heb ik er ook voor gekozen.”*

[Peter]: *“Ja ik heb er wel voor gekozen om naar het UMCG te gaan. Als ik dan de keuze heb dan ga ik liever hier heen dan naar Winschoten. Ik weet niet of dat helemaal eerlijk is, maar je hoort daar vaak negatieve geluiden weggomen. Niet dat ik dan zelf negatieve meegemaakt heb, maar ja, omdat je dat hoort ga je er niet gerust naar toe.”*

De respondenten verwachten van een ziekenhuis voornamelijk een goede behandeling en bekwame artsen. Slechts één respondent spreekt bij het vragen naar de verwachting over de ruimtelijke omgeving. Het ziekenhuis moet liever niet te klinisch zijn zodat je niet het gevoel krijgt dat je echt in een ziekenhuis bent. Hoewel de ruimte in het UMCG de afspraak veraangenaamt; de medische kwaliteit is uiteindelijk belangrijker dan de inrichting van het ziekenhuis. Het UMCG staat volgens de respondenten bekend om de kwaliteit van de klinische behandeling en daarom kiezen zij voor dit ziekenhuis.

De respondenten zijn ook al eens in andere ziekenhuizen geweest en vergelijken het UCMG met deze vorige ervaringen. Deze vorige ervaringen plus het goede imago van het UMCG (volgens de respondenten) zorgen er voor dat de patiënten een hoge verwachting hebben van het UMCG. Respondenten maken ook kenbaar dat zij vooral erg *hopen* dat het UMCG prettig is omdat de behandelingen in een ander (streek)ziekenhuis niet helemaal gelukt zijn. Patiënten uit Noord-Nederland met gecompliceerde of zeldzame aandoeningen worden uiteindelijk naar het UMCG verwezen. Voor sommige zeer complexe behandelingen is het UMCG zelfs het enige ziekenhuis in Nederland (UMCG 2016). De verwachtingen van het UMCG zijn hoog omdat het UMCG het “hoogste adres” is.

[Maarten]: “Ja ik zeg, nou ik ga nou naar het UMCG, dan zijn we aan het hoogste adres. Dan zien we wel wat daar gaat gebeuren. Bezuren moet ik het toch. Maar we gaan niet meer naar ‘t mot toe.

[Willie]: “Mijn arts in Ommelander ziekenhuis die zegt: 'Ga nou maar eens een keer naar het UMCG toe'. Want in december vorig jaar hebben zij mij nog geopereerd en nou zitten er weer twee nierstenen en dan ook nog in allebei de nieren. Dat is echt verschrikkelijk”

4.2.4 De beleving van de ruimtelijke kenmerken

Om te achterhalen welke ruimtelijke kenmerken voornamelijk een rol spelen bij de ziekenhuisbeleving is gebruik gemaakt van de frequentietabellen uit paragraaf 4.1. Uit zowel de frequentietabel als de co-occurrence tabel komt naar voren dat het element ‘ruimtelijkheid’ het meest wordt benoemd door de patiënten (22 keer genoemd). Overige kenmerken die vaak worden genoemd zijn: ‘kleur’ (17 keer), ‘voorzieningen’ (11 keer), ‘moderniteit’ (10 keer) en ‘kindvriendelijkheid’ (7 keer).

In deze paragraaf worden de meest invloedrijke ruimtelijke kenmerken op de beleving gepresenteerd. Niet alle genoemde ruimtelijke kenmerken (codes) die bij de analyse zijn gebruikt, zullen apart worden benoemd. In de discussie wordt hier verder op ingegaan. De titels van de tussenkopjes zijn gebaseerd op de meest opmerkelijke bevindingen.

Uit de analyse is gebleken dat betreffende de ruimtelijke omgeving de volgende punten behoren tot de meest wenselijke belevingen:

- 1. Een ruime ziekenhuisomgeving**
- 2. Een kleurrijke ziekenhuisomgeving**
- 3. Een prettige ziekenhuisomgeving voor iedere patiënt**
- 4. Een goede klinische behandeling**

4.2.4.1 Een ruime ziekenhuisomgeving

Het element ruimtelijkheid steekt tijdens de analyse met kop en schouders boven alle andere ruimtelijke kenmerken van de ziekenhuisomgeving binnen het UMCG uit. Allereerst is het handig om de betekenis van dit woord te verduidelijken in de context van de patiënt. Wanneer ruimtelijkheid wordt genoemd door patiënten, duiden zij niet enkel op de uitgestrektheid van de (vloer)oppervlakte, maar om de totale driedimensionaliteit van het ziekenhuisgebouw. Ruimtelijkheid heeft niet enkel betrekking op meetbare afstanden; het begrip ruimtelijkheid omvat ook het gevoel van (bewegings)vrijheid en staat daarmee ook in verband met o.a. de beleving van andere ruimtelijke kenmerken als *privacy*, *bewegwijzering*, *support* en *rust*. Volgens de respondenten biedt een ruime omgeving patiënten de gelegenheid om zich terug te trekken, bijvoorbeeld tijdens het verwerken van slecht nieuws. Ook zou een ruimtelijke omgeving er voor kunnen zorgen dat patiënten zich goed kunnen oriënteren binnen de ruimte en weten waar zij heen moeten. Een ruime omgeving zou volgens de respondenten er ook voor kunnen zorgen dat patiënten in de gelegenheid worden gesteld om familie mee te brengen. Een ruime omgeving zou de gelegenheid bieden om je in rust te kunnen verplaatsen, maar ook de ruimte bieden om je te kunnen haasten zonder dat je anderen omverloopt. Om gevoelens en ervaringen in een duidelijk (referentie)kader te plaatsen, vergelijken veel respondenten hun bezoek aan het UMCG met bezoeken aan ziekenhuizen elders. Enkele voorbeelden om deze bevinding te verduidelijken:

[Philippine], over het verschil tussen UMC Utrecht en het UMCG:

“Daar is het allemaal veel kleinschaliger. Hier zou de hal tot de helft terug gebracht kunnen worden. Ruimte is daar schaars dus. Mijn eerste indruk is gewoon een hele goeie.”

[Aad]: *“Ik ben wel eens in het AMC geweest, daar schuifel je soms echt door de gangen heen. Manoeuvreren. Hier niet. Komt misschien ook wel omdat het zoveel ruimtelijker is.”*

[Willie]: *“Ruim. Ruim! Kijk, als je in overgang binnen komt dan is het gewoon al ruim. En dat geeft mij een prettig gevoel. Als jij in Winschoten het ziekenhuis ook ziet... [...] Want ik geloof in 2018 dat 't daar opgeleverd wordt.. Dan ga ik daar eens heen om het gewoon te zien. Ben er heel erg nieuwsgierig naar en dan hoop ik dat het qua ruimte zoiets is als dit.”*

[Willie]: *“Als je hier naar de ruimte kijkt heb je wel weer zo veel ruimte. Als je in het Lucas kijkt... Dan zit je schouder aan schouder. En dat is leuk als je met je vriend of vriendin daar zit, maar niet als je naast vreemde zit. En als je dan hier kijkt, dan is het wel allemaal ruim.”*

[Peter]: *“Je hebt mogelijkheden genoeg om te gaan zitten. Het is duidelijk waar je heen moet. Het is ruim opgezet. Je kan ook kinderen meenemen. Helemaal goed. Zou er niks aan verbeteren.”*

4.2.4.2 Een kleurrijke omgeving

Na ruimtelijkheid, valt vooral kleur erg op bij de respondenten. Wanneer gekeken wordt naar de co-occurrence tabel valt op dat de codes ‘kleur’ en ‘verbeterpunten’ vaak bij dezelfde tekstpassage zijn toegewezen. Ook komen de codes ‘verbeterpunten’ en ‘moderniteit’ vaak tegelijk voor bij een stukje tekst. De codes ‘kunst’ en ‘materiaalgebruik’ hebben ook raakvlakken met de code ‘kleur’.

Allereerst is het belangrijk om te noemen dat drie van de vijf respondenten die ik heb gesproken affiniteit hebben met kunst en kleur. Aad is een hobbyschilder, Willie heeft een relatie gehad met een kunstenaar en Philippine’s man die mee was gekomen en zich af en toe in het gesprek mengde, is veel met kleurgebruik bezig binnen zijn beroep.

De respondenten noemen het kleurgebruik in het ziekenhuis over het algemeen somber en rustig. Dat de kleuren somber zijn is niet storend, maar het kan volgens de patiënten frisser, feller of juist zachter om betere effecten te bewerkstelligen. Een positief effect van het huidige kleurenpallet is wel dat deze als rustgevend wordt ervaren.

[Philippine]: (over de kleurverschillen tussen de poliklinieken en de hallen)

“Nee dat is niet storend, dat maakt juist een leuk effect. Dat het breekt. Dat het niet een grauwe massa is. Het is gelukt om het levendig te houden. (Vraag aan haar man): Vind jij het gelukt? Ik vind het wel mooi.

[Man van Philippine]: Ik vind het wat.. meer kleur daar zou het iets opgewekter van worden. Best wel veel grijs. Erg veel grijs.

[Philippine]: *Nee, ja goed dat is jouw mening, maar ik kom als patiënt binnen. En ik vraag me dan af: is het wel lekker rustig?*

[Man van Philippine]: *Ik zou iets meer kleurverschil willen. Is ook mijn beroep geweest. Ik zou zeker deze sombere, wat oker is en grijs, niet doen.*

[Philippine]: *Ja dat mooie groen, vind ik ook mooier.*

De kleuren die zijn toegepast in de verschillende poliklinieken worden meer gewaardeerd dan de kleuren in de (ontvangst)hal. Dit kan het gevolg zijn van het toegepaste architectonische ontwerp van Wytze Patijn die vanaf 1988 als supervisor optreedt. Op zijn initiatief worden de poliklinieken door verschillende interieurarchitecten onder handen genomen. Hierdoor hebben de poliklinieken een heel eigen karakter (en dus ook eigen kleurpalet) gekregen. (Mens, Brinkman 2012) Het risico is dat de specifieke, felle kleuren die in de poliklinieken zijn gebruikt, zoals felrood bij Urologie, niet zullen passen bij de persoonlijke smaak van een patiënt, maar hier staat tegenover dat de vrolijkheid van de kleur hoogstwaarschijnlijk alsnog zorgt voor een positief effect. Ook wordt genoemd dat ondanks de eigen karakters van de poliklinieken, het ziekenhuis nog wel aanvoelt als een geheel.

[Peter]: *“Dit is geen kleur die ik gekozen zou hebben. Dat niet direct, maar ik vind het ook niet storend. Het is allemaal heel verschillend maar toch een geheel. Het zijn allemaal eilandjes in een groot gebouw.”*

[Aad]: *“Dat vind ik op zich wel leuk, ik zie wat meer kleur in die klinieken. Kijk, ook op het glas verschillende kleuren!”*

Zoals eerder genoemd stamt het huidige ontwerp van de ziekenhuishallen en de poliklinieken uit de jaren tachtig en dit wordt door de respondenten wel opgemerkt. Er wordt genoemd dat het gebruik van bepaalde materialen in combinatie met de kleur van deze materialen niet meer helemaal van deze tijd is.

[Aad]: *“Het is wel oud natuurlijk. En ik zou niet voor deze tegels hebben gekozen. Maar ieder zijn smaak. Ik zou meer voor pastelkleurige stenen hebben gekozen. En dit soort stenen zie je ook bijna niet meer in gebouwen die nu worden gebouwd. Want dit is niet echt functioneel: het is glad. Ook al is het droog: het is altijd glad. Je ziet tegenwoordig in nieuwbouw, zie je allemaal matte tegels die stroef zijn.”*

[Willie]: *“Zie jij aan dit gebouw dat het oud is? Dat je echt zegt van ahwww...”*

[Estelle]: “Dat kan ik beter aan u vragen!”

[Willie]: *“Nou ja. Beetje wat frissere kleuren. En dat is een beetje persoonlijk: maar zo'n schilderij ook... dat trekt mij niet. [...] Maar ik zie liever wat abstracts. Weet je wel, dat je gewoon je eigen fantasie daar in kan brengen.”*

[Aad]: *“En de typen kunststoffen die gebruikt zijn. Hier ook, trespa. En allemaal in grijs. Nou ben ik wel grijs gewend hoor. [...] Maar ik ben toch niet zo'n voorstander van grijs, ik houd meer van allerlei pasteltinten.”*

[Willie]: *“En dan kom je wel weer op de kleur. Dat zou wel wat vrolijker kunnen. Dat valt mij dan nou wel op. Daar kan je dan wel weer aan zien dat het verouderd is.”*

4.2.4.3 Een prettige omgeving voor iedere patiënt

‘Nuance’ is een inductieve code die ik tijdens het analyseren heb toegevoegd. Het is mij opgevallen dat de respondenten moeiteloos met mij konden delen wat zij prettig vinden, mooi vinden of graag anders zouden zien, maar vervolgens dit waardeoordeel in dezelfde passage zelf weer afwogen/ontkrachtten. Een reden voor het afwegen van argumenten is dat de respondenten vinden dat zijn/haar mening er maar één uit duizenden is en persoonlijke smaak betreft. Een ziekenhuisontwerp moet volgens de respondenten niet enkel berusten op de mening van slechts een handjevol patiënten. De respondenten benadrukken dat het ziekenhuis een plek voor jong en oud moet zijn, en dat ieder persoon zich er thuis zou moeten kunnen voelen. Ook uit praktische inzichten worden wensen genuanceerd: een ruimte kan nog zo mooi zijn, maar wanneer deze bijvoorbeeld slecht te reinigen is, vervalt de pracht. Enkele voorbeelden om deze gegeven nuances te verduidelijken:

[Maarten]: *“Nee ik zou m’n huis zo niet inrichten. Maar je moet het zo zien: hier komt Jan rap en z’n maat. Hier zit toch iedereen steeds op die bank, ze zijn ook misschien niet allemaal even schoon en het moet makkelijk schoon te maken zijn. En daar ben je thuis zuiniger op.”*

[Philippine]: *“Tja weetje, terugtrekken kan je overal. Dan doe je je oogklepjes maar dicht. En het ligt ook aan je karakter natuurlijk: wat wil je? En je kunt niet als er duizend mensen in een ziekenhuis liggen ook niet met duizend karakters rekening houden. Dat gaat gewoon niet. Als ik zie hoeveel voorzieningen er al zijn en wat je allemaal kunt doen... TV, filmpje kijken, weet ik veel wat allemaal nog meer... krantje lezen... Wil je je dan nog meer kunnen terugtrekken? En weetje, mensen die willen praten... dat vindt elkaar vanzelf. Als je dat niet wilt dan ga je gewoon zo zitten (hand voor ogen). En als je het wel wilt, dan kijk je in de rondte en dan komt het vanzelf naar je toe. Tenminste, zo heb ik dat altijd ervaren.”*

Vanuit het oogpunt dat het ziekenhuis voor jong en oud een prettige omgeving moet zijn, wordt ook de verwachte ziekenhuisbeleving van het kind aangehaald. Verwacht wordt dat het kind op een heel andere manier naar een ziekenhuis kijkt en dat hele andere dingen in de ruimtelijke omgeving zullen opvallen. De nadruk wordt gelegd op kleur: dit kan vrolijker voor kinderen. Het podium bij het Beatrix kinderziekenhuis en de fontein worden wel genoemd als zeer kindvriendelijke kenmerken.

4.2.3.4 Een goede klinische behandeling

De respondenten wijzen mij er op dat de kwaliteit van de klinische behandeling minstens net zo belangrijk is als de ruimtelijke omgeving binnen het ziekenhuis. Dit staat ook op een lijn met de eerdergenoemde verwachting die mensen hebben van het UMCG. De respondenten die zelf een ziekenhuis mochten uitkiezen voor de behandeling, hebben niet alleen voor het UMCG gekozen omdat het een mooi ziekenhuis schijnt te zijn; het is tevens het hoogste adres als het gaat om de medische behandeling. De respondenten willen voornamelijk van hun klachten af komen in het UMCG.

Nu zijn de respondenten binnen dit onderzoek voor een korte poliklinische behandeling in het ziekenhuis. De respondenten noemen dat zij denken dat het voor langdurig opgenomen patiënten belangrijker is dat een ziekenhuisomgeving ruimtelijk veel te bieden heeft. In de interviews wordt genoemd dat de duur van je zieketraject waarschijnlijk bepalend is voor de mate waarin je beroep doet (of wil doen) op de ruimtelijke omgeving. Veel complimenten worden gegeven over de winkelstraat. Het wordt gewaardeerd dat de

mogelijkheid wordt geboden om als patiënt even te ontsnappen van de opnameafdeling en om als bezoeker iets mee te kunnen nemen voor een patiënt.

[Willie]: *“Maar verder: als je naar een ziekenhuis gaat.. Daar ga ik niet heen voor entertainment. Dat is leuk voor die situaties die ik je net hebt genoemd. Dat als jij hier komt, en een van jouw dierbaren die is heel erg ziek, of die heeft een ongeluk gehad en die overleeft het niet... Dan is dat wel "leuk", dat er iets is waar je even een knop kan omdraaien.”*

[...] *“Kijk, je komt hier niet voor je lol. En als je dan kijkt naar de voorzieningen die er dan zijn voor als je wordt opgenomen of iets dergelijks... Dan zijn eigenlijk alle voorzieningen hier.”*

[Aad]: *“En ik moet wel zeggen. Ik let er nu op (op de ruimtelijke omgeving). Normaal let je daar niet zo op, want je komt voor je afspraak. En dan is het echt niet zo belangrijk eigenlijk. Het gaat er om dat je bij een goede arts terecht komt, en dat is het aller belangrijkste. En hoe het hier uit ziet. Tja. Ik denk dat mensen niet zo letten op hoe het er uit ziet. Zo'n brandkraan daar ook geschilderd is, dat er een eend op staat, tja... 9 van de 10 loopt er langs en die zien dat helemaal niet. Grote vlakken zie je veel beter.” [...]*

“Ik denk dat het merendeel het niet echt belangrijk vindt, hoe het ziekenhuis er uit ziet. Omdat je komt voor je behandeling. Voor kinderen wel. Voor kinderen is het denk ik veel belangrijker. Die kijken op een andere manier naar een ziekenhuis. En voor volwassenen... Tja, het is een tijdelijke plaats waar je bent. Voor een afspraak of je wordt opgenomen.”

Om een idee te krijgen in hoeverre de ruimtelijke omgeving toch van belang is voor een prettig bezoek, heb ik o.a. aan Peter de vraag gesteld: *‘Stel dat het schilderij weg was, en die palen, en misschien wat planten. Wat dan?’* Zijn antwoord:

[Peter]: *“Dat is het zelfde als dat je je huis leeghaalt. Dan blijft er een leeg gebouw over. Voor de totaalsfeer is het belangrijk. [...] “Denk dat dat voor iedereen verschillend is. De een zal er meer waarde aan hechten dan de ander. Maar voor het totaalplaatje om het zo uit te laten zien... Pas als je het weghaalt mis je het pas.”*

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

5.1 Conclusie

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag die leidend is in dit onderzoek:

Op welke wijze is de ruimtelijke omgeving van invloed op de ziekenhuisbeleving van de patiënt tijdens een eerste bezoek aan het UMCG?

Tijdens een eerste bezoek aan het UMCG zorgt voornamelijk de ruimtelijkheid voor gemakkelijke oriëntatie en hierdoor weten de respondenten direct waar zij heen moeten gaan. Ook goede support via het baliepersoneel, verstrekte plattegronden en accurate bewegwijzering zorgen er voor dat een de respondent zonder stress bij de afspraak arriveert. De respondenten ervaren in het algemeen weinig stress. Dit kan komen door het reeds bekend zijn met de ruimtelijke omgeving, de onvermijdelijkheid van de afspraak en de ernst van het bezoek. Oorzaken van stress liggen vooral buiten het ziekenhuisbezoek zelf: je kunt als patiënt in de knoop komen met overige verplichtingen als werk en gezin.

Het resultaat van dit onderzoek is dat deze respondenten die voor het eerst komen voornamelijk graag een ruime, kleurrijke ziekenhuisomgeving zien die prettig en passend is voor iedere patiënt. Daarnaast wordt een goede klinische behandeling als belangrijk gezien.

De ruimtelijke omgeving binnen het UMCG wordt waargenomen als zeer ruim en dit biedt een scala aan mogelijkheden voor verschillende patiëntgroepen. Er is ruimte om als patiënt alleen te komen, maar je kunt ook naasten meebrengen. Er is ruimte om je terug te trekken maar ook ruimte om juist met anderen in contact te komen. Er is ruimte om rustig aan te doen, maar ook ruimte om je te haasten. Dit wordt op prijs gesteld.

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat fris en vrolijk kleurgebruik wordt gewaardeerd. Op dit vlak ligt volgens de respondenten nog onbenutte potentie. De fellere kleuren die zijn gebruikt in de poliklinieken worden meer gewaardeerd dan het kleurpalet in de (ontvangst)hal. Genoemd wordt dat sommige kleuren en materialen in de (ontvangst)hal ietwat gedateerd zijn.

Ondanks dat de respondenten een uitgesproken voorkeur hebben voor de aanwezigheid of afwezigheid van bepaalde ruimtelijke kenmerken, wordt er consensus bereikt over de wens dat het ziekenhuis een prettige omgeving moet bieden voor iedere patiënt. Hierbij is niet enkel de esthetiek van de ruimtelijke omgeving van belang: de ruimte moet ook praktisch zijn en de ruimte moet een prettige beleving bewerkstelligen bij verschillende soorten patiëntgroepen.

Uiteindelijk draait de beleving binnen de ziekenhuisomgeving ook vooral om de medische behandeling zelf. Het is voor de respondenten belangrijk dat zij bij een goede arts terechtkomen en dat de behandeling slaagt. De ruimtelijke omgeving (met ruimte en kleur) draagt volgens de respondenten op een positieve manier bij aan de totaalbeleving van het ziekenhuisbezoek.

5.2 Discussie

Deze discussieparagraaf wil ik graag benutten om enkele verkregen uitkomsten en genomen keuzes binnen dit onderzoek te evalueren.

Allereerst is het interessant om een terugkoppeling te maken naar de theorie: komen de resultaten uit het onderzoek overeen met de theorie over beleving van ziekenhuizen? Naar mijn mening is het contrast tussen de theorie over invloedrijke ruimtelijke kenmerken en de ruimtelijke kenmerken die in dit onderzoek als meest invloedrijk naar voren zijn gekomen groot. Vanuit de literatuur komen support, materiaalgebruik, netheid, geluid, lucht, geur, licht, natuur, kunst, privacy en bewegwijzering naar voren als afzonderlijke ruimtelijke kenmerken die de beleving van patiënten beïnvloeden. Echter blijft een aantal van deze kenmerken binnen dit onderzoek op de achtergrond. Ik denk dat dit voornamelijk komt omdat de gebruikte theoretische bevindingen zijn gevormd met een andere onderzoekspopulatie. De wetenschappelijke artikelen die zijn gebruikt als theorie voor dit onderzoek, zijn gebaseerd op een onderzoekspopulatie bestaande uit langdurig opgenomen patiënten. Binnen dit onderzoek ligt de focus voornamelijk op patiënten die slechts voor een korte periode in het ziekenhuis verblijven en ik vermoed dat de gebruikte theorieën uiteindelijk minder goed toepasbaar zijn op deze vluchtige bezoeken. Binnen dit onderzoek kon Willie, die eerder eens voor een langere periode in het UMCG is verbleven vanwege de opname van zijn verongelukte broer, dit beamen. Willie gaf aan dat hij toentertijd erg blij was dat hij kon “ontsnappen” en afleiding had tijdens de lange dagen bij zijn broer. Voor het korte bezoek binnen dit onderzoek had Willie geen ontsnapping nodig, en dus maakte hij ook geen beroep op kenmerken als afleidingen (kunst en natuur) of voorzieningen. Daarom zijn deze kenmerken in het onderzoek denk ik niet nadrukkelijk aan de orde gekomen.

Kleur en ruimte zijn wel naar voren gekomen als belangrijke ruimtelijke kenmerken binnen dit onderzoek. Na verdere verdieping in deze elementen ben ik veel onderzoeken tegengekomen binnen het vakgebied van de psychologie (Quartier, Vanrie et al. 2014, Hidayetoglu, Yildirim et al. 2012, Tantanatewin, Inkarojrit 2016) die het belang van kleur en licht in een ruimte tijdens een eerste indruk toetsen en verifiëren. *“Color and light have been appraised as key interior design elements that affect space perception and emotion”* (Tantanatewin, Inkarojrit 2016). Binnen dit onderzoek heb ik vooral naar bruikbare informatie gezocht binnen het vakgebied van de architectuur. Nu ik mijn verkregen kennis vanuit de resultaten bekijk, zou bij nader inzien theorie vanuit psychologisch perspectief dit onderzoek kunnen verfijnen en versterken.

Hoewel de theorie verfijnd had kunnen worden met inzichten uit dit andere vakgebied, valt in mijn ogen te betwisten of de gebruikte theorie over de opgenomen patiënt de validiteit van dit onderzoek naar de tijdelijke patiënt aantast. De validiteit kan gewaarborgd blijven omdat naast de literatuur ook gebruik is gemaakt van een bottom up ontwerpvisie met veel deductieve codes die specifiek voor dit onderzoek zijn toegevoegd (grounded theory).

Omdat ik tijdens mijn onderzoek wilde weten of de theoretische bevindingen uit de literatuur toch op enige wijze van betekenis konden zijn, heb ik nadrukkelijk naar deze specifieke theoretische ruimtelijke kenmerken gevraagd (de eerdergenoemde ‘probe’ codes). Een voorbeeld van een ruimtelijk kenmerk waar ik nadrukkelijk naar heb gevraagd is ‘geluid’. De respondenten noemden uit zichzelf zelf niets over geluiden binnen de ziekenhuisomgeving, hoewel de theorie stelt dat dit kenmerk wel een belangrijke bijdrage levert aan de beleving van de omgeving. Het antwoord op mijn vraag was dat het geluid niet opviel, omdat het afwezig was. Er was geen lawaai, dus de respondent werd niet getriggerd om iets over geluid te noemen.

Ik denk dat deze bevinding mooi aansluit bij de pragmatiek van Evidence Based Design, zoals deze

genoemd wordt in paragraaf 2.5. Werkt het design? Dan is het goed. Blijkbaar voldoet het akoestisch design binnen het UMCG, want anders hadden de patiënten hoogstwaarschijnlijk uit zichzelf een uitspraak gedaan over tekortkomingen en het wél gewenste effect.

Een overige kanttekening die ik wil plaatsen met betrekking tot beperkingen en validiteit is dat rekening moet worden gehouden met het gegeven dat de resultaten zijn gebaseerd op uitspraken van “slechts” vijf patiënten. Hoewel het een kwalitatief onderzoek betreft, en deze vijf personen mij zeer waardevolle inzichten hebben gegeven, betwijfel ik of volledige verzadiging van informatie is opgetreden. De benadermethode zoals toegepast bij dit onderzoek (respondent selecteren, brief sturen, nabellen, afspreken) was voor mij alsmede voor het ziekenhuis nieuw, onbekend terrein. Uiteindelijk blijkt deze methode misschien toch wat omstreden en te tijdrovend en moet deze voor toekomstig gebruik, in overleg met het UMCG, nog wat worden aangepast zodat respondenten gemakkelijker kunnen worden verworven.

Ook kan de gekozen methode invloed hebben uitgeoefend op de resultaten en validiteit van het onderzoek. Mijn keuze voor een walk-along interview met een vooraf vastgestelde route, kan allereerst er voor hebben gezorgd dat patiënten “extra” op zijn gaan letten omdat zij voelen dat er van hen bepaalde feedback verwacht werd. Hierdoor zouden respondenten meer geforceerd/bewuster naar de omgeving kunnen zijn gaan kijken, waardoor zij op andere elementen letten dan dat zij normaal gesproken zouden doen. Ten tweede is er gekozen voor het nemen van een omweg door het ziekenhuis om uiteindelijk bij de polikliniek urologie uit te komen. Door deze omweg werden de respondenten aan zoveel mogelijk ruimtelijke kenmerken blootgesteld. Hoogstwaarschijnlijk zouden patiënten zonder mijn aanwezigheid een de snelste route gelopen hebben naar de polikliniek. Tijdens deze korte route zouden zij o.a. niet langs de fontein, palmbomen en winkelstraat komen. De keuze voor een lange route heeft naar mijn inzien de validiteit van het onderzoek positief beïnvloed. Zelfs na blootstelling aan elementen als kunst, natuur en afleiding, kwamen deze toch niet als meest belangrijk naar voren. Wanneer ik de korte route met de respondenten zou hebben bewandeld, kwam ik waarschijnlijk op dezelfde resultaten uit (kleur en ruimte als belangrijkste ruimtelijke elementen), alleen had ik dan niet de invloed van kunst, afleiding, natuur etc. kunnen “uitsluiten”.

5.3 Aanbevelingen

Allereerst zou ik het UMCG aanbevelen om te proberen om het concept van samenwerkende afstudeerders binnen een sector in het ziekenhuis, te behouden. Naast dat het leuk en leerzaam was om met studenten uit andere studierichtingen over hetzelfde vraagstuk te buigen, was het vooral zeer inspirerend om ook in contact te komen met artsen en ziekenhuispersoneel tijdens de interventiebijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst hielden wij als student-onderzoekers presentaties van onze onderzoeksuitkomsten. De discussies die vervolgens ontstonden sloegen een brug tussen de onderzoekers en het personeel. Wij als onderzoekers kregen een duidelijker beeld van de complicaties die optreden tijdens interventies in het ziekenhuis, en het ziekenhuispersoneel kreeg inzicht in wat er wordt bedacht om hun dagelijkse werkomgeving te veraangemen. Deze verbinding is naar mijn mening zeer waardevol. Het gaf mij als onderzoeker ook een extra impuls om het onderzoek voort te zetten, gezien het feit dat een aantal medewerkers zo geïnteresseerd was geraakt dat er werd gevraagd om na voltooiing de resultaten te mailen.

Mochten samenwerkingen met afstudeerders binnen het UMCG met een niet-medische achtergrond worden voortgezet, dan lijkt het mij gezien de resultaten heel interessant om een afstuderende student met een

architectuur-achtergrond te laten kijken naar de ruimtelijke kenmerken binnen de ziekenhuisomgeving. Na dit onderzoek resteert bij mij o.a. de vraag of er werkelijk trends in kleur en materiaalgebruik bestaan en of deze kenmerken dus inderdaad kunnen “verouderen”, en of er gemakkelijke en goedkope interventies voorhanden zijn om dit eventueel te verbeteren. Ik zou het UMCG zeker aanraden om te oriënteren op een nieuw kleurenpalet om hiermee de ruimtelijke omgeving een nieuwe stimulans te geven. Inzicht in kleur- en materiaalgebruik in het ziekenhuis kan wellicht verkregen worden door andere ziekenhuizen te bestuderen. Een mogelijk interessant ziekenhuis om een vergelijking mee te maken bevindt zich ook in Groningen; het Martini Ziekenhuis. In het vernieuwde Martini Ziekenhuis (oplevering 2008), is speciale aandacht besteed aan flexibiliteit, duurzaamheid en healing environment. Om op toekomstige veranderingen te kunnen anticiperen kent het ziekenhuis o.a. verlengbare gangen, demonteerbare muren en een flexibel buizensysteem voor elektriciteit. Hierdoor zijn verpleegafdelingen bijvoorbeeld gemakkelijk om te bouwen in kantoorruimten. Ook is er binnen dit ziekenhuis speciale aandacht besteed aan kleurgebruik. Kunstenaar Peter Struycken heeft voor het ziekenhuis een kleurenpalet ontworpen met 45 kleuren die onderling niet vloeken. Tot zover zijn negentien van deze kleuren gebruikt om voor positieve afleiding te zorgen tijdens een ziekenhuisbezoek. (Wijnja, Wijnja-Koepcke 2009)

Betreffende mijn eigen vakgebied, de culturele geografie, lijkt het mij interessant om een soortgelijk onderzoek uit te (laten) voeren maar dan specifiek met betrekking op de belevingswereld van ouderen of kinderen. Hoe beleeft een kind een ziekenhuisbezoek? Een interessante inspiratiebron zou het EO-televisieprogramma ‘Kids met camera’s’ kunnen zijn. In deze zesdelige serie krijgen 24 kinderen een camera mee tijdens hun aanwezigheid in het ziekenhuis om via film inzicht te krijgen in hun belevingen. Het zou wellicht fascinerend zijn om een wetenschappelijke variant op dit programma uit te voeren. Binnen de master Cultural Geography sluit deze methode, ‘participatory video’, tevens goed aan bij het vak Qualitative Data Collection and Analysis. Ook binnen de vakliteratuur is veel informatie te vinden over deze onderzoeksmethode, o.a. in artikelen van (Kindon 2016, Parr 2007, Garrett 2011, Blazek M., Hranova P. 2012).

Wat ik in mijn ogen met dit onderzoek heb aangetoond, is dat het ziekenhuis altijd in eerste instantie in het teken zal staan van het genezen van patiënten door het verlenen van goede medische hulp. De ruimtelijke omgeving in een ziekenhuis fungeert als het ‘visitekaartje’ van deze medische hulp en levert een belangrijke bijdrage aan de totaalbeleving. Als het UMCG aan dit visitekaartje blijft werken, wat ik zeker adviseer, ben ik ervan overtuigd dat veel patiënten voor het UMCG (blijven) kiezen.

Literatuur

- ANDRADE, C.C. and DEVLIN, A.S., 2015. Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, **41**, pp. 125-134.
- ARMSTRONG, D., 1979. The emancipation of biographical medicine. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, **13**, pp. 1-8.
- BAARDA, B., 2014. *Dit is onderzoek! : handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Tweede druk. edn. Groningen : Noordhoff Uitgevers,.
- BELL, C., 1969. A Note on Participant Observation. *Sociology*, **3**(3), pp. 417-418.
- BLAZEK M. and HRANOVA P., 2012. Emerging relationships and diverse motivations and benefits in participatory video with young people. *Children's Geographies*, **10**(2), pp. 151-168.
- BRYMAN, A., 2008. Social research methods. 3rd ed. edn. Oxford ;; Oxford University Press, pp. 465-xiv 592 pages : illustrations ; 25 cm.
- BULGER, R.E., BULGER, R., HEITMAN, E. and REISER, S., 2002. Research with human beings. *The Ethical Dimensions of the Biological and Health Sciences*, , pp. 117-125.
- CELE, S., 2006. Communicating place: Methods for understanding children's experience of place.
- CONTRERAS, R., 2011. Examining the Context in Qualitative Analysis: The Role of the Co-Occurrence Tool in ATLAS.ti.
- CROMMENTUIJN, L. and VLONK, A., 2010. *De omgeving van infrastructuur : beleving en waardering van de omgeving van de A12 en het spoortracé Den Haag-Arnhem*. Den Haag [etc.] : Planbureau voor de Leefomgeving,.
- DIKKE VAN DALE, 2016-last update, Patiënt. Available: <http://www.vandale.nl/zoeken/zoeken.do> [10/05, 2016].
- ESCOBEDO, C., GUERRERO, J., LUJAN, G., RAMIREZ, A. and SERRANO, D., 2007. Ethical issues with informed consent. *Elizabeth Zubiate*, **8**, pp. 1-44.
- GARRETT, B., 2011. Videographic geographies: Using digital video for geographic research. *Progress in Human Geography*, **35**(4), pp. 521-541.
- GIER, E.D., 2015. De patient journey bestaat niet.
- GOLD, R.L., 1958. Roles in Sociological Field Observations. *Social Forces*, **36**(3), pp. 217-223.
- HAMILTON, D.K., 2009. Is Evidence-Based Design a Field? *Health Environments Research & Design Journal (HERD) (Vendome Group LLC)*, **3**(1), pp. 97-101.
- HANSEN, B.L., 2007. Is meten weten? *Bouwen aan de architectuur van de zorg*. Utrecht: College Bouw Zorginstellingen, pp. 142.
- HENNINK, M., HUTTER, I. and BAILEY, A., 2011. *Qualitative research methods*. London etc.: Sage.
- HIDAYETOGLU, M.L., YILDIRIM, K. and AKALIN, A., 2012. The effects of color and light on indoor wayfinding and the evaluation of the perceived environment. *Journal of Environmental Psychology*, **32**(1), pp. 50-58.
- HUIJSMAN, R., 2007. Rijkere perspectieven op uw zorggebouw. *Het pand als bedrijfsinstrument in het serviceconcept van de maatschappelijk zorgondernemer*. , pp. 118.

- HUISMAN, E.R.C.M., MORALES, E., VAN HOOFF, J. and KORT, H.S.M., 2012. Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, **58**, pp. 70-80.
- KERSTENS, J.A.M., 2015. Zorgpaden. *Bijzijn XL : eXtra Learning*, **8**(8), pp. 12-18.
- KIECOLT-GLASER, J., PAGE, G.G., MARUCHA, P.T., MACCALLUM, R.C. and GLASER, R., 1998. Psychological influences on surgical recovery: Perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, **53**(11), pp. 1209-1218.
- KINDON, S., 2016. Participatory video as a feminist practice of looking: 'take two!'. *Area*, **48**(4), pp. 496-503.
- MALKIN, J., 2004. Healing Environments as the Century Mark: the Quest for Optimal Patient Experiences. In: C. WAGENAAR, ed, *The Architecture of Hospitals*. 2005 edn. Rotterdam: NAI publishers, pp. 257.
- MALKIN, J., 2008. *A visual reference for evidence-based design*. Concord, CA: Center for Health Design.
- MARTIN, C., 2014. What is stress? *Current Biology*, **24**(10), pp. R403-R405.
- MAYRING, P., 2000. Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, **1**(2),.
- MEAD, N. and BOWER, P., 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, **51**(7), pp. 1087-1110.
- MENS, N. and BRINKMAN, E., 2012. *Stad in stad: de architectuur en bouwgeschiedenis van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)*. Groningen; Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen UMCG; Stichting Thomassen à Thuessink.
- OLDE HARTMAN, T. and LUCASSEN, P., 2015. Kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, **58**(1), pp. 19.
- PARR, H., 2007. Collaborative film-making as process, method and text in mental health research. *cultural geographies*, **14**(1), pp. 114-138.
- QUARTIER, K., VANRIE, J. and VAN CLEEMPOEL, K., 2014. As real as it gets: What role does lighting have on consumer's perception of atmosphere, emotions and behaviour? *Journal of Environmental Psychology*, **39**, pp. 32-39.
- ROBINSON, C., VERRALL, C., HOUGHTON, L. and ZEITZ, K., 2015. Understanding the patient journey to the Emergency Department – A South Australian study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, **18**(2), pp. 75-82.
- SCHAAP, P.M., 2007. Slagroom op de suikertaart. De (gesloten) wereld van de zorgarchitectuur. *AU! Bouwen aan de architectuur van de zorg*. Groningen: College bouw zorginstellingen, pp. 10.
- SIRRI, L., RICCI GAROTTI, M.G., GRANDI, S. and TOSSANI, E., 2015. Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of psychosomatic research*, **79**(4), pp. 259-264.
- STAKE, R.E., 1995. *The art of case study research*. Sage.
- TANTANATEWIN, W. and INKAROJRIT, V., 2016. Effects of color and lighting on retail impression and identity. *Journal of Environmental Psychology*, **46**, pp. 197-205.
- UMCG, 2016-last update, Over het UMCG. Available: <http://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Paginas/default.aspx> [10/15, 2016].
- VAN DIJK, J., 2016-last update, Wat is beleving?. Available: <http://www.omgevingspsycholoog.nl/wat-is-beleving/> [09-26, 2016].

VAN HOVEN, B. and MEIJERING, L., 2011. On the Ground. *A Companion to Social Geography*. Wiley-Blackwell, pp. 161-180.

VAN LIMPT, C., 2016, 22 januari 2016. Heilzaam groen in de ziekenboeg. *Trouw*.

VLIEGER, E., VAN DER MEIDEN, W., MAANDERS, M. and KALMA, L., 2013. Zorgpaden zoals zorgpaden bedoeld zijn Waarom de gewenste effecten van zorgpaden nog vaak uitblijven

.

VREUGT, F.D., 2015. *De ervaring van de patiënt met het UMCG*, Rijksuniversiteit Groningen.

WAGENAAR, C., 2005. *Architecture of hospitals: introduction*. Rotterdam : NAI publishers,.

WESTER, J., 2016, 2 januari 2016. Het ziekenhuis komt naar de patiënt. *NRC*.

WIJNJA, J. and WIJNJA-KOEPCKE, K., 2009. Flexible and Healthy: Martini Health Design: A hospital with a Warm, Human Feel. *EuroFM publication*, (10), pp. 1-2.

Universitair Medisch Centrum Groningen

Hanzeplein 1
Postbus 30.001
9700 RB Groningen

Urologie

Voorzitter: Annemieke Weijling

Telefoon (050)

Fax (050)

E-mail

Aan:

Datum:

Betreft: **Hoe beleeft u uw bezoek in het ziekenhuis?**

Geachte heer/mevrouw,

Binnenkort heeft u een eerste afspraak op de polikliniek van afdeling Urologie in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Met deze brief wil ik u graag informeren over een onderzoek dat plaats vindt vanuit Rijksuniversiteit Groningen op de afdeling Urologie. Het onderzoek heeft betrekking op de beleving van de gebouwde omgeving door patiënten die voor het eerst het UMCG bezoeken. Omdat u binnenkort het UMCG voor het eerst bezoekt als patiënt, bent u door het UMCG geselecteerd als kandidaat. Graag wil ik u uitnodigen een bijdrage te leveren.

Doel van het onderzoek

Een bezoek aan het ziekenhuis kan een stressvolle ervaring zijn; zeker wanneer u naar een ziekenhuis gaat waar u nog niet eerder bent geweest. De mate van stress kan worden beïnvloed door de inrichting en vormgeving van de ruimte. Het doel van dit onderzoek is achterhalen welke invloed de gebouwde omgeving heeft op beleving van patiënten wanneer zij voor het eerst het UMCG bezoeken. Met de verkregen informatie uit dit onderzoek kunnen aanbevelingen worden gegeven om de vormgeving van het ziekenhuis te verbeteren, zodat elke patiënt zich op zijn of haar gemak kan voelen tijdens een bezoek.

Waarom meedoen?

Het UMCG is benieuwd naar de meningen en ervaringen van patiënten. Door uw beleving te delen kan het UMCG inzicht krijgen in wat er werkelijk in de patiënten omgaat tijdens een eerste bezoek en of de ruimte hierop invloed heeft. Door het geven van uw mening kan de ziekenhuisomgeving in de toekomst wellicht verder worden verbeterd.

Wat u kunt verwachten

Wanneer u aankomt bij het ziekenhuis gaat u vanzelfsprekend op weg naar de polikliniek Urologie waar u uw afspraak heeft. Graag loop ik vanaf uw aankomstpunt samen met u mee richting uw afspraak. Onderweg kunt u uw beleving van het ziekenhuis met mij delen. Na aankomst bij de polikliniek neem ik nog even met u plaats op een bankje vlakbij de wachtkamer. Tijdens het wachten op uw afspraak zal ik u nog enkele vragen stellen en praat ik graag nog even na over de ziekenhuisomgeving en de wandeling naar de polikliniek. De duur van dit gesprek zal zijn tot de arts u roept voor uw afspraak, of wanneer u aangeeft alle informatie te hebben gedeeld. De wandeling en het gesprek zullen alleen betrekking hebben op de architectuur van het gebouw en

uw beleving van de ruimte. Het onderzoek gaat niet over de reden van uw afspraak of uw gezondheid: hier worden geen vragen over gesteld.

Tijdens het interview zal een geluidsopname gemaakt worden zodat later de gesproken tekst uitgetypt kan worden om te kunnen gebruiken voor het onderzoek. Deze geluidsopname wordt na het onderzoek vernietigd. Namen en persoonlijke gegevens zullen niet gebruikt worden in het onderzoek. Uw privacy wordt gerespecteerd.

Hoe kunt u aangeven of u wel of niet mee wilt doen?

Ongeveer een week voor uw afspraak zal ik u telefonisch benaderen om te vragen of u wilt meewerken of niet. Dan zal ik nog extra toelichting geven en kunt u eventueel nog vragen stellen. Wanneer u besluit deel te nemen, maken we een afspraak hoe en waar we elkaar ontmoeten aan het begin van uw bezoek. Als u kiest om niet mee te doen hoeft u geen reden op te geven. Uw keuze heeft geen enkele invloed op uw eventuele verdere behandeling/begeleiding. Als u toestemming geeft, kunt u zich op elk gewenst moment bedenken en besluiten de deelname te stoppen. Het deelnemen aan dit onderzoek is volledig vrijwillig.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Bij het gebruiken van de onderzoeksgegevens wordt de Wet Bescherming Persoonsgegevens nageleefd. De gegevens die verzameld worden zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem worden verwerkt.

Wilt u nog iets weten?

Met deze brief hoop ik u voldoende geïnformeerd te hebben over het onderzoek. Uw medewerking wordt bijzonder op prijs gesteld.

Mocht u nog vragen hebben, kunt u deze altijd stellen. Hiervoor kunt u contact opnemen met Estelle Evers, onderzoeker van dit project. Dit kan doordeweeks telefonisch tussen 12.00 uur en 17.00 uur (06xxxxxxx) of per e-mail (e.evers@umcg.nl).

Met vriendelijke groet,

Estelle Evers
Masterstudente Culturele Geografie

Bijlage 2 Brief aan medewerkers polikliniek Urologie

Aan de medewerkers van polikliniek afdeling Urologie

Betreft: Onderzoek op de polikliniek

Graag wil ik u middels deze brief op de hoogte stellen van een onderzoek dat zal plaatsvinden op de polikliniek Urologie. Het onderzoek dient ter ondersteuning van het schrijven van mijn masterscriptie voor de master Culturele Geografie aan Rijksuniversiteit Groningen. In deze brief zal ik mijn onderzoek en bezigheden kort toelichten.

Waarom dit onderzoek?

Binnen de Culturele Geografie ligt de nadruk op het bestuderen van de relatie en wisselwerking tussen mensen en hun omgeving. Vragen als ‘waarom en wanneer voelen we ons ergens thuis?’ en ‘wat bindt ons met bepaalde plaatsen?’ worden o.a. bestudeerd binnen deze master.

Voor mijn scriptie wil ik graag onderzoeken welke invloed de gebouwde ziekenhuisomgeving heeft op patiënten die voor het eerst het UMCG bezoeken. Een bezoek aan een ziekenhuis is voor veel mensen erg spannend, zeker wanneer je nog nooit in het (desbetreffende) ziekenhuis bent geweest en alle indrukken nieuw zijn. Door bestudering van literatuur heb ik ontdekt dat met toepassing van bepaalde architectuur en inrichting stress kan worden weggenomen bij patiënten. Wanneer de architectuur werkelijk bijdraagt aan het welzijn en het genezingsproces van de patiënt wordt de omgeving ook wel getypeerd als een ‘Healing Environment’ (“helende omgeving”).

Het UMCG is naar de visie van ‘Healing Environments’ gebouwd in de jaren ‘80 en ‘90, echter is nooit gepeild bij patiënten of zij de ziekenhuisomgeving ook werkelijk als stress verlagend en prettig ervaren. Mijn onderzoek heeft als doel om hier meer inzicht in te krijgen. Ik hoop antwoord te krijgen op vragen als:

Wat gaat er in de patiënten om wanneer zij door de deuren van het UMCG stappen? Welke elementen in de ruimte vallen als eerste op? Welke sfeer wordt bemerkt in het ziekenhuis?

Praktische zaken m.b.t. het onderzoek

Mijn onderzoek houdt praktisch in dat ik met patiënten meeloop vanaf hun punt van aankomst naar de afspraak die zij hebben in de polikliniek Urologie. In de wachtkamer zal ik nog even met de patiënt zitten om vragen te stellen over de wandeling en de omgeving. Ik zal geen vragen stellen aan u als medewerker of overige werkprocessen bemoeilijken. Wanneer de patiënt wordt geroepen voor de afspraak, stopt mijn gesprek en onderzoek en ga ik weer weg.

Ik heb de polikliniek Urologie geselecteerd omdat deze een zeer uitgesproken vormgeving heeft en omdat de polikliniek Urologie onder Sector C valt. Zoals u weet zal sector C in de nabije toekomst verbouwd worden en mede om deze reden zijn dit jaar studenten uit verschillende studierichtingen bij elkaar gekomen om aandachtspunten en aanbevelingen mee te geven voor de toekomst.

Het onderzoek zal plaatsvinden in de zomermaanden juli-augustus, en bij deze wil ik u graag op de hoogte stellen van mijn aanwezigheid tijdens deze periode. Mocht u vragen hebben over mijn aanwezigheid, werkwijze of over de inhoud van mijn onderzoek, dan hoor ik dit graag. Voor contact kunt mailen naar e.evers@umcg.nl. Voor overige vragen kunt u terecht bij de voorzitter afdeling Urologie Annemieke Weijling, a.weijling@umcg.nl.

Bedankt voor uw gastvrijheid op de Polikliniek Urologie,

Met vriendelijke groet,
Estelle Evers
Masterstudente Culturele Geografie

Bijlage 3 Interviewgids

Notitie aan mijzelf:

Bij ontvangst worden geen gerichte vragen gesteld. Houd geen vragenlijst bij de hand. De ontmoeting moet zich kunnen ontpoppen in een natuurlijk en ontspannen gesprek waardoor de respondent zo min mogelijk wordt gestoord in zijn of haar "natuurlijke" gedragingen, zoals zij dat ook zouden vertonen wanneer er geen onderzoeker bij het bezoek was geweest. Daarnaast is het ook niet nodig om helemaal stil te zijn en nergens op te reageren.

Omdat het wel belangrijk is om te achterhalen of de patiënt stress ervaart, zal ik wel vragen over de voorbereiding en beleving thuis voorafgaand aan het bezoek. (Hoe) Heeft de patiënt thuis het ziekenhuis voorbereidt? Deze vragen dienen ook als een fijne ijsbreker.

Hoofdvraag:

Op welke wijze is de ruimtelijke omgeving van invloed op de beleving van de patiënt tijdens het eerste bezoek aan het UMCG?

Vragen m.b.t. stress

- Kon u makkelijk de weg vinden tot zover?
- Heeft u thuis iets opgezocht m.b.t. de route hier naar toe of de route in het ziekenhuis?
- Vind u het stressvol om vandaag voor de eerste keer naar het UMCG te gaan?
- Weet u waar u moet zijn in het ziekenhuis?

Vragen:

1. Hoe zou u het ziekenhuis omschrijven?

- Doorvragen: Hier kunnen hele verschillende aspecten van het ziekenhuis worden beschreven. Wanneer het bij een korte reactie blijft, doorvragen waarom de patiënt nu juist dit aspect beschrijft.
- Doel/idee: Hoe de patiënten het ziekenhuis omschrijven en welke aspecten ze daarin benadrukken zegt iets over hoe zij het ziekenhuis beleven (wat wordt wel en niet benadrukt).

2. Wat is uw gevoel nu u hier voor het eerst binnenkomt?

- Doorvragen: Wanneer de patiënt dit gevoel heeft omschreven, doorvragen naar wat hem of haar dit gevoel heeft gegeven.
- Doel/idee: Achterhalen wat wel/niet bijdraagt aan de sfeer/beleving. Misschien noemt de patiënt aspecten die met de gebouwde omgeving te maken hebben. Misschien komt een gevoel van (on)behagen door heel andere elementen, bijvoorbeeld door een vriendelijk onthaal.

3. Wat valt u het meeste op aan de ruimte waar we zojuist doorheen zijn gelopen?

- Doorvragen: Niet doorvragen.
- Doel/idee: Elementen die prominent in de ruimte aanwezig zijn, trekken de meeste aandacht en hebben hoogstwaarschijnlijk het meeste invloed op de beleving van de patiënt. Het is interessant om te achterhalen welke elementen het meeste opvallen aan de ruimte. Doorvragen is niet nodig, want als de patiënt bepaalde elementen niet noemt, is deze dus voor hem of haar niet treffend genoeg. De patiënt zal zelf aangeven wanneer deze vraag verzadiging heeft bereikt.

4. Welke verwachting had u van uw eerste bezoek aan het ziekenhuis?

- Doorvragen: Voldoet het ziekenhuis aan uw verwachtingen?
- Doel/idee: Inzicht in waar aan de patiënt behoefte heeft, en wellicht in hoeverre de patiënt stress of spanning ervaart en of de omgeving de patiënt gerust stelt.

6. Wat zijn voor u positieve kanten van uw aankomst in het ziekenhuis?

- Doorvragen: Hoe komt het dat u deze aspecten zo positief ervaart?
- Doel/idee: Wat maakt het ziekenhuis tot een positieve plek voor de patiënten ondanks dat het een plaats is waar men komt omdat er iets mis is met de gezondheid.

7. Wat zijn voor u negatieve kanten van uw aankomst in het ziekenhuis?

- Doorvragen: Hoe komt het dat u deze aspecten zo negatief ervaart?
- Doel/idee: Wat maakt de aankomst in het ziekenhuis tot een negatieve ervaring?

8. Zou het ziekenhuis iets kunnen verbeteren om u meer op uw gemak te stellen?

- Doorvragen: Bij Ja: welke verbeterpunten kunt u bedenken?

Bij nee: Komt dat omdat u zich al volledig op uw gemak voelt? Of omdat de ruimte bij uw mate van op het gemak voelen geen rol speelt?

- Doel/idee: Er achter komen welke ruimtelijke aspecten (die eventueel voor extra comfort hadden kunnen zorgen) door de patiënt worden gemist. En er achter komen of de ruimte voor de patiënt een rol speelt bij stressvermindering.

9. Kunt u de aankomst in het ziekenhuis in vier woorden omschrijven?

- Doel/idee: bondige, samenvattende terugkoppeling op voorgaande vragen

Zelf aankruisen:

Element	Stressors	Genoemd zonder prompting?
Geluid	Lawaai	
Licht	Fel, flikkerend licht	
Lucht	Slechte luchtkwaliteit	
Privacy	Niet in controle kunnen zijn. Geen eigen keuzes kunnen maken	
Support	Geen ruimte voor familie. Geen ruimte voor privacy met familie.	
Afleiding	Afwezigheid van kunst, waterelementen, muziek, natuur elementen, WiFi	
Bovenzinnelijkheden	Geen gevoel van hoop, reflectie, verbondenheid, ontspanning, educatie, humor.	

Code Families

HU: Masterscriptie
File: [X:\My Documents\Scriptie\Masterscriptie.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2016-11-07 19:38:29

Code Family: Beleving

Created: 2016-10-26 15:20:00 (Super)

Comment:

Code family van codes die met de belevingen van de patiënt te maken heeft

Codes (3): [B_Eerste Indruk] [B_Stress] [B_Verwachting]

Quotation(s): 20

Code Family: Patiënt

Created: 2016-10-26 15:19:42 (Super)

Comment:

Code family van codes die over de patiënt als persoon gaan

Codes (6): [P_Biografische dimensie] [P_Biologische dimensie] [P_Klinische dimensie] [P_Nuance] [P_Psychologische dimensie] [P_Sociale dimensie]

Quotation(s): 49

Code Family: Ruimtelijke Omgeving

Created: 2016-10-26 17:11:52 (Super)

Comment:

Code family van codes die te maken hebben met de ruimtelijke omgeving

Codes (29): [RO_afleiding] [RO_bewegwijzering] [RO_geluid] [RO_geluid_probe] [RO_geur] [RO_geur_probe] [RO_huiselijkheid] [RO_kinderen] [RO_kleur] [RO_kunst] [RO_kunst_probe] [RO_licht] [RO_licht_probe] [RO_lucht] [RO_materiaalgebruik] [RO_moderniteit] [RO_natuur] [RO_netheid] [RO_privacy] [RO_privacy_probe] [RO_ruimtelijkheid] [RO_rust] [RO_sfeer] [RO_stedelijkheid] [RO_support] [RO_support_probe] [RO_verbeterpunten] [RO_vergelijking_ziekenhuis] [RO_voorzieningen]

Quotation(s): 124

Code Family: Supporting_Design

Created: 2016-10-26 18:43:54 (Super)

Comment:

Code family van codes die te maken hebben met componenten van de theory of supporting design.

Codes (3): [RO_afleiding] [RO_privacy_probe] [RO_support]

Quotation(s): 24

All current codes

HU: Masterscriptie
File: [X:\My Documents\Scriptie\Masterscriptie.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2016-11-07 17:31:53

B_Eerste Indruk

Created: 2016-10-26 17:10:35 by Super
Modified: 2016-11-01 21:45:05

Families (1): Beleving
Quotations: 9
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de eerste indruk na het binnenstappen van het UMCG

B_Stress

Created: 2016-10-26 14:57:26 by Super
Modified: 2016-11-01 21:44:10

Families (1): Beleving
Quotations: 7
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over het beleven van stress

B_Verwachting

Created: 2016-10-26 18:25:27 by Super
Modified: 2016-11-01 21:44:43

Families (1): Beleving
Quotations: 5
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de van te voren verwachte ziekenhuiservaring

P_Biografische dimensie

Created: 2016-10-26 15:18:57 by Super
Modified: 2016-11-01 21:13:54

Families (1): Patiënt
Quotations: 12
Comment:

Biografische kenmerken van de patiënt: geschiedenis, herinneringen, culturele achtergrond

P_Biologische dimensie

Created: 2016-10-26 15:18:57 by Super
Modified: 2016-11-01 21:48:51

Families (1): Patiënt
Quotations: 4
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer in de tekst iets naar voren komt over de biologische kenmerken van de patiënt: de ziekte die iemand heeft, de leeftijd, andere gegevens over het lichaam.

P_Klinische dimensie

Created: 2016-11-02 01:49:11 by Super
Modified: 2016-11-02 02:07:58

Families (1): Patiënt
Quotations: 13
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer in de tekst iets naar voren komt over de klinische dimensie (behandelingen) in het ziekenhuis.

P_Nuance

Created: 2016-10-26 18:36:07 by Super
Modified: 2016-11-01 21:49:49

Families (1): Patiënt
Quotations: 22
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets wat hij of zij zegt of vind (later) nuanceert.

P_Psychologische dimensie

Created: 2016-10-26 15:18:57 by Super
Modified: 2016-11-01 21:47:43

Families (1): Patiënt
Quotations: 3
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer in de tekst iets naar voren komt over psychologische kenmerken van de patiënt: gevoelens, geestelijke gesteldheid, gedrag.

P_Sociale dimensie

Created: 2016-10-26 15:18:57 by Super
Modified: 2016-11-01 21:46:31

Families (1): Patiënt
Quotations: 1
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer in de tekst iets naar voren komt wat iets zegt over de sociale dimensie van de patiënt: contact met anderen (meegebrachte familieleden maar ook ziekenhuispersoneel), het krijgen steun, het krijgen van begrip.

RO_afleiding

Created: 2016-10-26 18:42:30 by Super
Modified: 2016-11-01 21:58:39

Families (2): Ruimtelijke Omgeving, Supporting_Design
Quotations: 8
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over afleiding binnen de ziekenhuisomgeving

RO_bewegwijzering

Created: 2016-10-27 16:19:45 by Super
Modified: 2016-11-01 22:20:12

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 15

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over bewegwijzering binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_geluid

Created: 2016-10-27 16:24:35 by Super
Modified: 2016-11-01 21:55:15

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 2

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over het geluidsniveau of geluiden binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_geluid_probe

Created: 2016-10-27 16:11:27 by Super
Modified: 2016-11-01 21:57:35

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 5

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over het geluidsniveau of geluiden binnen de ziekenhuisomgeving nadat ik hier naar heb gevraagd.

RO_geur

Created: 2016-10-26 18:21:06 by Super
Modified: 2016-11-01 21:54:45

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 1

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de geur binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_geur_probe

Created: 2016-10-27 17:08:50 by Super
Modified: 2016-11-01 21:55:35

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 2

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de geur binnen de ziekenhuisomgeving nadat ik hier naar heb gevraagd.

RO_huiselijkheid

Created: 2016-10-26 18:21:06 by Super
Modified: 2016-11-01 21:54:06

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 3

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over huiselijkheid binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_kindvriendelijkheid

Created: 2016-10-27 16:18:23 by Super
Modified: 2016-11-01 21:57:56

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 6

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over kindvriendelijkheid binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_kleur

Created: 2016-10-26 18:37:41 by Super
Modified: 2016-11-01 22:21:34

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 17

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de toepassing van kleur binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_kunst

Created: 2016-10-27 16:16:06 by Super
Modified: 2016-11-01 21:58:23

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 6

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de toepassing van kunst binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_kunst_probe

Created: 2016-10-27 16:07:49 by Super
Modified: 2016-11-01 21:54:28

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 2

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de toepassing van kunst binnen de ziekenhuisomgeving nadat ik hier naar heb gevraagd.

RO_licht

Created: 2016-10-26 18:33:56 by Super
Modified: 2016-11-01 21:55:01

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 1

Comment:
Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over het licht binnen de ziekenhuisomgeving. Dit kan om zowel kunstmatig als natuurlijk licht gaan.

RO_licht_probe

Created: 2016-11-01 20:44:29 by Super
Modified: 2016-11-01 23:31:11

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 2
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over het licht binnen de ziekenhuisomgeving nadat ik er naar heb gevraagd. Dit kan om zowel kunstmatig als natuurlijk licht gaan.

RO_lucht

Created: 2016-10-27 18:35:13 by Super
Modified: 2016-11-01 23:32:08

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 3
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de lucht (lucht in de zin van wind/luchtstroming, niet geur) binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_materiaalgebruik

Created: 2016-11-01 20:35:14 by Super
Modified: 2016-11-01 23:32:27

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 3
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over het gebruik van bepaalde materiaalsoorten binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_moderniteit

Created: 2016-11-01 20:47:15 by Super
Modified: 2016-11-01 23:32:50

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 10
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de moderniteit/ouderdom van de ziekenhuisomgeving.

RO_natuur

Created: 2016-10-27 16:21:43 by Super
Modified: 2016-11-01 21:53:56

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 4
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over natuurlijke elementen binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_netheid

Created: 2016-10-26 18:23:53 by Super
Modified: 2016-11-01 21:57:00

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 5
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de netheid binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_privacy

Created: 2016-10-27 17:13:09 by Super
Modified: 2016-11-01 21:58:11

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 6
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over privacy binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_privacy_probe

Created: 2016-10-26 18:40:33 by Super
Modified: 2016-11-01 21:56:50

Families (2): Ruimtelijke Omgeving, Supporting_Design
Quotations: 5
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over privacy binnen de ziekenhuisomgeving nadat ik hier naar heb gevraagd.

RO_ruimtelijkheid

Created: 2016-10-26 18:24:52 by Super
Modified: 2016-11-01 22:22:17

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 20
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de ruimtelijkheid van de ziekenhuisomgeving.

RO_rust

Created: 2016-10-27 16:20:37 by Super
Modified: 2016-11-01 22:19:42

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 12
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over rust binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_sfeer

Created: 2016-10-27 17:06:17 by Super
Modified: 2016-11-01 21:56:04

Families (1): Ruimtelijke Omgeving
Quotations: 4
Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over de sfeer binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_stedelijkheid

Created: 2016-10-27 17:06:43 by Super
Modified: 2016-11-01 21:54:17

Families (1): Ruimtelijke Omgeving

Quotations: 4

Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over stedelijkheid binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_support

Created: 2016-10-26 18:41:59 by Super
Modified: 2016-11-02 02:04:35

Families (2): Ruimtelijke Omgeving, Supporting_Design

Quotations: 11

Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over (sociale) support (bv. het meebrengen van familieleden).

RO_support_probe

Created: 2016-10-27 16:13:45 by Super
Modified: 2016-11-01 21:52:42

Families (1): Ruimtelijke Omgeving

Quotations: 2

Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over (sociale) support (bv. het meebrengen van familieleden) nadat ik hier naar heb gevraagd.

RO_verbeterpunten

Created: 2016-10-26 18:33:15 by Super
Modified: 2016-11-01 22:21:56

Families (1): Ruimtelijke Omgeving

Quotations: 19

Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over mogelijke verbeterpunten binnen de ziekenhuisomgeving.

RO_vergelijking_ziekenhuis

Created: 2016-10-27 16:36:38 by Super
Modified: 2016-11-01 22:20:44

Families (1): Ruimtelijke Omgeving

Quotations: 17

Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand het bezoek aan het UMCG vergelijkt met een bezoek aan een ander ziekenhuis.

RO_voorzieningen

Created: 2016-10-27 16:16:57 by Super
Modified: 2016-11-01 22:00:03

Families (1): Ruimtelijke Omgeving

Quotations: 11

Comment:

Code die wordt gebruikt wanneer iemand iets noemt over voorzieningen binnen de ziekenhuisomgeving.
