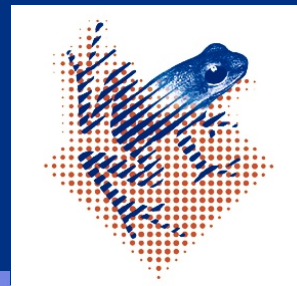


“Privacy is gewoon prettig”

Privacybeleving van patiënten binnen sector C*

Marit van Wijncoop

Sector C, UMCG
Hanzehogeschool, Toegepaste Psychologie



**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences

Groningen, juni, 2016

Studentenbureau UMCG

**Universitair Medisch Centrum
Groningen**

* Sector C beslaat de poli's Beatrix kinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie en Urologie.



“Privacy is gewoon prettig”

Privacybeleving van patiënten binnen sector C*

Groningen, 3 juni 2016

Auteur

Marit van Wijncoop

Studentnummer

301361

Onderzoeksrapport in kader van

Project poli-indeling, sector C (UMCG)
Hanzehogeschool Groningen:
Toegepaste Psychologie

Opdrachtgever/begeleider UMCG

mw. A. Weijling
Sector C, urologie
UMCG

Begeleider vanuit onderwijsinstelling

mw. M. Wolthuis
Toegepaste Psychologie
Hanzehogeschool Groningen

Begeleider vanuit NoorderRuimte

mw. R. Pals
Kenniscentrum NoorderRuimte
Hanzehogeschool Groningen

Omslagfoto: UMCG, 2016.

* Sector C beslaat de poli's Beatrix kinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie en Urologie.

Samenvatting

Binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) zijn de operatiekamers (Ok's) verouderd en eigenlijk te krap voor complexe operaties waar veel apparatuur en-/personeel aanwezig moet zijn (Hoogstra, 2015). Vanwege dit probleem is er gekozen voor een verbouwing en herindeling van delen van het UMCG. Bij de verschillende poli's vindt een herinrichting plaats, zodat er op de oude locaties van enkele poli's ruimte wordt gemaakt voor nieuwe Ok's. De poli's worden onderverdeeld in zeven verschillende clusters. Moeder & Kind en Urologie & Gynaecologie zijn twee van deze clusters. Hier vallen de huidige poli's van het Beatrixkinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie en Urologie onder. Deze poli's willen de toekomstige poli's zoveel mogelijk richten op de wensen en behoeften van de patiënten. Een vraag waarop medewerkers graag het antwoord willen weten is hoe patiënten denken over gehorigheid bij de balie, krijgen andere mensen jouw gesprek mee en hoe vindt een patiënt dit? In de huidige situatie vullen medewerkers voor patiënten in dat zij dit niet prettig vinden. Naast deze vraag over de privacy van de patiënt, spelen er nog meer vragen binnen het UMCG met betrekking tot de onderwerpen inrichting, informatie voorziening en healing environment. Deze vier onderwerpen vormen samen één groot onderzoek over de gastvrijheid van de verschillende poli's.

Door Sundstrom, Burt en Kamp (1980) wordt er onderscheid gemaakt in twee soorten privacy, psychologische en architectonische privacy. Psychologische privacy omvat het gevoel van controle over de informatie uitwisseling vanuit jezelf naar anderen en controle over de input van anderen.

Architectonische privacy wordt gedefinieerd als de visuele en auditieve isolatie die wordt gecreëerd door een omgeving. Dit onderscheid van privacy is terug te vinden in de hoofdvraag van dit onderzoek *'Hoe kunnen de psychologische en architectonische privacy van de wachtkamer geoptimaliseerd worden naar de ervaringen van patiënten binnen het Beatrixkinderziekenhuis, Urologie en Obstetrie & Gynaecologie?'* Om deze vraag te beantwoorden zijn er drie deelvragen ontwikkeld: 1. *Hoe ervaren patiënten de verspreiding van persoonlijke informatie?* 2. *Hoe ervaren patiënten het ontvangen van andermans informatie?* 3. *Hoe ervaren de patiënten de indeling van de wachtkamer met betrekking tot privacy?*

Om bovenstaande vragen te beantwoorden zijn 10 interviews gehouden met patiënten van de drie verschillende poli's. Daarnaast is er een workshop gehouden met 8 patiënten van verschillende ziekenhuizen. De workshop bestond uit drie verschillende rondes. In de eerste ronde hebben de deelnemers elkaar geïnterviewd. In ronde twee hebben de deelnemers in duo's mindmaps gemaakt over de vier onderzoeksonderwerpen. In de laatste ronde hebben de deelnemers een mindmap gemaakt over hun ideale wachtkamer. De data uit de interviews en workshop zijn gecodeerd en vervolgens gegroepeerd op de verschillende codes.

De resultaten zijn gegroepeerd op psychologische en architectonische privacy. Met betrekking tot psychologische privacy gaven respondenten aan liever niet de gesprekken van andere patiënten te horen. Respondenten gaven aan dit 'uit' te zetten en er hierdoor niet naar te luisteren. Andere respondenten gaven juist aan soms informatie te horen die zij liever niet hadden gehoord. Verder gaven respondenten aan dat zij een stille wachtkamer niet prettig vinden, doordat iedereen hierdoor jouw gesprek meekrijgt. Respondenten geven aan het niet erg te vinden als zij bij naam opgeroepen worden. Met betrekking tot architectonische privacy gaven respondenten aan een open wachtruimte prettig te vinden. Hierbij is aangegeven dat het fijn is als er mogelijkheid tot afzondering is. Verder gaven respondenten aan niet te dichtbij, of tegenover andere patiënten te willen zitten. Over geluid gaven respondenten aan dat prettig is wanneer er rumoer is in de wachtruimte. Tot slot wordt er over de balie door meerdere respondenten genoemd dat het prettig is als deze in het zicht van de wachtkamer is.

Uit deze resultaten is geconcludeerd dat met betrekking tot psychologische privacy patiënten zo min mogelijk van elkaars gesprekken mee willen krijgen. Andersom geldt ook dat patiënten het fijn vinden wanneer anderen zo min mogelijk van hun gesprekken of informatie meekrijgen. Met betrekking tot architectonische privacy willen patiënten één overzichtelijke wachtkamer met verschillende soorten zitplekken, van open tot afgezonderde zitplekken. Hierbij is het ook belangrijk dat wanneer je een spreekkamer uit loopt je afzondering kan opzoeken en niet direct de wachtkamer inloopt.

Summary

Within the Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) the operation rooms (OR's) are outdated and too small for complex operations, where there needs to be a lot of equipment and staff (Hoogstra, 2015). As a solution to this problem there is chosen to rebuild and re-divide parts of the hospital. All of the hospital's polyclinics will be part of the re-division, to make room for the new OR's on the ground floor. The polyclinics will be divided in seven different clusters. Mother & Child and Urology & Gynecology will be two of these clusters and hold the current polyclinics of the Beatrix Children's Hospital, Obstetric & Gynecology and Urology. Nowadays these polyclinics make assumptions about the needs and wishes of patients. In the future these polyclinics will focus on the patient's needs and wishes as much as they can. The staff would like to know how patients think about noises at the counter and how they feel about a third party walking into the consulting room. From these questions the research subject 'privacy' came forward. This subject is part of a wider research. Within this wider research there will be research done for the subjects: privacy, waiting room set up, provision of information and healing environment.

Sundtrom, Burt and Kamp (1980) divide privacy in to two kinds of privacy: psychological and architectonical privacy. Psychological privacy describes the feeling of control of the information exchange between yourself and other people and the control of input of other people. Architectonical privacy describes the visual and auditory isolation that can be created by the environment. This distinction is incorporated in the main question of this research: 'How can psychological and architectonical privacy within a waiting room be optimized, based on the experiences of the patients at the Beatrix Children's Hospital, Urology and Obstetric & Gynecology?' To answer this question there are three sub-questions: 1. How do patients experience spreading of personal information? 2. How do patients experience receiving information of other patients? 3. How do patients experience the lay out of the waiting room?

To answer these questions ten interviews have been held with patients from the different polis and a workshop has been held with participants from different hospitals. Five of the ten interviews were held in couples, in one interview there is spoken about two subjects. There were eight participants for the workshop. The workshop consisted of three different rounds. During the first round the participants interviewed each other, in the second round the participants made a mindmap about the four different subjects, in the last round the participants made a mood board about their ideal waiting room. The data from the interviews and the workshop were put in to different groups, all coded with a different color.

The results are divided in to psychological and architectonical privacy. Concerning psychological privacy respondents told that they prefer to not hear conversations of other people. Respondents 'tune out', so they cannot hear the other conversations. Sometimes respondents hear conversations that they rather had not heard. A silent waiting room is something that respondent do not like, because than everyone can listen to their conversations. At last, respondents do not mind if their name is called in the waiting room. Concerning architectonical privacy is an open waiting room something that respondents like. Respondents find it pleasant to have the possibility to sit in a quiet area in the open waiting area, if they feel the need to do so. Respondents do not want to sit close to other people or across other people. At last, they find it pleasant that the counter has a visible place in the waiting room.

From these results there can be concluded that, regarding psychological privacy, patients would like to hear the least as possible from other patients. The other way around, patients do not want other patients to hear their conversations or personal information. Regarding architectonical privacy, there should be one clear waiting room with different seating options. When you walk out of a consulting room it is important that you can find some privacy and that you do not immediately walk into the waiting room.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie van Marit van Wijncoop met betrekking tot het onderzoek “Privacy is gewoon prettig”. Deze titel slaat terug op een uitspraak van een respondent. Privacy is prettig en in mijn ogen deelt vrijwel iedereen deze mening. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de afstudeerfase van de opleiding Toegepaste Psychologie. De afstudeerfase bestond voor mij uit onderzoek doen, om vervolgens op basis van de verkregen informatie een conclusie te schrijven waarin handvaten te vinden zijn. Samen met de scripties van Marthy Drent, Bart Linthorst en Mark Baerveldt vormt deze scriptie onderdeel van een overkoepelend onderwerp. Gedurende het onderzoek hebben wij als team samengewerkt en elkaar ondersteund. Daarom wil ik als eerste deze drie studenten bedanken voor de fijne samenwerking het afgelopen half jaar. Verder ben ik tijdens dit onderzoek begeleid en ondersteund door verschillende mensen. Hierom wil ik graag de opdrachtgever, Annemieke Weijling, bedanken. Verder wil ik Jan Pols en Roos Pals bedanken voor de koppeling tussen NoorderRuimte en het UMCG. Ook wil ik graag alle respondenten bedanken die hebben meegewerkt aan dit onderzoek, zonder hen had het onderzoek niet plaats kunnen vinden. Tot slot wil ik Mechteld Wolthuis bedanken voor de begeleiding vanuit de opleiding Toegepaste Psychologie.

Groningen, 2016
Marit van Wijncoop

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Summary	6
Voorwoord	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	12
1.2 Theoretisch kader	14
1.2.1 Privacy in ziekenhuizen	15
1.2.2 Psychologische privacy	15
1.2.3 Architectonische privacy	15
1.3 Hoofd- en deelvragen	16
1.4 Leeswijzer	17
2. Methode	19
2.1 Observaties	19
2.2 Respondenten en meetinstrument voor de interviews	19
2.2.1 Respondenten van de poli Urologie	20
2.2.2 Respondenten van de poli Obstetrie & Gynaecologie	20
2.2.3 Respondenten van de poli Beatrixkinderziekenhuis	21
2.2.4 Interviewschema	21
2.3 Respondenten en meetinstrument voor de workshop	21
2.3.1 Draaiboek ‘dromen over de poli van de toekomst’	22
2.4 Data analyse	22
2.5 Anonimiteit	22
3. Resultaten	25
3.1 Psychologische privacy	25
3.1.1 Gesprekken van anderen	25
3.1.2 Eigen gesprekken en persoonlijke informatie	26
3.1.4 Oproepen van patiënt	26
3.2 Architectonische privacy	27
3.2.1 Wachtruimte	27
3.2.2 Zit-plek ten opzichte van andere mensen	27
3.2.3 Geluid	28
3.2.4 Balie	29
4. Conclusie, discussie en aanbevelingen	31
4.1 Conclusie	31

4.2 Discussie	31
4.2.1 Sterke punten onderzoeksopzet	32
4.2.2 Verbeter-punten onderzoeksopzet	32
4.2.3 Invloed op de resultaten en conclusie	32
4.3 Aanbevelingen.....	33
4.3.1 Indeling wachtkamer	34
Literatuurlijst	37
Bijlage 1: Belscript UMCG.....	40
Bijlage 2: Bevestigingsbrief interview	41
Bijlage 3: Informatiebrief Obstetrie & Gynaecologie	42
Bijlage 4: Leaflet Beatrixkinderziekenhuis.....	43
Bijlage 5: Origineel interviewschema	44
Bijlage 6: Aangepast interviewschema.....	46
Bijlage 7: Wervingsmail Kenniscentrum NoorderRuimte.....	51
Bijlage 8: Wervingsbericht social media.....	52
Bijlage 9: Informatieve brief workshop	53
Bijlage 10: Draaiboek 'dromen over de poli van de toekomst'	54
Bijlage 11: Zorgvuldig omgaan met proefpersonen, respondenten en testkandidaten	65

1. Inleiding

Niet meer als ziek beschouwd worden, een gevoel van controle hebben en rust & privacy. Dit zijn drie punten die patiënten belangrijk vinden in een ziekenhuis naast het 'beter worden'. Daarbij geeft 40% van de patiënten aan dat zij de inrichting niet fijn vinden in een ziekenhuis. 38% Geeft aan dat het ziekenhuis beter op moet letten met wie zij een kamer delen. Tot slot geeft 31% aan dat zij het vervelend vinden geconfronteerd te worden met bezoek van medepatiënten (Indora, Z.D.). Wat vinden de patiënten niet fijn aan de inrichting van een ziekenhuis en hoe komt het dat patiënten het vervelend vinden geconfronteerd te worden met bezoek van medepatiënten? Deze achterliggende vragen blijven open liggen naar aanleiding van de hierboven genoemde cijfers.

Dit onderzoek richt zich op de privacy beleving in de wachtkamer van patiënten binnen sector C van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Met privacy beleving wordt de manier waarop patiënten de privacy ervaren bedoeld. Sector C bestaat uit meerdere afdelingen, maar in dit onderzoek wordt enkel gekeken naar de wachtkamer van de poli's van het Beatrix kinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie en Urologie. Deze poli's grenzen aan elkaar en moeten samen tot een herinrichting komen. Meer informatie over deze herinrichting en verbouwing is te vinden in de aanleiding van dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te geven om zo een patiënt gerichte poli te creëren. Deze aanbevelingen worden gedaan op het gebied van privacy, maar ook op het gebied van healing environment, informatievoorziening en inrichting. De onderwerpen healing environment, informatievoorziening en inrichting worden onderzocht door drie andere onderzoekers. Deze vier onderzoeken samengenomen geven een overkoepelende aanbeveling voor de optimalisatie van de gastvrijheidsbeleving binnen het afgebakende sector C.

Het UMCG is één van de grootste ziekenhuizen van Nederland. Het UMCG heeft ruim 10.000 werknemers in dienst en is daarmee een van de grootste werkgevers van Noord-Nederland. De missie van het UMCG wordt weergegeven in de volgende drie uitgangspunten:

- De patiënt als mens is leidend
- Pionieren in onderzoek
- Kennis delen met Noord-Nederland en (inter-)nationaal

Daarbij wordt er aan de visie van het UMCG gewerkt door middel van de volgende drijfveren:

- Van mens tot mens, in alles wat we doen
- Healthy Ageing

Het UMCG als organisatie is hiërarchisch ingedeeld. Er is een raad van bestuur actief. Zij zijn belast met de algemene leiding van het ziekenhuis. Daarbij is er ook een raad van toezicht actief. Zij zijn belast met het toezicht houden op het raad van bestuur. Verder is het UMCG zoveel mogelijk rondom de patiënt georiënteerd in zes verschillende sectoren(UMCG, 2016). De beslissingen die binnen het UMCG genomen moeten worden, worden gemaakt op verschillende niveaus. Namelijk door de raad van bestuur, per sector of per afdeling. De verschillende sectoren van het UMCG zijn als volgt:

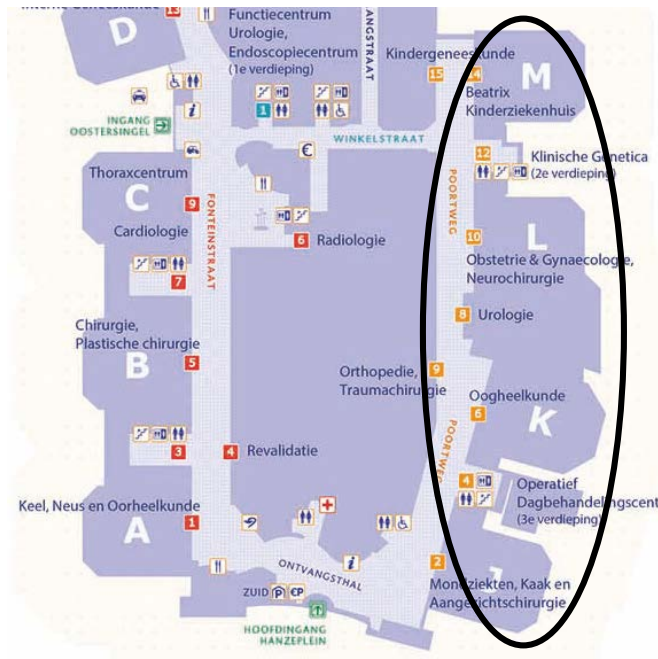
- Sector A: Langdurige zorg en vaten
- Sector B: Kortdurende zorg en buik
- Sector C: Kinderen, voortplanting, revalidatie en psychiatrie
- Sector D: Oncologie
- Sector E: Ondersteunende specialismen
- Sector F: Ontwikkeling en overdracht

Vanuit het UMCG is samen met Bureau NoorderRuimte een vraag omgezet naar een opdracht. Bureau NoorderRuimte is een professionele leeromgeving die binnen Kenniscentrum NoorderRuimte valt. Hier werken studenten, docenten, onderzoekers en lectoren van verschillende opleidingen samen aan praktijkgerichte vraagstukken. Deze vraagstukken zijn geïnitieerd vanuit het Kenniscentrum NoorderRuimte of door een externe partij, zoals het UMCG dat is bij deze opdracht (Hanzehogeschool Groningen, 2016).

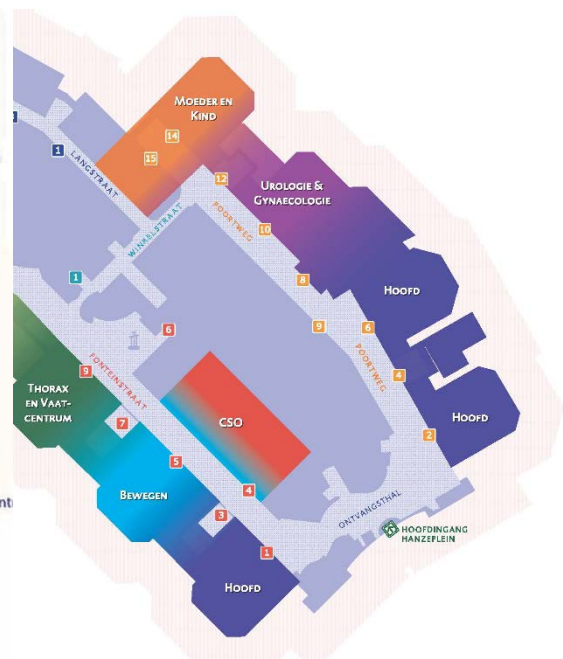
1.1 Aanleiding

Binnen het UMCG zijn de operatiekamers (Ok's) verouderd en eigenlijk ook te krap voor complexe operaties waar veel apparatuur en-/personeel aanwezig moet zijn. Verder zijn de intensive cares toe aan vernieuwing, heeft de centrale spoedopvang een uitbreiding en een acute opname-afdeling nodig en heeft de prikpoli een betere huisvesting nodig (Hoogstra, 2015). Als oplossing voor deze problemen is er gekozen voor een verbouwing en herindeling van delen van het UMCG. Op de begane grond zal er plaats gemaakt worden voor Ok's, ook wel *project hotfloor* genoemd. Dit betekent dat de diverse poli's geïntegreerd moeten worden en de ruimte moet worden herverdeeld. De poli's worden geclusterd in zeven verschillende patiëntgroepen. De herindeling is ingedeeld in twee verschillende fasen en wordt ook wel *project poli-indeling* genoemd. De verschillende poli's zullen allemaal op de begane grond gevestigd worden: aan de Fonteinstraat of aan de Poortweg. Tijdens de eerste fase vindt de herindeling van de poli's aan de Fonteinstraat plaats en tijdens de tweede fase de herindeling van poli's aan de Poortweg. Aan het begin van dit onderzoekstraject was de eerste fase in volle gang, enkele poli's openden bijna hun deuren en andere begonnen spoedig aan de verbouwing. Fase twee van project poli-indeling zat daarentegen nog in de ontwikkelingsfase, de eerste plannen moesten binnen enige maanden gereed zijn. Dit onderzoek richt zich op fase twee: de herinrichting van de Poortweg.

Momenteel zitten het Beatrixkinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie, Urologie, Oogheelkunde en Mondziekten, Kaak & Aangezichtschirurgie aan de Poortweg (zie volgende pagina afbeelding 1.1). Fase twee van de herindeling richt zich op een herindeling van deze poli's. De verschillende afdelingen van de Poortweg zullen geclusterd worden in Moeder & Kind, Urologie & Gynaecologie en Hoofd (zie volgende pagina afbeelding 1.2). Dit betekent dat de poli Neurologie van de eerste verdieping verplaatst gaat worden naar het cluster Hoofd op de begane grond. De huidige poli's zullen moeten inschikken, zodat Neurologie hier tussen past. Dit onderzoek richt zich binnen de herinrichting van de Poortweg op sector C. Sector C omvat de poli's van het Beatrix kinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie en Urologie. Bij de poli's van het Beatrix kinderziekenhuis komen patiënten tot 18 jaar. Bij de poli Obstetrie & Gynaecologie komen zwangere patiënten en vrouwelijke patiënten met een aandoening of afwijking aan het geslachtsorgaan. Tot slot komen bij de poli Urologie patiënten met urologische klachten.



Afbeelding 1.1: Plattegrond begane grond UMCG



Afbeelding 1.2: Plattegrond clusters

Sector C wil als invulling van de UMCG missie en visie *“de patiënt als mens is leidend en van mens tot mens in alles wat we doen”*, graag de patiënt betrekken bij de tot stand koming van de toekomstige poli's. Waar dromen de patiënten van met betrekking tot de poli's, waar lopen zij nu tegenaan en hoe zou dit verbeterd kunnen worden?

Sinds maart 2015 is de privacywerkorganisatie actief. Het UMCG heeft de privacywerkorganisatie in het leven geroepen in verband met de Europese Privacy Verordening (EPV), waar het UMCG in januari 2017 aan moet voldoen. De EPV vervangt de huidige Nederlandse wetgeving op het gebied van de bescherming van persoonsgegevens (Wet bescherming persoonsgegevens, Wbp) (Neut van der, Bakker & Bosscher, 2016). Vanuit de privacywerkorganisatie wordt er binnen het hele UMCG onderzoek gedaan naar de privacybelevingen. Het onderzoek is verdeeld in zes verschillende thema's. Zo wordt er naar de 'Need-to-know' en het 'Nice-to-know' van patiëntgegevens gekeken. Ook wordt er door enkele medewerkers benoemd dat de privacy van patiënten onmiddellijk weg is wanneer de naam omgeroepen wordt in de wachtkamer. In dit belevingsonderzoek is er gekeken vanuit de medewerkers van het UMCG en zijn de patiënten buiten beschouwing gelaten. Dit maakt het interessant om juist een onderzoek te richten op de privacy beleving van patiënten.

Uit gesprekken met de medewerkers van de verschillende poli's blijkt dat bijvoorbeeld op de poli Urologie vaak derden binnenlopen tijdens gesprekken. Verder geven medewerkers aan dat zij benieuwd zijn hoe patiënten het ervaren dat zij andere patiënten kunnen verstaan aan de balie en andersom. Ook kunnen patiënten op andere manieren informatie over elkaar meekrijgen. Hebben patiënten dit door en hoe ervaren zij dit? Dit zijn vragen die bij de medewerkers spelen. Over de antwoorden kunnen enkel aannames gedaan worden doordat de mening van patiënten nog niet dusdanig onderzocht is.

Binnen het UMCG is er een spiegelbijeenkomst over privacy gehouden. Tijdens een spiegelbijeenkomst worden (ex) patiënten en medewerkers uitgenodigd om het over een vooraf bepaald onderwerp te

hebben. Meestal worden de spiegelbijeenkomsten voor een bepaalde doelgroep gehouden, zodat de vraagstukken voor deze doelgroep besproken kunnen worden. De spiegelbijeenkomst wordt geleid door een gespreksleider. De gespreksleider leidt het gesprek, rekening houdend met de vraagstukken en stuurt het gesprek waar nodig in een bepaalde richting om bij de gewenste gespreksondwerpen te blijven. Een spiegelbijeenkomst bestaat uit twee delen. Tijdens het eerste deel vindt het gesprek enkel met de patiënten plaats. Er zijn medewerkers aanwezig, maar deze zitten achter een spiegel en kunnen het gesprek volgen maar niets inbrengen. Tijdens het tweede deel wordt de spiegel verwijderd. Dit geeft de gelegenheid om, onder begeleiding van de gespreksleider, een gesprek tussen de patiënten en medewerkers te laten plaatsvinden over de eerder besproken punten. De insteek is dat medewerkers vragen stellen aan de patiënten naar aanleiding van deel één. In de spiegelbijeenkomst over privacy hebben patiënten aangegeven dat zij mee kunnen luisteren met informatie die aan patiënten gegeven wordt (Rapper de, 2015). Hoe dit ervaren wordt verschilt per patiënt.

1.2 Theoretisch kader

Wanneer er over privacy gesproken wordt, worden vaak twee dingen bedoeld:

- Het alleen kunnen zijn met anderen.
- De zekerheid dat anderen geen toegang hebben tot persoonlijke informatie.

Wanneer je privacy vanuit een psychologisch oogpunt bekijkt is het breder dan dit. Zo omschrijft Altman (1977) privacy als een dynamische interactie tussen mensen, de privacy regulatie theorie. Privacy wordt beschreven als een mechanisme die de grenzen van het zelf bepalen. Wanneer er controle is over dit mechanisme kan er een optimaal niveau van privacy ontstaan en kan dit het definiëren van jezelf verduidelijken (Altman, 1975).

Bij privacy speelt sociale controle een rol. Sociale controle wordt fundamenteel vaak beschreven als het vermogen van iemand om zichzelf te reguleren naar de gewenste principes en waarden (Janowitz, 1975). Deze regulatie sluit aan bij de wisselwerking van privacy. Het draait hier namelijk niet alleen om het uitsluiten van anderen, maar juist ook dat je anderen kunt toelaten. Iemand die naar behoefte anderen kan opzoeken of juist van anderen kan afzonderen beleeft een optimale weergave van privacy (Gifford, 2007). Wanneer iemand veel sociale controle ervaart, ervaart diegene eigenlijk veel (keuze)vrijheid. Er wordt vaak veel sociale controle ervaren in het eigen huis. Aan de andere kant kan er ook weinig sociale controle ervaren worden, dit is vaak op openbare plekken zoals stations (Tayler & Stough, 1978).

Wanneer er sprake is van weinig sociale controle proberen mensen dit te corrigeren door hun persoonlijke ruimte af te bakenen (Altman, 1975). Persoonlijke ruimte beschrijft de afstand die je prefereert tussen andere mensen tijdens interpersoonlijke interacties (Park, 2015). Deze afstand kan verschillen door de aard van de relatie tot de ander, maar ook door kenmerken van een persoon (Hall, 1966; Park, 2015). Zo lijkt het dat introverte personen neigen naar een grotere persoonlijke ruimte (Park, 2015). Persoonlijke ruimte ontstaat uit twee behoeften die mensen hebben. Zo willen mensen dichter bij andere personen komen, bijvoorbeeld om informatie te achterhalen. Hier tegenover staat de behoefte om andere personen op afstand te houden. Deze afstand willen mensen behouden doordat zij hiermee hun vrijheid behouden en niet alles over zichzelf hoeven weg te geven (Gifford, 2007). De verhouding tussen deze twee behoeften kan verschillen, net zoals dat andere factoren kunnen veranderen.

Altman (1977) beschrijft privacy hierdoor als een dynamische interactie tussen mensen en er zal gezocht moeten worden naar de juiste match tussen de behoeften en omstandigheden op een bepaald moment.

1.2.1 Privacy in ziekenhuizen

Lin & Lin (2010) noemen verschillende factoren die correleren met de perceptie van privacy. Deze factoren zijn:

- Het horen van persoonlijke informatie van anderen.
- Andere personen kunnen jouw persoonlijke informatie horen.
- Per ongeluk ongepaste gesprekken van doktoren meekrijgen
- Gezien worden door irrelevante personen.
- Persoonlijke ruimte tijdens onderzoeken.
- De dokter heeft respect voor de privacy van de patiënt.

Daarbij noemen Parrott, Burgoon, Burgoon & LePoire (1989) dat vrouwen eerder dan mannen het gevoel hebben dat hun privacy wordt aangetast.

Veel data wordt gedigitaliseerd. Zo ook patiënten dossiers, ook wel elektronische patiënten dossiers (EPD) genoemd. Het digitaliseren van de patiënten dossiers zorgt aan de ene kant voor efficiënter werken en kosten vermindering. Aan de andere kant zorgt het EPD voor bezorgde patiënten. Wanneer patiënten controle hebben over hoe hun EPD geregeld wordt, kan dat dit de zorgen over de schending van de privacy verminderen (Li & Slee, 2014).

Binnen het UMCG is een belevingsonderzoek verricht naar privacy in de praktijk. De informatie uit dit onderzoek is verdeeld in zes verschillende thema's. Zo komen de termen need-to-know en nice-to-know naar voren. De grens tussen deze twee begrippen is soms lastig vorm te geven. Is het noodzakelijk dat er in alle patiëntendossiers gekeken kan worden, of is de mogelijkheid dat het kan fijn. Daarbij is het in verschillende poli's mogelijk om mee te luisteren bij de balie. Er is voor de balie een lijn getrokken waarachter patiënten moeten wachten. Deze lijn moet de patiënten meer privacy geven aan de balie. Deze is vaak nog te dichtbij en patiënten kunnen elkaars gesprekken bij de balie vaak nog meekrijgen. Verder worden patiënten in de wachtkamer vaak opgeroepen met hun naam. Medewerkers benoemen dat de privacy van de patiënt onmiddellijk weg is wanneer dit gebeurt. Andere medewerkers geven juist aan dat het vriendelijk en persoonlijk overkomt op de patiënt (Neut van der, Bakker & Bosscher, 2016).

1.2.2 Psychologische privacy

Door Sundstrom, Burt en Kamp (1980) wordt onderscheid gemaakt in twee soorten privacy, psychologische en architectonische privacy. Psychologische privacy wordt gedefinieerd als het gevoel van controle over toegang tot jezelf of tot de groep waartoe je hoort. Het omvat controle over de informatie uitwisseling vanuit jezelf naar anderen en controle over de input van anderen. Deze vorm van privacy veronderstelt dat mensen een zo optimaal mogelijk level van sociaal contact willen behouden. Ontevredenheid hierover is het resultaat van niet voldoen aan de eisen die een persoon optimaal vindt. Zo kan te weinig contact een gevoel van isolatie creëren en een te veel contact een gevoel van crowding creëren (Sundstrom, Burt en Kamp, 1980). Ook Westin (1968) praat over psychologische privacy. Westin (1968) maakt onderscheid in vier verschillende vormen binnen privacy: eenzaamheid (geheel vrij van observaties door anderen), intimiteit (alleen zijn met anderen), anonimiteit (met anderen zijn zonder op te vallen) en gereserveerdheid (controle over de informatie die je met anderen deelt).

1.2.3 Architectonische privacy

Sundstrom, Burt en Kamp (1980) definiëren architectonische privacy als de visuele en auditieve isolatie die wordt gecreëerd door een omgeving. Een kamer met geluidsdichte muren en een deur met slot

versterkt de architectonische privacy. Daarentegen verzwakt een grote kamer waarin meerdere mensen werkzaam zijn zonder afzonderlijke ruimtes de architectonische privacy. Een hogere architectonische privacy kan de psychologische privacy mogelijk vergroten. Mensen in afgezonderde ruimtes kunnen de informatieoverdracht beter controleren dan in open ruimtes. Daarbij noemen Bell, Greene & Fisher (2001) dat open ruimtes een toename in geluid, afleiding en gebrek aan daadwerkelijke privacy veroorzaken. Anderen kunnen persoonlijke gesprekken meekrijgen en hierdoor kan de vertrouwelijkheid minder goed worden behouwt.

Gmelig Meijling (2011) benoemt dat de meeste privacy wordt ervaren in wachtruimtes waarin beschutte wachtplekken zijn en waarin de wachtplekken niet dicht op elkaar of in rijen achter elkaar zijn geplaatst. Een patiënt wil zich kunnen afzonderen in een wachtkamer om meer privacy te ervaren. Verder noemt Gmelig Meijling (2011) dat de ervaren privacy aan de balie minder is wanneer deze dicht bij de wachtruimte is geplaatst. Wanneer de balie dichtbij en recht tegenover de wachtkamer is wordt de minste privacy ervaren. Patiënten geven aan dat dit komt doordat zij het gevoel hebben dat de patiënten in de wachtkamer mee kunnen kijken of mee kunnen luisteren, zonder dat zij hier zicht op hebben. Als de patiënt wel zicht heeft op de wachtende patiënten is de ervaren privacy positiever. Dit kan gecreëerd worden door de wachtkamer direct naast de balie te plaatsen (Gmelig Meijling, 2011).

1.3 Hoofd- en deelvragen

Vanuit de bovengenoemde aanleiding en literatuur is de volgende hoofdvraag geformuleerd: *'Hoe kunnen de psychologische en architectonische privacy van de wachtkamer geoptimaliseerd worden naar de ervaringen van patiënten binnen het Beatrixkinderziekenhuis, Urologie en Obstetrie & Gynaecologie?'* Om deze vraag te beantwoorden zijn er drie deelvragen ontwikkeld.

1. *Hoe ervaren patiënten de verspreiding van persoonlijke informatie?*
2. *Hoe ervaren patiënten het ontvangen van andermans informatie?*
3. *Hoe ervaren patiënten de indeling van de wachtkamer met betrekking tot privacy?*

Hierbij wordt psychologische privacy omschreven als het gevoel van controle over het delen van persoonlijke informatie en het ontvangen van informatie over anderen. Architectonische privacy wordt omschreven als de visuele en auditieve isolatie die wordt gecreëerd door een omgeving (Sundstrom, Burt en Kamp, 1980).

Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te geven om zo een patiënt gerichte poli te creëren. Deze scriptie levert hier, samen met drie andere scripties over inrichting, healing environment en informatievoorziening, een bijdrage aan. Samengenomen geven deze vier scripties een advies over de gastvrijheidsbeleving van de poli's.

1.4 Leeswijzer

In dit onderzoeksrapport wordt eerst de methode van het onderzoek besproken. Hierin wordt gekeken naar de procedure van het onderzoek, de respondenten, de meetinstrumenten, de analyse van de data en de anonimiteit van de respondenten. Aansluitend op de methode zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven. Tot slot worden de resultaten geïnterpreteerd in het laatste hoofdstuk, conclusie, discussie en aanbevelingen.

2. Methode

Hieronder wordt de methode van het onderzoek toegelicht. Hierbij wordt er gekeken naar de respondentkeuze, de procedure van het onderzoek, de meetinstrumenten van het onderzoek en de manier waarop de data is geanalyseerd. Dit wordt eerst besproken voor de observaties, vervolgens voor de afgenomen interviews en tot slot voor de gehouden workshop. Het onderzoek maakt gebruik van kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek staat het doorgronden van attitudes en achterliggende oorzaken van een doelgroep centraal (Fischer & Julsing, 2009).

Aan het begin van het onderzoek is veel overlegd met de opdrachtgever, medewerkers van het UMCG en medestudenten. Er is overlegd over welke richting dit onderzoek precies op zal gaan en hoe dit onderzoek samen met de overige drie onderzoeken één geheel kan vormen. Hieruit is het overkoepelde begrip *gastvrijheidsbeleving* gekomen. Vervolgens is er deskresearch gedaan naar het onderwerp privacy. Wat wordt er verstaan onder privacy en zijn er verschillende soorten privacy? De gebruikte literatuur is beschreven in het theoretisch kader (hoofdstuk 1).

2.1 Observaties

Binnen de poli's van het Beatrixkinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie en Urologie zijn allereerst open observaties gehouden. Deze observaties hebben ieder één uur geduurd. De drie poli's waren voorafgaand aan deze observaties enkel bezocht tijdens een korte rondleiding. Hierbij was geen indruk verkregen over hoe de poli werkt, welke sfeer er hangt en hoe de patiënten/medewerkers zich gedragen. Om deze indruk wel te krijgen zijn de open observaties gehouden. Hierbij is gekeken naar de inrichting van de poli en naar welk gevoel dit op roept. Ook zijn patiënten die binnenkwamen geobserveerd. Hierbij is gekeken over er gesprekken meegekregen kunnen worden van patiënten en naar de houding die de patiënt aanneemt. Verder is er getracht zoveel mogelijk interacties tussen patiënten en medewerkers te observeren. Hierbij gaat het om gesprekken die er gevoerd zijn, maar ook om papieren die zijn uitgewisseld of juist de non-verbale interactie tussen mensen (iemand nakijken als diegene de poli uitloopt). Vanuit deze observaties zijn aanknopingspunten gekomen voor de interviews. Zo kon er ingehaakt worden op de eigen beleving van de poli.

Tijdens de observaties is er in de wachtruimte plaatsgenomen en werden aantekeningen gemaakt met pen en papier. De observaties zijn met opzet op de drukst bezochte dagen gehouden, dinsdag en donderdag. De observaties bij de poli Obstetrie & Gynaecologie en Urologie zijn individueel gehouden. De observatie bij de poli van het Beatrixkinderziekenhuis is gedaan in een duo.

2.2 Respondenten en meetinstrument voor de interviews

Het onderzoek richt zich op patiënten van de poli's van het Beatrixkinderziekenhuis, Obstetrie & Gynaecologie en Urologie. De interviews zijn gehouden met patiënten van deze verschillende poli's. De medewerkers van het UMCG zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Hier is voor gekozen aangezien het UMCG de patiënt graag centraal stelt. Hierdoor wil het UMCG achterhalen hoe patiënten de poli van de toekomst zien. Voor het werven van de respondenten is per poli een contactpersoon aangesteld. Samen met deze contactpersonen zijn de inclusiecriteria voor de respondenten samengesteld. Deze inclusiecriteria gelden voor de respondenten vanuit de poli Obstetrie & Gynaecologie en Urologie. Voor de respondenten van het Beatrixkinderziekenhuis golden geen inclusiecriteria door de afwijkende methode die daar gehanteerd is.

De inclusiecriteria zijn als volgt:

- Een respondent moet minstens twee keer in de betreffende poli zijn geweest. Hiermee is getracht uit te sluiten dat respondenten vanuit hun eerste indruk antwoorden.
- Eén van deze bezoeken heeft in de afgelopen drie maanden plaatsgevonden, zodat de respondent een recent beeld heeft van de poli.
- De respondent moet uit de omgeving van Groningen komen. Op deze manier konden er interviews, naast het UMCG, bij de respondenten thuis afgenomen worden.

Om de patiënten zo min mogelijk te belasten zijn de interviews in duo's afgenomen. Op deze manier is er één patiënt nodig voor twee onderwerpen. Per interview is een maximale tijd van één uur afgesproken. Per poli is er een andere methode gehanteerd. Hieronder is per poli de methode besproken en vervolgens het meetinstrument dat gebruikt is.

2.2.1 Respondenten van de poli Urologie

Vanuit de poli Urologie is er een lijst opgesteld met patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria. Uit deze lijst zijn willekeurig 30 respondenten gekozen. Voor het onderzoek waren zes respondenten nodig. In verband met verwachte non-respons is er voor gekozen een groter aantal respondenten te selecteren dan nodig. Dit is gedaan door 30 namen opeenvolgend te selecteren in het midden van de lijst. Brinkman (2011) noemt dat 'de beste methode om representativiteit te verkrijgen, is een steekproef aselekt te trekken. Dat betekent zonder enige – bewuste of onbewuste – selectie.' Het trekken van een aselekte steekproef is gedaan door het willekeurig kiezen van de respondenten. Hiermee is getracht de representativiteit van de respondenten zo hoog mogelijk te houden. De lijst met de 30 geselecteerde patiënten is teruggekoppeld naar Urologie. Vanuit deze lijst zijn patiënten telefonisch benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan een onderzoek, door middel van een interview. Voor het telefonisch benaderen van de patiënten is een bescrypt opgesteld, dit is te vinden in bijlage 1. Door middel van dit bescrypt kreeg elke patiënt dezelfde informatie over het onderzoek. De patiënten die instemden met het onderzoek hebben per post of mail (waar de voorkeur van de patiënten naar uit ging) een brief ontvangen met een bevestiging van de afspraak (bijlage 2).

Op de poli Urologie zijn zes patiënten geïnterviewd, vijf mannen en één vrouw. Hierbij varieerde de leeftijd van vier mannen tussen de 73 en 82 jaar. De overige twee respondenten waren beide 46 jaar. Binnen Urologie is een meerderheid van de patiënten man. De verhouding man/vrouw is hierdoor representatief. In totaal zijn van de poli Urologie vijftien patiënten telefonisch benaderd. Hiervan waren vier patiënten niet bereikbaar nadat er op verschillende tijdstippen is gebeld. Verder stonden vier patiënten niet open voor dit onderzoek of voelde geen betrokkenheid om aan dit onderzoek mee te werken. Ook was er één patiënt die graag mee had willen doen aan het onderzoek, maar lichamelijk nog niet genoeg hersteld was van een operatie en hierdoor moest weigeren.

2.2.2 Respondenten van de poli Obstetrie & Gynaecologie

Binnen Obstetrie & Gynaecologie zijn drie doelgroepen in te delen, Gynaecologie, Obstetrie en Oncologie (patiënten met kanker). Vanuit de poli Obstetrie & Gynaecologie is een doktersassistent aangesteld om zes patiënten te werven voor medewerking aan het onderzoek. De voorkeur ging uit naar zes respondenten evenredig verdeeld over de doelgroepen. Deze doktersassistent heeft een brief ontvangen waarin het onderzoek is toegelicht en de inclusiecriteria zijn benoemd (bijlage 3). Deze brief is geschreven richting patiënten, maar is niet uitgedeeld aan patiënten. De doktersassistent heeft de informatie uit de brief overgedragen aan de patiënten. Op een afgesproken dag en tijdstip zijn de patiëntnamen en telefoonnummers opgehaald van de poli Obstetrie & Gynaecologie. Dit was een lijst van vijf patiënten. De

gegevens van een zesde patiënt zijn via de mail toegestuurd. De zes patiënten zijn telefonisch benaderd. Doordat dit alleen om het inplannen van een afspraak ging is hier geen bescrpt voor gebruikt. De patiënten waarmee een afspraak is gemaakt hebben een bevestigingsbrief van de afspraak via de post of mail toegestuurd gekregen (bijlage 2).

Op de poli Obstetrie & Gynaecologie zijn vier vrouwelijke patiënten geïnterviewd. Twee van de respondenten bezoeken Obstetrie (38 en 40 jaar) en twee respondenten Oncologie (61 en 86 jaar). Binnen Obstetrie & Gynaecologie was er sprake van twee non-respons. Deze non-respons behoren tot gynaecologie en is veroorzaakt doordat zij telefonisch niet te bereiken waren.

2.2.3 Respondenten van de poli Beatrixkinderziekenhuis

Het Beatrixkinderziekenhuis gaf aan dat zij het te belastend vonden voor de patiënten om één uur uit te trekken voor een interview. In plaats daarvan zijn op een afgesproken tijdstip en dag in de wachtruimte korte interviews van maximaal een kwartier afgenomen. Ter aankondiging van het onderzoek binnen de wachtkamer is er een leaflet bij de balie neergelegd (bijlage 4). Deze leaflet werd uitgedeeld door de baliemedewerkers aan de patiënten en ouders.

Op de poli binnen het Beatrixkinderziekenhuis hebben vijf interviews plaatsgevonden. De respondenten bestaan uit drie koppels van man & vrouw en twee koppels van vader & dochter. De interviews zijn afgenomen op een donderdag. Op een donderdag is het druk op de poli doordat meerdere afdelingen poli draaien. Binnen de poli is niet elke patiënt/ouder benaderd. Wanneer de aandacht van een ouder enkel op het kind was is deze niet benaderd. Ook zijn ouders/patiënten niet benaderd wanneer zij in overleg met elkaar of een medewerker waren. Binnen het Beatrixkinderziekenhuis was er één non-respons. Voordat er een vraag beantwoord kon worden werd de patiënt omgeroepen voor zijn afspraak.

2.2.4 Interviewschema

Het interviewschema dat gebruikt is, is opgesteld aan de hand van topics die zijn afgeleid uit de deelvragen. In de deelvragen wordt er gekeken naar de verspreiding van persoonlijke informatie, het ontvangen van andermans persoonlijke informatie en naar het gevoel van privacy in de wachtkamer. De deelvragen zijn voortgekomen uit literatuuronderzoek. De topics in het interviewschema zijn gebaseerd op de deelvragen.

Naar aanleiding van de interviews is het interviewschema bijgewerkt. Er zijn vragen toegevoegd om achter de juiste informatie te komen. Tijdens de eerste drie interviews bleek dat de respondenten het lastig vonden om concreet over privacy te praten. Hierdoor werd niet de gewenste informatie achterhaald. Het derde interview werd in combinatie met het interview over inrichting afgenomen. Hierbij werd gebruik gemaakt van afbeeldingen. Hierover kon de respondent zijn mening geven. Aan de respondent was te zien dat hij het fijn vond een voorbeeld te hebben. Door het positieve effect van de afbeeldingen is het interviewschema aangepast en zijn afbeeldingen toegevoegd. De afbeeldingen dienden als aanknooppunt voor de topics binnen het interviewschema. Het originele interviewschema is te vinden in bijlage 5 en de tweede versie van het interviewschema is te vinden in bijlage 6.

2.3 Respondenten en meetinstrument voor de workshop

In dit onderzoek is gekozen voor de term workshop in plaats van focusgroep of co-creation. Uit overleg met betrokkenen bleek dat de termen focusgroep en co-creation verschillende verwachtingen opwekten en zorgden voor onduidelijkheden. Met de workshop worden kennis en ervaringen geëxploreerd (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Maar het is ook *‘een kwalitatieve methode die vaak door*

marktonderzoekers wordt toegepast voor een peiling van meningen, gevoelens en houding van een groep zorgvuldig gerekruteerde deelnemers ten aanzien van een product, dienst, marketingcampagne of merk'(Hanington & Martin,2012).

De respondenten zijn geworven door middel van een mail die verspreid is aan iedereen binnen Kenniscentrum NoorderRuimte (bijlage 7). Ook is er een bericht gedeeld op de social media Facebook (bijlage 8) en zijn er bekenden die voldeden aan de inclusiecriteria persoonlijk benaderd. Deze criteria hielden in dat de respondent in de wachtkamer/poli van een ziekenhuis is geweest. De deelnemers hebben voorafgaand aan de workshop een bevestigende mail ontvangen met praktische zaken over de avond (bijlage 9). De workshop heeft plaatsgevonden op een maandagavond van 19:00-21:00 op de poli Obstetrie & Gynaecologie in het UMCG.

Aan de workshop hebben acht respondenten deelgenomen. De respondenten bestaan uit vijf mannen en drie vrouwen. De leeftijd van de mannelijke respondenten was 72, 54, 25, 23 en 22 jaar. De leeftijd van de vrouwelijke respondenten was 25, 21 en 21 jaar. Er was sprake van twee non-respons. Beide respondenten moesten afzeggen doordat zij toch niet op de betreffende avond konden deelnemen. Niet alle respondenten waren bekend in het UMCG. Hierdoor is dit deel van het onderzoek breder getrokken dan alleen de drie poli's. Verder waren de respondenten voornamelijk studenten.

2.3.1 Draaiboek 'dromen over de poli van de toekomst'

Voor de workshop is een draaiboek ontwikkeld dat bestaat uit drie rondes (bijlage 10). Tijdens de ontwikkeling van het draaiboek is er gesproken met twee expert vanuit de Hanzehogeschool. De eerste expert is gespecialiseerd op het gebied van focusgroepen. De tweede expert is gespecialiseerd op het gebied van design thinking. Uit dit eerste overleg kwam naar voren dat een focusgroep bestaat uit drie rondes, namelijk: schrijven/praten, tekenen en prototyping. Volgens deze expert is de kracht van deze opzet dat er algemeen wordt begonnen en telkens dieper op het onderwerp in wordt gegaan. Hierdoor worden de deelnemers gesensitiseerd en kregen zij de mogelijkheid om te dromen over de poli van de toekomst. Uit het overleg met de tweede expert zijn oefeningen gekomen en zo gevormd dat deze binnen een van de drie rondes passen.

2.4 Data analyse

Van de interviews en de workshop zijn transcripties uitgewerkt. Deze zijn uitgewerkt op basis van de geluidsopnames of video-opnames. De transcripties zijn gecodeerd op verschillende onderwerpen met behulp van een codeboek. Deze codering is gedaan door één onderzoeker. Vervolgens zijn de gecodeerde stukken tekst per codering geclusterd. Hierdoor is in volgorde van de onderwerpen een overzicht van de data gecreëerd. Met behulp van dit overzicht zijn de deelvragen beantwoord. De deelvragen zijn samengevoegd naar twee onderwerpen: psychologische privacy en architectonische privacy. Eerst is er gekeken welk van de geclusterde onderwerpen iets zegt over welk onderwerp. Vervolgens is per onderwerp gekeken naar de gemiddelde opinie en zijn opvallende uitspraken genoteerd. Dit samen is verwerkt naar de resultaten van het onderzoek.

2.5 Anonimiteit

Tijdens het onderzoek is er contact geweest met patiënten en werknemers binnen het UMCG. Om op de juiste manier om te gaan met deze respondenten is het formulier: "Zorgvuldig omgaan met proefpersonen, respondenten en testkandidaten" vooraf ingevuld (bijlage 11). Het formulier kweekt

bewustzijn over ethiek rondom respondenten en waarmee rekening gehouden dient te worden tijdens het afnemen van de interviews/houden van de workshop.

Verder zijn in de transcripties de namen van respondenten vervangen door een respondentnummer. Er is één overzicht waarbij de naam van de respondenten staat met bijbehorende gegevens en het respondentnummer. Op deze manier kan, indien nodig, teruggezocht worden naar de respondent. Dit schema is enkel voor de onderzoekers toegankelijk om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. Tevens zullen de transcripties enkel voor de onderzoekers beschikbaar zijn. Wanneer een heel transcript gelezen wordt kunnen bekenden achterhalen wie de respondent is. Dit is niet gewenst met betrekking tot het behouden van de anonimiteit van de respondenten. In de NIP-code (beroepscode voor psychologen) wordt genoemd dat in onderzoek enkel gegevens gebruikt mogen worden die niet te herleiden zijn naar cliënten/respondenten (Rothfusz, 2012).

3. Resultaten

Hieronder worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Dit wordt gedaan aan de hand van de twee soorten privacy die zijn onderscheiden in de hoofdvraag: psychologische privacy & architectonische privacy. Deze twee categorieën worden toegelicht aan de hand van verschillende topics. Deze topics zijn naar voren gekomen vanuit de codering doordat hier vaak over gesproken werd door respondenten.

3.1 Psychologische privacy

3.1.1 Gesprekken van anderen

Over het horen van andermans gesprekken worden door respondenten twee kanten belicht. Aan de ene kant geven respondenten aan hier niet voor open te staan. Zij geven aan zich hiervoor af te sluiten, niet op te focussen of er niet geïnteresseerd in te zijn. Hierdoor zijn respondenten zich er niet bewust van dat er gesprekken gevoerd worden. Respondenten geven in interviews aan dat het afsluiten voor andermans gesprekken eigenlijk automatisch gebeurt. Aan de andere kant wordt er benoemd dat respondenten de gesprekken die meegekregen worden, liever niet hadden meegekregen. Hierbij komt een verschil qua

“Ik sta er niet voor open dus ik heb er geen acht in. Een medemens interesseert me natuurlijk wel. Maar in een ziekenhuis waar vreemde mensen over ziektes praten, daar heb ik geen zin in.”

gesprekspartners naar voren namelijk: gesprekken tussen patiënt met partner of andere patiënten en gesprekken tussen medewerkers met patiënten of andere medewerkers. Eerst zal er ingegaan worden op de gesprekscombinatie patiënt & partner/andere patiënt om vervolgens in te gaan op de gesprekscombinatie medewerkers & patiënt/andere medewerkers.

Bij het eerste gesprek geven respondenten aan dat sommige patiënten behoefte hebben om te praten over hun medische geschiedenis, of hier met hun partner over aan het praten zijn. Hierdoor krijgen respondenten veel persoonlijke informatie te horen over de andere patiënt. Respondenten geven aan genoeg te hebben aan hun eigen ziekte met bijkomende zorgen. Hoe je tegenover een dergelijk gesprek met een andere patiënt staat hangt ook af van de eigen afspraak. Dit blijkt uit de interviews.

Respondenten geven aan dergelijke gesprekken lastiger te vinden wanneer zij zelf ook een spannende afspraak hebben. Wanneer het gaat om een simpele controle geven de respondenten aan hier beter mee om te kunnen gaan. Ook willen respondenten zo vroeg mogelijk een afspraak, zodat de kans op het tegenkomen van andere patiënten kleiner is en andermans leed niet gezien hoeft te worden.

“Nou valt het bij ons mee, maar we hebben er ook wel eens gezeten dat mensen echt... letterlijk... hun doodvonnis hoorden... Ja dat klinkt een beetje cru. En dat wil je misschien ook wel in een iets kleinere groep bespreken.”

Bij het tweede gesprek geven respondenten aan gesprekken tussen medewerker en patiënt of tussen meerdere medewerkers enkele keren mee te kunnen krijgen.

Bijvoorbeeld wanneer je achter de rode streep bij de balie staat te wachten. Er is aangegeven het sneu te vinden voor de andere patiënt dat het gesprek gevolgd kan worden. Aan de andere kant wordt er benoemd dat je geen gesprekken mee krijgt wanneer je achter de rode streep staat bij de balie, zeker niet wanneer er rumoer is in de wachtkamer. Verder wordt door respondenten aangegeven wel eens informatie mee te krijgen die medewerker aan patiënten geven, respondenten geven aan dat zij dit zelf liever ergens

anders te horen willen krijgen. Tot slot is er aangegeven dat de gesprekken tussen medewerkers, over patiënten, in de wandelgangen gehoord kunnen worden. Dit brengt een vervelend gevoel naar boven, want het dossier van de respondenten zou ook op deze manier in de wandelgangen besproken kunnen worden.

3.1.2 Eigen gesprekken en persoonlijke informatie

Uit de interviews en workshop blijkt dat respondenten meestal stil zijn of over 'koetjes en kalfjes' praten in de wachtkamer. Respondenten passen hun gespreksonderwerpen aan, aan de andere patiënten in de wachtkamer. Zo durven respondenten amper te praten wanneer het erg stil is in de wachtkamer, doordat de hele wachtkamer anders mee kan luisteren met jouw gesprek. Wanneer andere patiënten wel praten in een bijna stille ruimte geven respondenten aan zich ook niet op hun gemak te voelen. Dit omdat je het gesprek van de ander mee krijgt, en mogelijk dingen over hun ziekte. Om in deze situaties zelf een gesprek te beginnen wordt als raar ervaren door respondenten.

Aan de andere kant noemen respondenten juist dat zij er geen problemen mee hebben als andere mensen hun gesprekken in de wachtkamer kunnen volgen, 'het is toch niets persoonlijks'. De respondenten lopen met de dokter naar een rustige plek wanneer er een persoonlijk gesprek gevoerd wordt. Ook wordt er aangegeven dat wanneer je iets negatiefs te horen krijgt, dit graag met elkaar bespreekt en niet iedereen eromheen hoeft te zitten. Daarbij wordt er aangegeven dat je ver genoeg van elkaar af zit om een persoonlijk gesprek te kunnen voeren met bijvoorbeeld je partner.

Verder komt vanuit de interviews en workshop naar voren dat respondenten het niet prettig vinden wanneer anderen mee kunnen kijken met wat zij doen of lezen, waardoor sommige respondenten ervoor kiezen om thuis en in alle rust informatie op te zoeken. Tijdens de workshop kwam naar voren dat de informatiefolders die van toepassing zijn op hun ziekte niet worden gepakt. Dit omdat de andere patiënten in de wachtkamer kunnen zien welke folder jij pakt en hierdoor weten wat jou mankeert.

"Je hebt zelf in de hand wat andere mensen van jou meekrijgen."

3.1.4 Oproepen van patiënt

Vanuit de interviews komt naar voren dat het per poli verschilt op welke manier patiënten opgeroepen worden. Het eerste verschil zit in de indeling van de wachtkamer. Respondenten geven aan dat de spreekkamers aan de wachtkamer vast kunnen zitten of dat er een gang is waaraan de spreekkamers zich bevinden en uitmondt in de wachtkamer. In het eerste geval noemen respondenten die bekend zijn met

"Als er nou zo iemand om de deur komt met zo'n witte jas aan en roept 'meneer XX', nou dat is toch verder geen probleem."

deze setting, dat zij te horen krijgen bij welke spreekkamer zij moeten zijn en in de buurt van deze spreekkamer kunnen plaatsnemen.

Respondenten geven aan dat, doordat de dokter hen kent, de dokter hen vanuit de wachtkamer ophaalt. Het wordt als fijn ervaren dat patiënten gegroepeerd zijn per dokter ofwel spreekkamer. Hierdoor wordt het wachten als minder massaal ervaren en is de privacy groter.

Uit de interviews bleek dat een andere mogelijkheid is dat een gang waar spreekkamers aan grenzen uitmondt op de wachtkamer. Je naam wordt omgeroepen in de wachtkamer om vervolgens (samen met de dokter) naar de juiste spreekkamer te lopen. Met het omroepen van de naam hebben deze

respondenten vrijwel geen probleem. Het is juist een punt waardoor de poli Urologie boven een andere poli wordt verkozen: ‘Dan vind ik urologie prettiger. Want daar word je naam afgeroepen als je komt.’ Over de methode van de andere poli is benoemd dat jouw dossier in een bak bij de deur wordt gedaan. Vervolgens moet jij zelf jouw bak zoeken om bij de goede spreekkamer te komen.

3.2 Architectonische privacy

Hieronder zal eerst ingegaan worden op de algemene indeling van een wachtruimte. Vervolgens zal er specifiek ingegaan worden op de zit-plekken binnen een wachtruimte. Hierna wordt toegelicht hoe respondenten denken over geluid in de wachtruimte en tot slot wordt er ingaan op de balie binnen de wachtruimte.

3.2.1 Wachtruimte

Een open ruimte als wachtkamer wordt als fijn ervaren door respondenten van de interviews en workshop. Een open wachtkamer wordt door respondenten gezien als overzichtelijk. In het bijzonder vinden ouders binnen het Beatrixkinderziekenhuis het fijn als de wachtkamer open en overzichtelijk is.

“Lekker aapjes kijken.”

Deze respondenten geven aan dat zij op deze manier gemakkelijk hun kinderen in de gaten kunnen houden. Daarbij geven respondenten aan dat zij van alles iets mee kunnen krijgen en dat het daarmee soms functioneert als tijdverdrijf: ‘Ik vind het heel leuk om te gaan inschatten wat de ander heeft.’ Verder geven respondenten aan dat bij een open ruimte er minder privacy is, maar dat een open ruimte wel prettiger is dan een gesloten ruimte.

Over een gesloten ruimte zijn respondenten niet enthousiast: ‘met hokjes kan het zo benauwd worden’.

“Een mens is eigenlijk een beetje een kuddedier. En dan is het vervelend als je in een aparte ruimte zit.”

Ook wordt er aangegeven dat respondenten niet weten waar zij heen moeten kijken wanneer alles dicht is. Ideaal zou een mogelijkheid tot afzondering zijn. Respondenten kunnen zich inbeelden dat wanneer je ernstig ziek bent of met tranen een spreekkamer uit komt lopen, dat je meer privacy verlangt en hierdoor afzondering wilt in de wachtkamer. Daarbij geven respondenten die zelf zichtbaar letsel hebben gehad aan dat zij zich hierdoor bekeken voelden in de wachtkamer. Zij hadden het prettiger gevonden wanneer zij afgezonderd konden zitten. Deze afzondering zou in de wachtkamer kunnen zijn maar er is

ook gepraat over een totaal afgezonderde ruimte. Naast een mogelijkheid tot afzondering spreken respondenten over het moment dat patiënten uit een spreekkamer komen: ‘Als er een deur opengaat kijkt iedereen meteen’. Vanuit de workshop kwam naar voren dat het ideaal zou zijn als tenminste de deur niet direct zichtbaar is voor andere patiënten.

3.2.2 Zit-plek ten opzichte van andere mensen

Verder geven respondenten aan dat het prettig is wanneer er keuzemogelijkheid is in waar zij kunnen zitten. Hierdoor kunnen respondenten zelf de keuze maken in wat voor ‘omgeving’ zij gaan zitten en zich kunnen afzonderen van drukte. Er is aangegeven dat het prettig is om in kleinere zitjes plaats te kunnen nemen. Hierdoor hoeft je andere patiënten niet ongemakkelijk aan te kijken of met je mobiel te spelen als afleiding. Respondenten noemen dat dit vaak voorkomt wanneer je in een kring zit met andere patiënten. Daarbij wordt aangegeven minder snel in een bank te gaan zitten: hier heb je namelijk geen eigen ruimte. Wanneer er lage afscheidingen tussen zitgedeeltes binnen de bank zijn is deze eigen ruimte er volgens meerdere respondenten wel.

Vanuit interviews en de workshop komt naar voren dat respondenten niet te dicht op andere patiënten willen zitten in de wachtkamer. Hierbij geven respondenten aan dat zij niet dichtbij andere patiënten gaan zitten wanneer zij zoeken naar een plek.

“Je knikt naar iemand, dan kijken ze je al aan van ‘wat moet die’.”

Aparte zitjes worden door respondenten als prettig ervaren. Bij aparte zitjes heb je meer je eigen plekje en zullen andere patiënten minder snel bij jouw tafeltje aanschuiven. Aan de andere kant wordt het in rijtjes of tegenover elkaar zitten als minder prettig ervaren. Respondenten geven aan dat dit komt doordat je dicht op elkaar zit en iedereen alles van je meekrijgt. Daarbij weten respondenten niet goed waar zij heen moeten kijken, omdat je snel een andere patiënt aankijkt. Volgens respondenten heb je tevens minder privacy om op je mobiel te kijken of papieren te lezen wanneer je dicht op elkaar zit. Een andere patiënt kan al snel meelezen. Als suggestie wordt gegeven dat het zitten in een U-vorm prettig kan zijn, wanneer er een tafel in het midden staat. Op deze manier wordt het ‘cosy’ en hoef je andere patiënten niet zo aan te kijken.

Uit de interviews komt naar voren dat respondenten een afscheiding tussen een bank prettig vinden. Respondenten geven aan dat je op deze manier minder het gevoel hebt dat je bovenop elkaar zit. Afscheidingen tussen zitjes zou volgens een respondent met verschillende soorten planten gecreëerd kunnen worden.

3.2.3 Geluid

Over geluid in de wachtkamer geven respondenten in de interviews en workshop verschillende meningen. Het verschilt van geen oog hebben voor geluid, geen moeite hebben met een stille wachtkamer tot het

“Je moet het zo zien dat je op een strand ligt. Dat is dan de rust. Dan wordt er een lijn getrokken en aan de andere kant gebeurt alles. Dan kun je daarna kijken en denken, ha daar gebeurt het, maar hier heb ik mijn rust. Een soort van afzondering van alles.”

verschrikkelijk vinden om in een stille wachtkamer te moeten zitten. Uit de interviews werd duidelijk dat er in de wachtkamers geen muziek wordt afgespeeld. Het geluid dat gehoord kan worden in de wachtkamers kan komen vanuit de patiënten of medewerkers

volgens de respondenten uit de interviews en workshop. Een stille wachtkamer zorgt er bij respondenten voor dat zij zenuwachtig worden en niet meer durven te praten want ‘iedereen kan dan meegenieten van je gesprek’. Aan de andere kant wordt er tijdens interviews aangegeven dat het niet uitmaakt dat het stil is in een wachtkamer. Respondenten vragen zich af wat voor soort muziek er afgespeeld moet worden.

Doordat veel mensen van verschillende soorten muziek houden twijfelen respondenten of het daardoor geschikt is muziek af te spelen. Een suggestie was dat achtergrondmuziek, zoals bij de sauna of in een warenhuis, zou kunnen werken. Naast het opvullen van de stilte kan achtergrondmuziek volgens respondenten leiden als een afleiding van andermans gesprekken.

“Er mag wat mij betreft wel sprake zijn van licht rumoer. Anders is het zo klinisch gebeuren allemaal. Het hoeft ook niet zo te zijn dat je ieder zijn gesprek kunt volgen, maar als er helemaal geen geluid is lijkt het me wel heel kil allemaal.”

Tijdens de workshop kwam naar voren dat wanneer andere mensen in de wachtkamer in gesprek zijn het prettig is wanneer dit geluid niet ver draagt. Hierbij gaven de respondenten aan dat zij geen onderdeel van andermans gesprek willen worden. Dit kan gebeuren wanneer je veel van andermans gesprek meekrijgt. Wanneer het geluid niet ver draagt is het volgens deze respondenten waarschijnlijker dat je minder snel onderdeel wordt van andermans gesprek, en dus minder van andermans gesprek meekrijgt.

3.2.4 Balie

Respondenten geven aan dat het bij binnenkomst fijn is meteen te weten waar je naartoe moet. Ook wordt aangegeven dat het prettig is om tijdens het wachten zicht te hebben op de balie. Wanneer je een vraag hebt kun je die meteen stellen, maar wanneer de medewerkers iets moeten vragen kan dit ook gemakkelijk. Over het algemeen hebben respondenten er geen problemen mee als anderen hun gesprek met de baliemedewerker kunnen horen, omdat dit gesprek over het maken van afspraken gaat.

4. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt eerst de conclusie van het onderzoek besproken en hoe dit samenhangt met eerdere literatuur. Vervolgens wordt er in de discussie gekeken naar de onderzoeksopzet en welke invloed dit heeft gehad op de resultaten van het onderzoek. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor de opdrachtgever en mogelijk vervolgonderzoek.

4.1 Conclusie

Vanuit de resultaten kan er antwoord gegeven worden op de hoofdvraag: *‘Hoe kunnen de psychologische en architectonische privacy van de wachtkamer geoptimaliseerd worden naar de ervaringen van patiënten binnen het Beatrixkinderziekenhuis, Urologie en Obstetrie & Gynaecologie?’* Wanneer er naar de psychologische privacy gekeken wordt willen patiënten zo min mogelijk van andermans gesprekken mee krijgen. Andersom geldt ook dat patiënten willen dat anderen zo min mogelijk van hun gesprekken of informatie meekrijgen. Hoe stiller het is of hoe dichter je op elkaar zit, des te groter de kans dat je elkaars gesprekken mee krijgt. Wanneer er naar de architectonische privacy wordt gekeken zijn er verschillende behoeften vanuit patiënten. Deze behoeften kunnen in één overzichtelijke wachtkamer tot uiting komen met verschillende soorten zitplekken, van open tot afgezonderde zitplekken. Hierbij is het ook belangrijk dat wanneer je een spreekkamer uit loopt afzondering kan opzoeken en niet direct de wachtkamer inloopt.

De resultaten en conclusie van dit onderzoek passen bij wat er bekend is over de rol van sociale controle bij privacy. Janowitz (1975) beschrijft sociale controle als het vermogen van iemand om zichzelf te reguleren naar de gewenste principes en waarden. Hoe meer controle iemand ervaart, hoe meer (keuze)vrijheid deze persoon eigenlijk ervaart (Tayler & Stough, 1978). In de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de respondenten graag keuzevrijheid willen in het kiezen van zitplekken. Dit vergroot volgens de bovengenoemde literatuur de sociale controle en daarmee de privacy van de respondenten. Verder wordt er door Altman (1975) besproken dat mensen het gebrek aan sociale controle corrigeren door hun persoonlijke ruimte af te bakenen. In openbare ruimtes ervaren mensen minder sociale controle dan bijvoorbeeld in een thuis-situatie. Te verwachten is dat patiënten weinig sociale controle ervaren en hierdoor hun persoonlijke ruimte af zullen bakenen. De respondenten gaven aan dat, wanneer zij een zitplek kiezen, zij liever niet te dicht bij anderen zitten. Hiermee bakenen zij hun persoonlijke ruimte af. Tot slot wordt er door Gmeling Meijling (2011) benoemd dat de meeste privacy wordt ervaren in wachtruimtes waarin beschutte wachtplekken zijn en waarin de wachtplekken niet dicht op elkaar of in rijen achter elkaar zijn geplaatst. Uit de resultaten blijkt ook dat de respondenten graag open, maar ook afgezonderde wachtplekken fijn vinden en dat deze plekken niet dicht op elkaar of in rijen moeten zijn geplaatst om tot een betere privacy te komen.

Aan de andere kant is er door van der Neut, Bakker & Bosscher (2016) onderzoek gedaan binnen het UMCG. Hierin noemden medewerkers dat de privacy van een patiënt onmiddellijk weg is wanneer de patiënt bij naam opgeroepen wordt in de wachtkamer. Uit de resultaten van dit onderzoek komt echter naar voren dat het respondenten niet uitmaakt dat zij bij naam omgeroepen worden in de wachtkamer.

4.2 Discussie

In de discussie wordt ingegaan op drie verschillende aspecten van het onderzoek. Ten eerste wordt ingegaan op de sterke punten van het onderzoek. Vervolgens worden de verbeterpunten van het onderzoek aangehaald. Tot slot wordt ingegaan op welke invloed verschillende factoren kunnen hebben gehad op de resultaten en conclusie.

4.2.1 Sterke punten onderzoeksopzet

Eén van de sterke punten van dit onderzoek is dat er aanvullend op de interviews een workshop is gehouden. Naast dat dit een creatieve en vernieuwende manier van onderzoek doen is, sloot deze manier van onderzoeken goed aan bij de vraag vanuit de opdrachtgever 'dromen over de poli van de toekomst'.

Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat de interviews in duo's zijn afgenomen. Dit maakte wel dat er minder tijd was voor een interview, maar zorgde ervoor dat de onderzoekers elkaar konden aanvullen tijdens een interview. Tevens gaf dit de mogelijkheid om later in het interview terug te komen op het eigen onderwerp om een vergeten vraag te stellen.

4.2.2 Verbeter-punten onderzoeksopzet

De resultaten van het onderzoek zijn gecodeerd door één persoon. Wanneer meerdere personen de resultaten coderen worden de resultaten objectiever. De kans is kleiner dat data onder een minder passende codering komt te staan. Ook is de kans kleiner dat belangrijke data over het hoofd wordt gezien en niet wordt meegenomen in de codering.

Verder is het tijdens een focusgroep (in dit onderzoek workshop genoemd) de bedoeling latente behoeften van de deelnemers te achterhalen. Dit wordt gedaan door de deelnemers eerst te sensitiveren voor het onderwerp door naar het verleden te kijken. Hierna kan er naar de toekomst gekeken worden. Dit wordt gedaan door middel van een sensitiveringstool, bijvoorbeeld een dagboekje. Hierin worden de deelnemers gedurende acht dagen gevraagd elke dag enkele vragen te beantwoorden. Aansluitend op de laatste dag van de sensitiveringstool vindt de focusgroep plaats en gaan de deelnemers, onder begeleiding van de onderzoeker, kijken naar de toekomst. Tijdens dit onderzoek is er alleen een focusgroep/workshop gehouden. Het onderzoek was sterker geweest wanneer een sensitiveringstool was afgenomen bij de deelnemers van de focusgroep/workshop. Hiervoor is niet gekozen doordat dit niet haalbaar was in verband met tijd.

4.2.3 Invloed op de resultaten en conclusie

Tijdens het onderzoek zijn er bepaalde beslissingen gemaakt die invloed kunnen hebben gehad op de resultaten van dit onderzoek.

Ten eerste is er vanwege een praktische overweging de keuze gemaakt dat de respondenten voor de interviews uit Groningen moeten komen. Dit kan de representativiteit hebben beïnvloed doordat de respondenten nu uit één omgeving komen, terwijl er ook patiënten buiten Groningen het UMCG bezoeken.

Verder is bij de poli Obstetrie & Gynaecologie de selectie van respondenten verlopen via een doktersassistent. Hierdoor heeft er een selectie plaatsgevonden die de representativiteit van de respondenten kan hebben beïnvloed. Er kunnen alleen patiënten benaderd zijn die positief of juist negatief over de poli denken.

Daarbij heeft bij de poli van het Beatrixkinderziekenhuis een selectie plaatsgevonden door de interviews af te nemen op één dagdeel. Bij het Beatrixkinderziekenhuis zijn er vaste dagen en tijden waarop verschillende afdelingen poli draaien. Dit betekent dat de respondenten bij dezelfde afdelingen zitten en mogelijk een andere kijk op de poli hebben dan patiënten van een andere afdeling.

Halverwege de interviews is gekozen om gebruik te maken van afbeeldingen. Voor de afbeeldingen met voorbeelden van zitjes waren er drie mogelijkheden. Alle respondenten hebben voor afbeelding C gekozen, een bank waar afscheidingen tussen geplaatst zijn. Wat de respondenten noemden over deze afbeelding was evenredig met wat zij verder noemden over de wachtkamer. Achteraf is de keuze van afbeelding C niet verrassend. Afbeelding C is een aangekleed zitje waarbij er een sfeer naar boven komt.

Daarentegen zijn afbeelding A en B enkel de stoelen of bank. Deze twee afbeeldingen zien er hierdoor minder aantrekkelijk uit, doordat zij niet zoals C in een ruimte staan.

Naast de beslissingen met betrekking tot de respondenten van de interviews, is er ook een beslissing genomen met betrekking tot de workshop. Er is vanwege praktische overweging gekozen om zelf respondenten te werven in plaats van patiënten vanuit het UMCG te benaderen. De inclusiecriteria die aan deze respondenten gesteld is, is dat zij in de poli van een ziekenhuis zijn geweest. Hiermee is dit onderdeel van het onderzoek breder getrokken dan het UMCG en kan het zijn dat andere data naar boven is gekomen dan wanneer de respondenten allen uit het UMCG kwamen. Doordat de respondenten uit de kennissenkring zijn geworven kenden enkele respondenten elkaar, ook kenden de respondenten minstens één van de onderzoekers. Waarschijnlijk hing er hierdoor een ontspannen en veilige sfeer tijdens de workshop. Door deze sfeer hebben de respondenten waarschijnlijk gemakkelijker hun mening gegeven, dan wanneer er geen veilige sfeer was. Verder waren de meeste respondenten student. Dit is geen representatieve selectie van de daadwerkelijke doelgroep patiënten. In de doelgroep zit meer variatie qua leeftijd, achtergrond en plaats in de maatschappij. Deze studenten worden wel de patiënten van de toekomst en dromen daardoor over hoe zij hun poli van de toekomst willen zien.

Tijdens de interviews gaven enkele respondenten aan dat zij allang blij waren dat zij goed geholpen werden en hierdoor eigenlijk de wachtkamer voor lief nemen. De indruk werd door sommige respondenten gewekt dat zij geen commentaar wilden leveren op de wachtkamer, doordat zij dan indirect commentaar leveren op het UMCG. Waar zij juist zo goed over te spreken zijn. Dit gevoel werd ook gewekt wanneer er naar de toekomstige poli werd gevraagd. Vaak werd geantwoord dat het zo goed is. Wanneer een respondent aangeeft iets in de toekomstige wachtkamer anders te willen, wordt er indirect gezegd dat dit nu niet goed (genoeg) is. Om aan te moedigen dat respondenten hier wel over spraken zijn tijdens de interviews de afbeeldingen gebruikt. De vraag blijft echter of het verstandig is een wachtruimte in te richten op de meningen van patiënten, wanneer dit een ingehouden mening kan zijn geweest. Zolang de zorg goed is kunnen de overige aspecten, zoals de wachtkamer, voor lief worden genomen en als minder belangrijk worden gezien.

4.3 Aanbevelingen

Vanuit de workshop is veel bruikbare data verzameld. Zo is naar voren gekomen dat respondenten het prettig vinden dat je vanuit de spreekkamer niet direct de wachtkamer in stapt. De deur van een spreekkamer kan afgeschermd worden, maar het moet hierdoor geen gesloten ruimte worden. Voor vervolg onderzoek met een workshop is het aan te bevelen deelnemers van een focusgroep van tevoren te sensitiveren door middel van een sensitiveringstool. Zoals benoemd is in de discussie worden op deze manier de latente behoeften van een deelnemer achterhaald. Met behulp van deze resultaten kan er met meer zekerheid benoemd worden wat respondenten prettig vinden in een wachtkamer.

Vanuit de resultaten komt naar voren dat respondenten het vervelend vinden als het stil is, voornamelijk doordat gesprekken gemakkelijker te horen zijn. Licht rumoer wordt door respondenten als prettig ervaren. Dit vermindert de mogelijkheid tot het meekrijgen van andermans gesprekken. Over hoe muziek in deze setting past wordt verschillend gedacht door patiënten. Uit onderzoek van Evans (2002) komt naar voren dat muziek angst kan verminderen tijdens het ontvangen van 'reguliere zorg'. Evans (2002) beveelt aan om muziek af te spelen waar 'reguliere zorg' wordt geleverd. In het UZ Leuven wordt muziek afgespeeld op verschillende plekken in het ziekenhuis (Vandenhoeck, 1997). Zo wordt er in wachtruimten muziek afgespeeld die zorgt voor afleiding, maar ook voor een vertrouwde omkadering. Naast of in plaats van muziek kan er ook gebruik worden gemaakt van geluiddempende materialen in de wachtkamer.

Hierdoor kan het geluid van gesprekken minder ver dragen. Het is aan te raden onderzoek te doen naar de effecten van verschillende soorten en geen muziek in de wachtkamer, maar ook naar het effect van geluiddempende materialen in de wachtkamer.

Verder wordt aanbevolen vervolgonderzoek te doen door middel van experimenteel onderzoek. Tijdens dit experimentele onderzoek kunnen de bevindingen van dit onderzoek getoetst worden en gekeken worden of patiënten daadwerkelijk prettig vinden wat zij aan hebben gegeven tijdens de interviews en workshop. Bij een experimenteel onderzoek wordt een experimentele conditie met een controle conditie vergeleken (Nederlands Jeugdinstituut, Z.D.). Een mogelijke experimentele conditie kan het met opzet dichtbij andere patiënten gaan zitten zijn. Hierbij is de controle conditie om op een 'gepaste' afstand te gaan zitten bij andere patiënten. Wanneer de patiënt uit de conditie gaat is het belangrijk deze patiënt te ondervragen over hoe diegene de conditie heeft ervaren. Eerder is gesproken over het onderzoeken naar of muziek prettig is in een wachtkamer en welke soort muziek dan prettig is. Dit kan ook in de vorm van experimenteel onderzoek. Hierbij wordt de experimentele conditie het afspelen van muziek en de controle conditie het niet afspelen van muziek.

Gezien de doelgroep kan het lastig en irrealistisch zijn om door middel van experimenteel onderzoek, onderzoek te verrichten. Toch wordt het aanbevolen dit te proberen, doordat dit meer zekerheid kan geven over hoe patiënten hun droompoli zien.

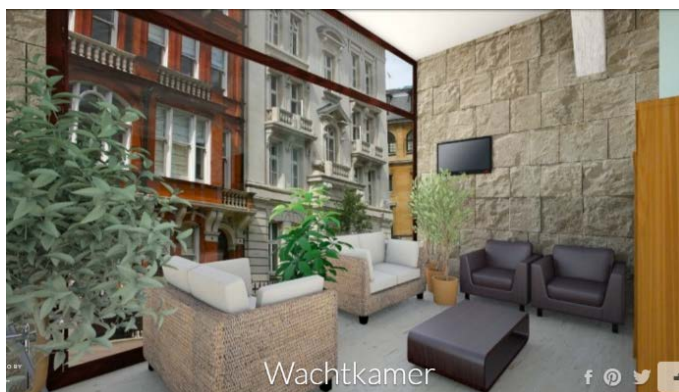
Tot slot komt er vanuit de resultaten naar voren dat de behoefte aan privacy gerelateerd is aan de ernst van de ziekte. Respondenten gaven aan dat zij zich kunnen inbeelden dat wanneer iemand ernstiger ziek is, diegene het prettig zou vinden om meer privacy te hebben. Dit kan gerealiseerd worden door middel van meerdere soorten zitjes in de wachtkamer te plaatsen, open en meer afgezonderde zitjes. Zo kan elke patiënt een zitje kiezen die voldoet aan de eigen behoeften. Onderzoek van Dosey & Meisels (1969) sluit aan bij wat de respondenten hebben aangegeven. Dit onderzoek geeft aan dat de mate van stress invloed heeft op de afstand die je tussen andere mensen hebt. Hoe hoger de stress, des te meer afstand wenselijk is. Er vanuit gaande dat een ernstigere ziekte meer stress oproept tijdens afspraken in het ziekenhuis dan minder ernstigere ziektes, sluiten de resultaten aan bij dit onderzoek. Toch kan het interessant zijn om verder onderzoek te doen naar dit onderscheid in patiëntgroepen. In dit onderzoek is namelijk niet met de 'ernstige zieken' gesproken. Daarbij is het ook interessant om te onderzoeken wanneer een patiënt onder de ernstige zieke patiënten valt. Schaalt een patiënt zichzelf hierin? of zal elke patiënt noemen dat hij zich kan inbeelden wanneer je ernstiger ziek bent je meer behoefte aan privacy kan hebben.

4.3.1 Indeling wachtkamer

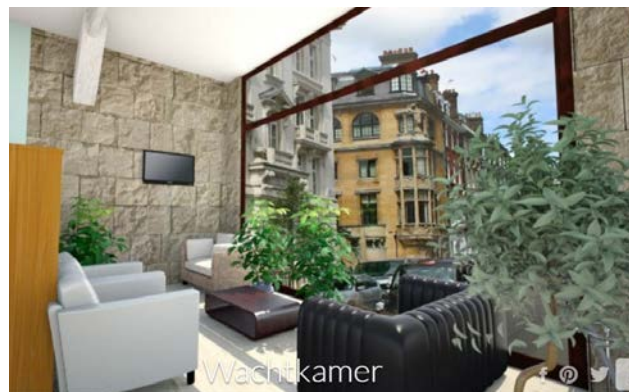
De resultaten zijn verwerkt tot een mogelijke indeling van de wachtkamer. In afbeelding 4.1 is een bovenaanzicht van de wachtkamer te zien. Links en rechts onderin de plattegrond zijn twee afgezonderde ruimtes gecreëerd. Hier kunnen patiënten zich voor of na een afspraak terug trekken. Binnen deze afgezonderde ruimte zijn afscheidingen gecreëerd met behulp van planten. Ook is er één groot raam met uitzicht naar buiten. Hiermee wordt de openheid binnen de wachtkamer behouden. Op afbeelding 4.2 en 4.3 zijn deze afzonderlijke ruimtes te zien.



Afbeelding 4.1: Bovenaanzicht wachtkamer



Afbeelding 4.2: Linker afgezonderde ruimte



Afbeelding 4.3: Rechter afgezonderde ruimte

Aan de linker en rechter muur bevinden zich de deuren naar de spreekkamers. Voor elke deur staat een afscherming. Deze afscherming zorgt ervoor dat patiënten niet direct de wachtkamer binnenstappen uit een afspraak. Patiënten kunnen eerst afzondering vinden in een afgezonderde ruimte. Tussen de afscheiding zijn ruimtes opengelaten zodat de arts hier tussendoor de patiënt kan oproepen. Verder kan er door de afscheidingen heen gekeken worden. Op deze manier wordt de openheid binnen de wachtkamer behouden. De afscheidingen zijn te zien op afbeelding 4.4 en 4.5.

Aan de linker kant in het midden zijn vier zitjes te zien. De middelste twee zitjes bestaan uit een hoge tafel met hoge stoelen. Hiermee is een scheiding gecreëerd tussen de overige twee zitjes en kunnen patiënten minder goed iedereen in de gaten houden. Aan de rechter kant in het midden is één grote tafel gecreëerd. Aan deze tafel kan gemakkelijk iemand in een rolstoel aanschuiven. Maar ook biedt deze tafel mogelijkheid om met andere patiënten in gesprek te raken. Door de verschillende zitjes en soorten stoelen heeft de patiënt veel keuzemogelijkheid waar hij gaat zitten en is wat voor soort 'omgeving'. De verschillende soorten zitjes zijn te zien op afbeelding 4.2 tot en met 4.5.



Afbeelding 4.4: Linker kant wachtruimte



Afbeelding 4.5: Rechter kant wachtruimte



Afbeelding 4.6: Zicht binnenkomst wachtruimte

Bovenaan de plattegrond is de balie te zien. Bij binnenkomst is duidelijk waar de patiënt heen moet, doordat de balie gelijk in zicht is. Dit is te zien op afbeelding 4.6. Wanneer de patiënt in de wachtkamer plaatsneemt kan hij ervoor kiezen om dichterbij of juist verderaf van de balie plaats te nemen.

Onderaan in het midden op de plattegrond is de ingang van de wachtkamer. Naast de ingang zijn twee paraplu houders geplaatst. Tijdens het onderzoek is er een bezoek gebracht aan het Isala ziekenhuis te Zwolle. Bij Isala staat gastvrijheid centraal en zijn zij bezig de gastvrijheid binnen het ziekenhuis te vergroten. Tijdens dit bezoek is gesproken met de klantmanager. Hij noemde dat er een ideeën wedstrijd heeft plaatsgevonden om de gastvrijheid te vergroten. In de top 5 kwam onder andere het idee van de leenparaplu voor. Deze leenparaplu's kunnen in verschillende houders bij de ingangen worden neergezet. In het kader van het grotere onderzoek naar gastvrijheid waar privacy onderdeel van is. Zijn in de wachtkamer paraplu houders geplaatst voor leenparaplu's, of eigen paraplu's die mensen meebrengen, om de gastvrijheid van de wachtkamer te verhogen.

Literatuurlijst

- Actiestoelen.nl. (Z.D.) *Vepa Alpine*. [online afbeelding]. Gedownload op <http://www.actiestoelen.nl/product/60/vepa-alpine/>
- Altman, I. (1975). *The Environment and Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory, and Crowding*.
- Altman, I. (1977). Privacy regulation: culturally universal or culturally specific? *Journal of Social Issues*, 33(3), 66-84.
- Bell, P.A., Greene, T.C. & Fisher, J.D. (2001). *Environmental psychology* (5de ed.). Forth Worth: Harcourt College Publishers.
- Brinkman, J. (2011). *Cijfers spreken*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Dosey, M. A., & Meisels, M. (1969). Personal space and self-protection. *Journal of personality and social psychology*, 11(2), 93.
- Evans, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 37(1), 8-18.
- Fischer, T., & Julsing, M. (2009). *Onderzoeksvaardigheden*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Gifford, R. (2002). *Environmental psychology: Principles and practice*.
- Gmelig Meijling, C. P. W. (2011). *Ruimtelijke beleving van poliklinieken in ziekenhuizen* (Doctoral dissertation, TU Delft, Delft University of Technology).
- Hall, E. (1966). The hidden dimension. *Doubleday, Garden City*, 14, 103-124.
- Hanington, B., & Martin, B. (2012). *Universele ontwerpmethoden*. Rockport Publishers.
- Hanzehogeschool Groningen. (2016). *Wat is bureau NoorderRuimte*. Geraadpleegd op 24 februari 2016, van <https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/kenniscentra/kenniscentrum-noorderruimte/organisatie/afstuderen-stage/concept-bureau-noorderruimte>
- Hoogstra, A. (2015). *Grote poliverhuizing op komst*. Gedownload op 16 februari 2016, van <https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/UMCG/Publicaties/Polsslag/2015/Poliverhuizing%20op%20komst.pdf#search=hotfloor>
- Indora. (Z.D.). *Patiënt heeft drie primaire emotionele basisbehoeften*. Geraadpleegd op 21 maart 2016, van <http://www.indora.nl/patient-heeft-drie-primaire-emotionele-basisbehoeften/>

- Janowitz, M. (1975). Sociological theory and social control. *American Journal of sociology*, 82-108.
- Li, T., & Slee, T. (2014). The effects of information privacy concerns on digitizing personal health records. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 65(8), 1541-1554.
- Lin, Y. K., & Lin, C. J. (2010). Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*, emj-2010.
- Lucassen, P. L. B. J., & Olde Hartman, T. C. (2007). Kwalitatief onderzoek. *Praktische methoden voor de medische praktijk*.
- MV Kantoor. (Z.D.). *Wachtkamer meubelen nodig?* [online afbeelding]. Gedownload op https://www.mvkantoor.nl/pg-23918-7-58631/pagina/meubels_wachtkamer.html
- Nederlands Jeugdinstituut. (Z.D.). *Soorten effectonderzoek*. Geraadpleegd op 15 mei 2016, van <http://www.nji.nl/Soorten-effectonderzoek>
- Neut van der, A., Bakker, J., & Bosscher, N. (2016). *Rapport belevingsonderzoek privacy in de praktijk*. UMCG. [interne publicatie]
- Park, J. H. (2015). Introversion and human-contaminant disgust sensitivity predict personal space. *Personality and Individual Differences*, 82, 185-187.
- Parrott, R., Burgoon, J. K., Burgoon, M., & LePoire, B. A. (1989). Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality. *Social science & medicine*, 29(12), 1381-1385.
- Projectinrichter de. (Z.D.). *Vepa moi loungeprogramma*. [online afbeelding]. Gedownload op <http://www.deprojectinrichter.com/Vepa/Moi>
- Rapper de, Y. (2015). *Verslag vanuit patiënten spiegelbijeenkomst privacy*. UMCG. [interne publicatie]
- Rothfusz, J. (2012). *Ethiek in de psychologie*. Pearson Education.
- Sundstrom, E., Burt, R. E., & Kamp, D. (1980). Privacy at work: Architectural correlates of job satisfaction and job performance. *Academy of Management Journal*, 23(1), 101-117.
- Taylor, R. B., & Stough, R. R. (1978). Territorial cognition: Assessing Altman's typology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(4), 418.
- UMCG. (2016). *Het UMCG*. Geraadpleegd op 8 februari 2016, van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Paginas/default.aspx>
- UMCG. (2016). *Gebouw hoofdingang schemer*. [online afbeelding]. [interne publicatie].
- Vandenhoeck, A. (1997). Muziek in de Universitaire Ziekenhuizen Leuven. *Adem: Driemaandelijks Tijdschrift voor Muziek*, 33(4), 123-126.

Westin, A. F. (1968). Privacy and freedom. *Washington and Lee Law Review*, 25(1), 166.

Bijlage 1: Belscript UMCG

Goedemiddag meneer / mevrouw.....,

U spreekt met

Ik bel u namens de polikliniek Urologie van het UMCG.

Bel ik u gelegen op dit moment?

Het gaat over het volgende:

De komende periode vindt binnen het UMCG een onderzoek plaats naar de gastvrijheid in de wachtruimte van de polikliniek Urologie. Dit in verband met de herindeling van de poliklinieken die voor volgend jaar gepland staat.

Klopt het dat u dit jaar één of meerdere bezoeken aan de polikliniek Urologie heeft gebracht?

De polikliniek Urologie wil u nu graag uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek naar gastvrijheid. Mag ik u daar wat meer over vertellen?

Het onderzoek bestaat uit het houden van interviews met bezoekers van de polikliniek. In deze interviews zullen een paar onderdelen van gastvrijheid aan de orde komen. Dit zijn privacy, inrichting van de wachtruimte (bijv. indeling, meubilair, kleurgebruik), informatievoorziening en het concept 'healing environment' (in het Nederlands: een helende of genezende omgeving).

Zou u willen meewerken aan een interview?

Het interview duurt maximaal een uur. Wanneer en waar wordt in overleg met u vastgesteld. Desgewenst kan het interview bij u thuis plaatsvinden. In dat geval hoeft u er niet voor te reizen. Als u het prettiger vindt om het bij de polikliniek te doen, dan kan dat uiteraard ook. Het interview wordt afgenomen door twee studenten van de Hanzehogeschool.

Welke dag en tijd schikt u? En naar welke plaats gaat uw voorkeur uit? (Eventueel ook privéadres noteren!)

Wij sturen u een bevestiging per e-mail. In de bevestiging staan naast dag, tijd en plaats van het interview ook de namen van de studenten met wie u de afspraak heeft. Welk e-mailadres kan ik hiervoor noteren?

Dank u. Hebt u op dit moment nog vragen?

Dan wil ik u voor nu hartelijk bedanken voor dit gesprek en u nog een fijne dag toewensen.

Bijlage 2: Bevestigingsbrief interview

Kehhiscentrum NoorderRuimte

Bezoekadres
Zernikeplein 11, Groningen
Telefoon (050) 3954524

www.hanze.nl

Datum
12 april 2016

Postbus 3037 9701 DA Groningen

Mevrouw XX
Adres
Postcode GRONINGEN

Onderwerp
Bevestiging afspraak interview

Geachte mevrouw XX,

Zoals donderdag 7 april jl. telefonisch met u afgesproken, bevestigen wij u hierbij onze afspraak voor een interview op donderdag 14 april 2016 om 14.45 uur bij de polikliniek Gynaecologie & Obstetrie van het UMCG.

Het interview gaat over de gastvrijheid in de wachtruimte van de polikliniek Gynaecologie & Obstetrie en zal maximaal een uur duren. In de bijlage treft u meer informatie aan over het onderzoek.

Wij stellen het zeer op prijs dat u uw medewerking wilt verlenen en zien u graag aanstaande donderdag.

Met vriendelijke groet,

Bart Linthorst
Marthy Drent

Bijlage: 1

Bijlage 3: Informatiebrief Obstetrie & Gynaecologie

Groningen, maart 2016

Beste lezer,

Kunnen wij het wachten op de polikliniek voor u prettiger maken? Graag horen we hoe!

Wij, Marit, Bart, Mark en Marthy, zijn vier studenten van de Hanzehogeschool die onderzoek doen naar gastvrijheid in de wachtruimte van de polikliniek Gynaecologie & Obstetrie.

Het UMCG heeft ons hiervoor gevraagd in verband met de verbouwing die voor 2017 gepland staat en waarbij de poliklinieken opnieuw zullen worden ingedeeld en ingericht. De wensen en behoeften van de mensen die de polikliniek bezoeken staan in het onderzoek centraal. Reden waarom wij u graag uitnodigen voor een interview om hierover met u in gesprek te gaan.

Er zijn vier onderdelen binnen de gastvrijheid die in ons onderzoek worden meegenomen. Dit zijn: informatievoorziening, privacy beleving, inrichting en healing environment. Ieder interview vindt met twee studenten plaats. In het interview zullen uw ervaringen met maximaal twee onderdelen besproken worden.

Wij zijn ons ervan bewust dat wij voor dit interview een beroep doen op uw tijd en willen dit tijdsbeslag zoveel mogelijk beperken. Het interview zal daarom maximaal een uur duren. De periode waarin de interviews worden gehouden loopt van maandag 4 t/m vrijdag 22 april a.s. De plaats en het moment van het interview willen wij graag in overleg met u bepalen. Wij zijn op zoek naar mensen die minstens 2 keer de poli bezocht hebben, waarvan minstens een keer in de afgelopen drie maanden is geweest. Daarbij prefereren wij iemand die in Groningen woont, zodat wij de mogelijkheid kunnen geven om naar u toe te komen om het interview af te nemen.

Om te horen of u wilt meewerken, nemen wij, of een medewerk(st)er van de polikliniek, binnenkort contact met u op. In een enkel geval kan het zijn dat u al benaderd bent, vóórdat u deze brief ontving.

Het UMCG hecht grote waarde aan uw mening over de gastvrijheid op de polikliniek en hoopt daarom van harte op uw medewerking. Door uw ervaringen en ideeën met ons te delen, kunt u het wachten op de polikliniek niet alleen voor uzelf, maar ook voor andere bezoekers prettiger maken!

Hartelijke groet en hopelijk tot ziens,

Marit van Wijncoop
Bart Linthorst
Mark Baerveldt
Marthy Drent

Bijlage 4: Leaflet Beatrixkinderziekenhuis

Kunnen wij het wachten op de polikliniek
prettiger voor jou maken?

Vertel ons hoe!

- Wat?** Het UMCG wil graag weten wat jij van de wachtruimte van de polikliniek Kindergeneeskunde vindt.
- Wie?** Vier studenten van de Hanzehogeschool Groningen zijn dit voor ons aan het onderzoeken. Dit zijn Marit, Bart, Mark en Marthy.
- Waarom?** We willen graag dat je je prettig voelt bij ons!
- Hoe?** Deze week zijn Marit, Bart, Mark en Marthy een ochtend of een middag bij ons in de wachtruimte om jou en/of je ouders een paar korte vragen te stellen. Maar de eerste vraag is natuurlijk óf we je wat mogen vragen! En dan hopen we dat je 'ja' zegt.... 😊



Bijlage 5: Origineel interviewschema

Interviewschema

- Bedanken voor deelname
- Benoemen hoelang het interview ongeveer zal duren (+/- 1 uur, beide interviews)
- Doel van interview benoemen
- Topics kort toelichten
- Mag ik jij of u zeggen
- Toestemming vragen voor geluidsopname

Openingsvraag: In welke wachtkamers bent u nog meer bekend dan de wachtkamer van de poli.....?

Indeling van de wachtkamer

- Afstand tussen zitplekken
 - Afscherming van zitplekken
 - Afstand tussen balie en zitgedeelte
- o U loopt de wachtkamer binnen, meld u aan. Waar gaat u vervolgens meestal zitten?
Is er een rede dat u op de banken/stoelen gaat zitten?
- o Hoe vind u het om dicht naast iemand te moeten gaan zitten?
- o De poli urologie is een vrij open wachtkamer, je hebt geen ruimte om je af te kunnen zonderen.
Prefereert u deze open ruimte of zou u zich liever af kunnen zonderen?
- o Vanuit de wachtkamer kan iemand eigenlijk alles goed in de gaten houden, er is namelijk zicht op de balie en de (meeste) spreekkamers. Hoe vind u dit?
- o Als u zelf een indeling zou mogen maken van een wachtkamer, hoe zou dit er dan uit komen te zien?
Hoe ver staat alles van elkaar af?
Waar heb je zicht op?

Verspreiding persoonlijke informatie

- Balie
 - Zitgedeelte
 - Omroepen van je naam
 - Papieren/formulieren met persoonlijke info
 - Overleggen van medewerkers
- o Heeft u wel eens het gevoel dat andere mensen u gesprekken, van u en een medewerker of met degene waarmee u naar de poli gaat, mee kunnen luisteren?
Wel → Waar gaan deze gesprekken meestal over?
Hoe vindt u dit?
Op welke plekken heeft u meestal dit gevoel?
Niet → Hoe komt dit denkt u?
- o Hoe zou u dit graag willen zien? (wat is ideaal)
Wat zou een eerste stap in deze richting zijn?
- o Ik heb zelf ook enkele keren in de wachtkamer gezeten en het viel mij op dat iedereen/sommigen per naam omgeroepen werden, hoe vindt u dit?

Ontvangen van andermans informatie

- Balie
 - Zitgedeelte
 - Papieren met persoonlijke informatie
 - Overleggen van medewerkers
- o Hoort u wel eens gesprekken van anderen mensen in de wachtruimte?
 - o Zo ja, wordt er dan ook weleens gesproken over onderwerpen die u liever niet meekrijgt?
 - o Hoe zou u dit graag willen zien? (wat is ideaal)

Bijlage 6: Aangepast interviewschema

- Bedanken voor deelname
- Benoemen hoelang het interview ongeveer zal duren (+/- 1 uur, beide interviews)
- Doel van interview benoemen
- Topics kort toelichten
- Mag ik jij of u zeggen
- Toestemming vragen voor geluidsopname

Openingsvraag: In welke wachtkamers bent u nog meer bekend dan de wachtkamer van de poli.....?

Indeling van de wachtkamer

- Afstand tussen zitplekken
 - Afscherming van zitplekken
 - Afstand tussen balie en zitgedeelte
- o U loopt de wachtkamer binnen, meld u aan. Waar gaat u vervolgens meestal zitten?
Is er een rede dat u op de banken/stoelen gaat zitten?
- o Ik heb drie verschillende afbeeldingen van zitjes, welk van deze zitjes zou u het fijnst vinden in de wachtkamer?
- o Ik heb ook drie verschillende schetsen van een mogelijke indeling van de wachtkamer. Welk van deze indelingen zou u het prettigst vinden?
- o De poli urologie is een vrij open wachtkamer, je hebt geen ruimte om je af te kunnen zonderen. Prefereert u deze open ruimte of zou u zich liever af kunnen zonderen?
- o Vanuit de wachtkamer kan iemand eigenlijk alles goed in de gaten houden, er is namelijk zicht op de balie en de (meeste) spreekkamers. Hoe vind u dit?
- o Als u zelf een indeling zou mogen maken van een wachtkamer, hoe zou dit er dan uit komen te zien?
Hoe ver staat alles van elkaar af?
Waar heb je zicht op?

Verspreiding persoonlijke informatie

- Balie
 - Zitgedeelte
 - Omroepen van je naam
 - Papieren/formulieren met persoonlijke info
 - Overleggen van medewerkers
- o Heeft u wel eens het gevoel dat andere mensen u gesprekken, van u en een medewerker of met degene waarmee u naar de poli gaat, mee kunnen luisteren?
Wel → Waar gaan deze gesprekken meestal over?
Hoe vindt u dit?
Op welke plekken heeft u meestal dit gevoel?
Niet → Hoe komt dit denkt u?
- o Hoe zou u dit graag willen zien? (wat is ideaal)
Wat zou een eerste stap in deze richting zijn?
- o Ik heb zelf ook enkele keren in de wachtkamer gezeten en het viel mij op dat iedereen/sommigen per naam omgeroepen werden, hoe vindt u dit?

Ontvangen van andermans informatie

- Balie
 - Zitgedeelte
 - Papieren met persoonlijke informatie
 - Overleggen van medewerkers
- o Hoort u wel eens gesprekken van anderen mensen in de wachtruimte?
- o Zo ja, wordt er dan ook weleens gesproken over onderwerpen die u liever niet meekrijgt?
- o Hoe zou u dit graag willen zien? (wat is ideaal)

A (MV kantoor, Z.D.)



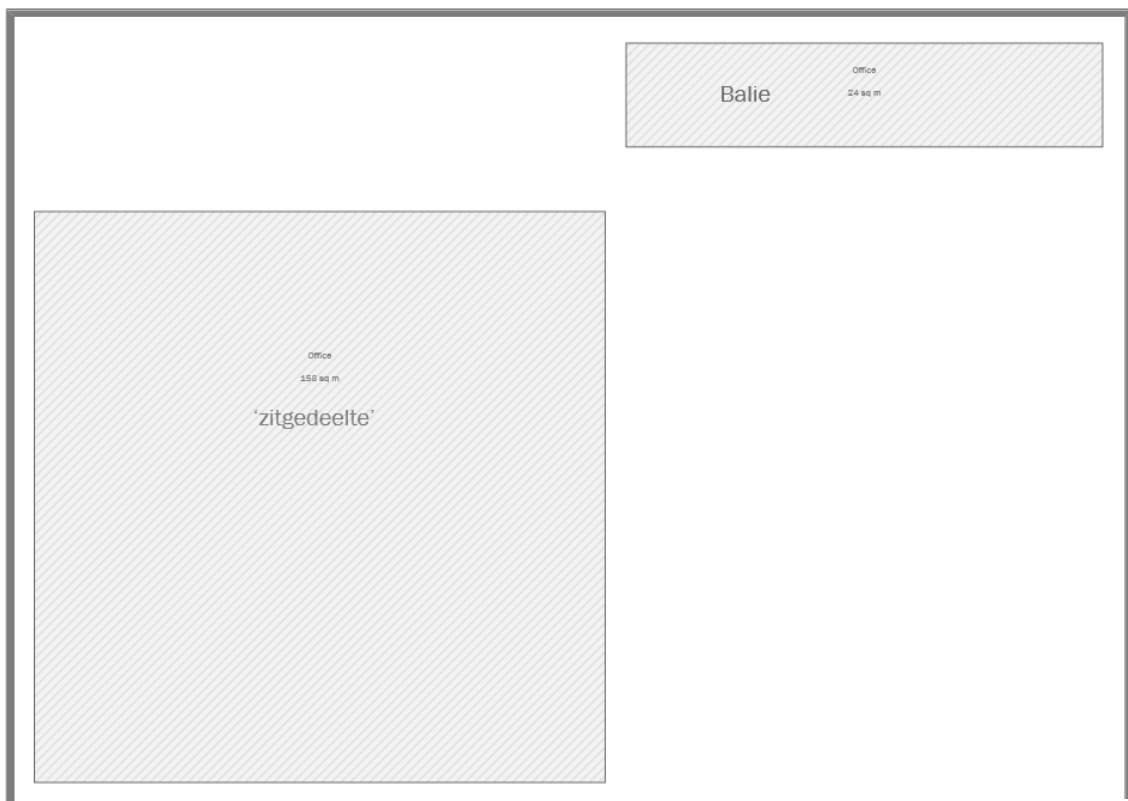
B (actiestoelen, Z.D.)

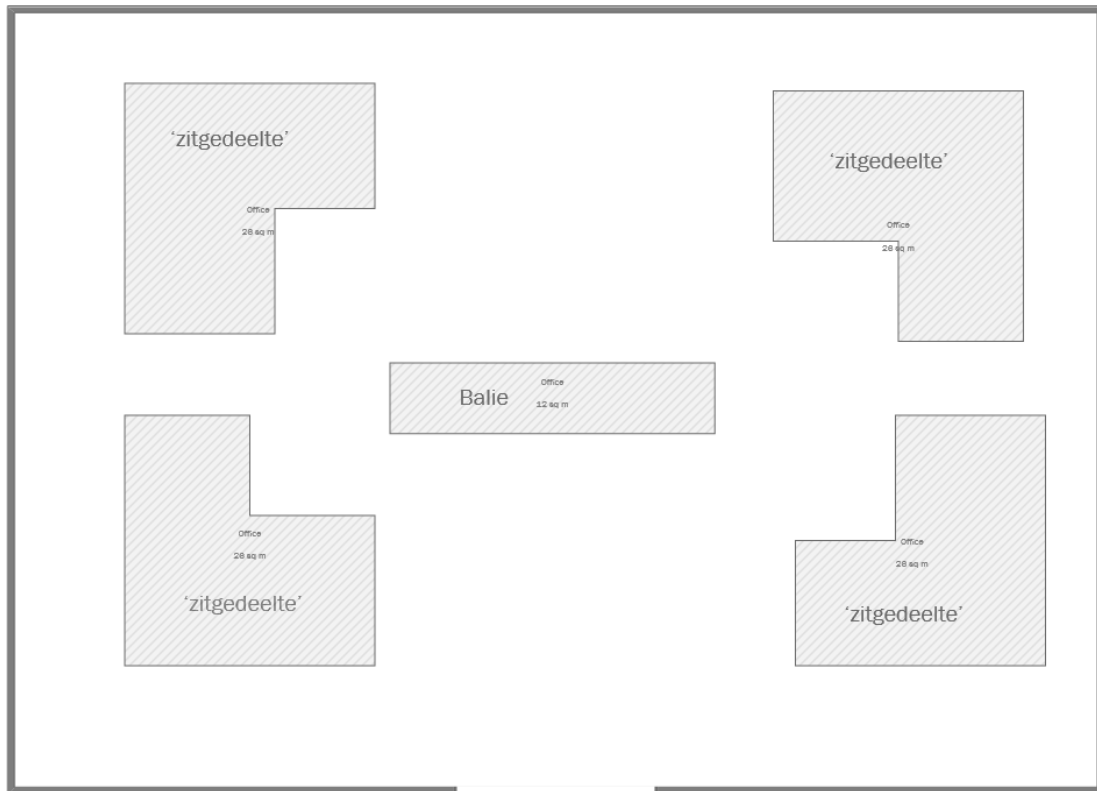
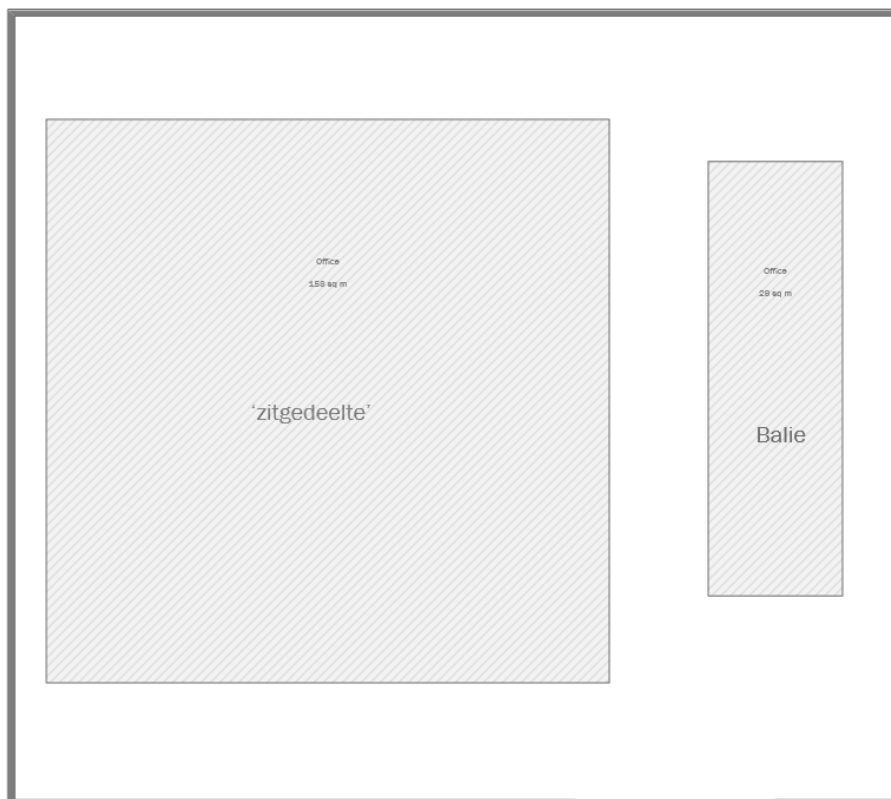


C (Projectinrichter de, Z.D.)



A



B**C**

Bijlage 7: Wervingsmail Kenniscentrum NoorderRuimte

Hallo allemaal!

Wij, Marty, Mark, Bart en Marit, doen momenteel onderzoek vanuit bureau NoorderRuimte bij het UMCG.

- Wat vinden mensen van de inrichting van een wachtkamer in een polikliniek?
- Hoeveel krijg je mee van andermans gesprekken?
- Zorgt de gebouwde omgeving er voor dat het wachten voor je gevoel minder lang duurt?
- Krijg je informatie over de wachttijden?

Dit zijn vragen waar wij ons binnen ons onderzoek onder andere mee bezig houden. Om deze vragen te beantwoorden houden wij interviews met patiënten van het UMCG en gaan wij een workshop organiseren. Tijdens deze workshop laten wij deelnemers op een creatieve manier in gesprek gaan over hun ervaringen/mening binnen wachtkamers.

Voor deze workshop zijn wij nog op zoek naar respondenten. Vind jij het leuk (of ken jij iemand die het leuk vindt) om op een creatieve manier zijn of haar mening te geven, ben je de avond van 25 april beschikbaar en heb je in de afgelopen jaren een polikliniek bezocht (dit hoeft niet binnen het UMCG te zijn geweest), dan zouden wij het erg leuk vinden om jou uit te nodigen voor deze focusgroep! Bij aanmelding help je ons en het UMCG enorm om een mooi onderzoek neer te zetten.

Voor vragen en aanmeldingen kun je mailen naar het volgende e-mail adres:

m.w.p.baerveldt@umcg.nl

Vriendelijke groet!

Marthy Drent, Bart Linthorst, Mark Baerveldt, Marit van Wijncoop

Junior medewerkers bureau NoorderRuimte

Bijlage 8: Wervingsbericht social media

Hee allemaal,

Sinds februari dit jaar ben ik aan het afstuderen bij het UMCG. Hier verricht ik samen met drie medestudenten onderzoek naar de meest gastvrije inrichting voor wachtkamers binnen poliklinieken. Voor dit onderzoek organiseer ik op 25 april (s 'avonds in het UMCG zelf) een creatieve workshop waarin deelnemers met elkaar hun mening kunnen delen over positieve en/of negatieve ervaringen binnen poliklinieken.

In het kader van deze workshop ben ik op zoek naar mensen die in het verleden (helaas) een polikliniek hebben bezocht. Dit hoeft niet specifiek een polikliniek van het UMCG te zijn ;).

Als jij in aanmerking komt en het leuk vindt om op een creatieve manier je mening te geven, dan ontvang ik graag een persoonlijk bericht van je.

Je zou mij, en mijn medestudenten, hier een enorm plezier mee doen!!

Voor vragen kun je altijd contact met me opnemen :).

Bijlage 9: Informatieve brief workshop

Beste.....,

Allereerst willen wij je/u als groep nogmaals bedanken voor je/uw aanmelding voor de workshop aankomende maandag. Wij hebben er zin in!
Ter voorbereiding sturen we je/u een mail met alle praktische zaken omtrent de avond.

De workshop staat gepland van 19:00 tot 21:00 uur en vindt plaats in de polikliniek Obstetrie & Gynaecologie van het Universitair Medisch Centrum in Groningen (UMCG). Het exacte adres van het UMCG vindt u onderaan deze mail.

Stel dat u met de auto komt dan zorgen wij er uiteraard voor dat u kosteloos kunt parkeren in de parkeergarage.

Mocht u om welke reden dan ook verhinderd zijn om te komen, neem dan alstublieft contact op met **06XXXXXXXX** of **06XXXXXXXX**.

We zijn ons er van bewust dat het UMCG voor sommige mensen vrij massaal kan zijn. Daarom ontmoeten wij je/u graag rond 18:55 bij de hoofdingang van het UMCG. We zullen vervolgens gezamenlijk naar de polikliniek toelopen.

Ook als u/je zelf wegwijs bent in het UMCG willen we graag als één grote groep naar de polikliniek lopen. Dit in verband met de beveiliging.

Wat betreft de workshop zelf, de avond bestaat uit meerdere creatieve activiteiten. We kunnen er nog niet te veel over loslaten, maar het doel is om gezamenlijk dé ideale wachtkamer voor een polikliniek te bouwen.

Mocht u/je alvorens de workshop nog vragen/opmerkingen hebben dan kunt u me altijd een mail sturen.

Tot maandag!

Met vriendelijke groet,

Bart Linthorst, Marthy Drent, Marit van Wijncoop, Mark Baerveldt

Universitair Medisch Centrum Groningen
Hanzeplein 1
9713 GZ Groningen



Draaiboek workshop: 'dromen over de poli van de toekomst'



umcg



Hanzehogeschool Groningen
University of Applied Sciences

[54]

Bart Linthorst
Marthy Drent
Mark Baerveldt
Marit van Wijncoop

Hanzehogeschool Groningen
Universitair Medisch Centrum Groningen



Universitair Medisch Centrum Groningen

Inleiding

Tijdens het onderzoek genaamd 'dromen over de poli van de toekomst' is de centrale vraag: 'hoe kan de gastvrijheidsbeleving in de wachtkamers van het UMCG worden geoptimaliseerd'. Hierbij wordt gekeken naar de onderwerpen: inrichting, informatievoorziening, healing environment en privacy.

Om hierachter te komen zijn interviews met patiënten gehouden en is deze workshop ontwikkeld. Met behulp van deze workshop wordt er samen met de deelnemers gedroomd over de poli van de toekomst. Hierbij worden de vaste richtlijnen losgelaten en worden de deelnemers gestimuleerd om via een andere weg naar de 'droompoli' te komen. Het doel van de workshop is data verzameling.

Materiaal

Voor de workshop is verschillend materiaal nodig. Hieronder is een lijst met benodigdheden weergegeven.

- o Voicerecorder (4x)/videocamera (1x)
- o Goody bag als bedankje (8 x)
- o Uitrijkaarten (aantal mensen auto x)
- o Wit A2 (1 pak)
- o Wit A3 (15X)
- o Stiften gekleurd (min 2 pakjes)
- o Potloden (gekleurd, min 2 pakken)
- o Potloden (grijs, min 4x)
- o Pennen (8x)
- o Schilders tape
- o Scharen
- o Pritt stift
- o Bekers (15X)
- o Bakjes (4X)
- o Eten/drinken

Knutselpullen, hiervoor kan ook ander materiaal gebruikt worden:

- o Tijdschriften
- o kleurstaven
- o Stickers
- o Gekleurde vouwblaadjes
- o Toilettollen
- o Doppen
- o Kurk
- o Roerstaafjes/ijsstokjes
- o Schoenendozen

Tijdschema

Tijd	Onderdeel	Doel
19:00-19:15	Introductie	Veilige sfeer creëren onder de deelnemers.
19:15-19:30	Interviewen	Informatie achterhalen die basis vormt voor de volgende oefeningen.
19:30-20:15	Mindmap	De informatie omzetten naar een (wacht)ruimte. Er achter komen wat belangrijk is in ruimtes om je op je gemak te voelen.
20:10-20:50	Prototype	Het daadwerkelijk maken van een prototype, met de eisen van jou gemak ruimte in het achterhoofd
20:50-21:00	Afsluiting	Deelnemers bedanken voor hoor bijdrage. Wanneer mogelijk het hebben over de vier specifieke onderwerpen.

Voorbereiding

Voorafgaand aan de workshop moeten spullen klaargezet worden zodat de overgang van rondes soepel kan verlopen.

- o Bedankje voor de deelnemers samenvoegen.
- o Naamstickers uitschrijven

Ronde 1: interview

- o 4x twee stoelen met ruime afstand tussen elkaar klaarzetten met tafel ertussen.
- o Leg 2x pen en A4papier klaar bij de stoelen.

Ronde 2: mindmap

- o Schrijf voor elk onderwerp 4 papieren met het onderwerp erop.
- o Verdeel stiften en papier over de tafels.

Ronde 3: Prototype

- o Knutselmateriaal klaarzetten.

Introductie

Tijd	15 minuten
Doel	Een veilige sfeer creëren en de deelnemers laten kennismaken met elkaar
Motivatie	Ter bevordering van de andere oefeningen is het belangrijk dat er een veilige sfeer is.
Materiaal	- o Drinken - o Eten

Verloop/instructie (15 min):

- o Heet de verschillende deelnemers welkom en bied iets te drinken/eten aan.
- o Introduceer jezelf en mede projectleden.
Wij zijn Marty, Bart, Mark en Marit. In februari zijn wij gestart met een onderzoek naar de gastvrijheidsbeleving binnen de wachtkamers van het UMCG. Ieder van ons levert hier zijn eigen bijdrage aan door middel van een eigen scriptie. Met deze reden zitten jullie hier ook, omdat wij graag jullie meningen en ideeën willen horen over jullie belevingen in wachtruimtes, en bijvoorbeeld ook jullie ideale wachtruimte.
- o Benoem dat we als groep een video-opname willen maken van de sessie, vraag of iedereen hiermee akkoord is. De video-opname wordt enkel gebruikt voor de verwerking van de data en niet aan derden verspreid. Stel dat er mensen niet akkoord gaan vraag dan of iedereen akkoord is met het maken van geluidopnames.
- o Elke deelnemer krijgt een naamsticker. Vraag de deelnemers om deze in te vullen en op hun borst te plakken, zo wordt de sessie een stuk persoonlijker.
- o Laat de verschillende deelnemers zich kort voorstellen. Daarbij staan twee vragen centraal: 1. Wie ben je?
2. Waar kunnen we je s 'nachts voor wakker maken?
- o Als iedereen zichzelf heeft voorgesteld en niemand meer vragen heeft kan er begonnen worden aan ronde 1.

Ronde 1: Interviewen

Tijd	15 minuten
Doel	Inzicht krijgen op de vraag 'in welke situatie voelt u zich het meest op u gemak?'.
Motivatie	Deze opdracht dient als basis voor de volgende opdrachten. De verkregen informatie gaat omgezet worden naar schetsen en een prototype van de wachtruimte.
Materiaal	- o Schrijfpapier - o Pennen - o Voicerecorder (4x)
Aandachtspunten	Let erop dat alle aspecten van de situaties worden uitgevraagd. Hierbij kan niet direct naar een van de vier onderwerpen gevraagd worden, maar wel hoe bijvoorbeeld de omgeving eruit ziet.

Verloop/instructie (15 min):

- o Ligt de opdracht aan de deelnemers toe.
Jullie gaan straks in duo's elkaar interviewen. Deze interviews zullen gaan over een situatie waar jij je helemaal op je gemak voelt. Vervolgens is het de taak van de ander om zoveel mogelijk over deze situatie te weten te komen,
 - *Wat zie je om je heen?*
 - *Hoeveel mensen zijn er om je heen?*
 - *Wat hoor je?**De informatie die uit de interviews komt wordt gebruikt in de volgende rondes.*
- o Benoem wat de duo's zijn en laat de deelnemers opsplitsen en plaatsnemen in een van de zitjes.
De duo's zijn van tevoren samengesteld. Verder is het belangrijk dat de duo's afstand tussen elkaar hebben tijdens de interviews, zodat zij elkaar niet afleiden. Met elk duo loopt een workshopleider mee, deze begeleidt het interview, houdt de tijd in de gaten en zet de voicerecorder aan.
- o De duo's mogen beginnen met elkaar te interviewen. (5 min)
Bij elk duo is een van de workshopleiders aanwezig. Op deze manier kan diegene verdiepende vragen stellen wanneer het gesprek vast loopt. In bijlage 1 staan mogelijke suggesties voor vragen.
- o Laat de duo's de rollen omwisselen en herhaal de vorige stap. (5min)
- o Laat de deelnemers hun belangrijkste punten uit het interview noteren.
- o Wanneer voor elke deelnemer de situatie van de ander duidelijk is, is ronde 1 afgelopen. De deelnemers mogen verspreid gaan zitten aan de grote tafel.

Ronde 2: Mindmapping

Tijd	45 minuten
Doel	Informatie krijgen door middel van de mindmaps wat de deelnemers wel/niet belangrijk vinden bij een specifiek onderwerp en hoe zij dit mogelijk in de toekomst willen zien.
Motivatatie	Door middel van het in duo's aan de mindmaps werken wordt er getracht een zo optimaal mogelijk resultaat te verkrijgen. Dit doordat de deelnemers elkaar kunnen inspireren of aan het denken zetten over bepaalde onderwerpen.
Materiaal	- o Karton/papier A2 formaat (16x) - o Stiften (kleur, min. 8x) - o Voicerecorders (4x) - o Schilderstape - o Bijlage 1
Aandachtspunten	Rondlopen tijdens de verschillende rondes en vragen stellen.

Verloop/instructie (37 min):

- o Leg de bedoeling van mindmapping uit (5 min)

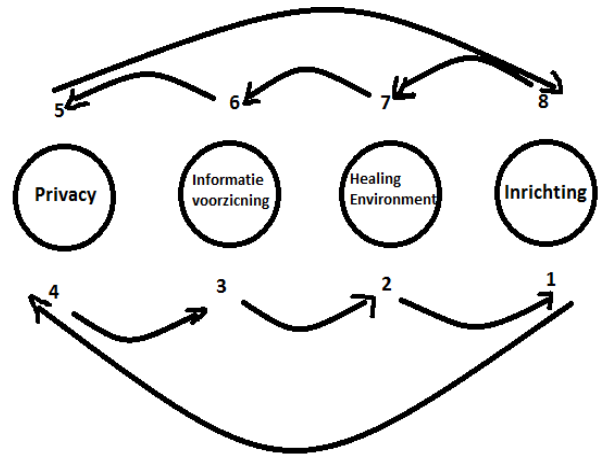
*Jullie gaan straks met zijn allen mindmaps maken. Deze mindmaps gaan over vier verschillende onderwerpen. Het is de bedoeling dat je over het onderwerp dat voor je ligt opschrijft of tekent wat jij bij dit onderwerp vindt passen. Dit kunnen goede punten zijn, juist minder goede punten of hoe je het graag zou willen zien. De vier onderwerpen zijn **Inrichting**: de fysieke omgeving tijdens het wachten, positie van de stoelen etc.*

Informatievoorziening: Waar krijg je informatie over, en hoe krijg je deze informatie tijdens het wachten. **Healing environment**: de invloed van de omgeving op je mentale toestand, denk aan groenvoorziening, licht en geluid. **Privacy (beleving)**: Wat speelt mee om het gevoel van privacy te versterken of juist te verminderen.

Je zit altijd met zijn tweeën bij een onderwerp en kunt samen overleggen wat je erbij vindt passen en waarom je dit erbij vindt passen. Voor elke ronde is er max. 6 minuten de tijd. Na deze 6 minuten zal er gewisseld worden van plaats. Elke ronde zal iemand met een ander persoon tegenover zich zitten met een ander onderwerp.

- o Wijs de deelnemers naar een tafel toe waar de papieren liggen. Er moeten minimaal twee deelnemers per onderwerp zijn.

- o Laat de deelnemers beginnen met mindmapping, zet de voicerecorders aan (6 min).
Tijdens het maken van de mindmap kun je bij de verschillende onderwerpen vragen stellen om het mindmappen te stimuleren (zie bijlage 1).
- o Laat de deelnemers na max. 6 minuten stoppen met de eerste mindmap en laat hun door wisselen (zie afbeelding).
Wanneer deelnemers aangeven dat zij klaar zijn, kun je eerder door wisselen.
Hang tijdens het wisselen de mindmaps aan de muur.
- o Leg bij elke tafel een nieuw papier neer.
- o Loop de vorige twee stappen door, totdat alle deelnemers bij elk onderwerp heeft gezeten.
- o Wanneer de laatste ronde is afgelopen bedank je de deelnemers voor hun input en neemt iedereen plaats aan de grote tafel.



Evaluatie/nabespreking (13 min):

- o Vergelijk gezamenlijk de mindmaps per onderwerp.

!Let hierbij goed op de tijd, per onderwerp is er 3 min te tijd. Met 1 minuut uitlooptijd gerekend!

Tijdens het vergelijken van de mindmaps kan er naar de overeenkomsten gevraagd worden, de uitzonderlijke punten, maar er kan ook naar toelichting gevraagd worden.

Wanneer er geen vragen of opmerkingen zijn kan iedereen terug naar de grote tafel en zal er verder gegaan worden met ronde 3.

Ronde 3: Prototype

Tijd	40 minuten (uitloop naar 45 minuten)
Doel	Het doel van deze opdracht is de respondent een eigen wachtkamer te laten creëren. Het aspect dromen komt in deze opdracht naar voren.
Motivatie	Op een creatieve manier het dromen naar voren laten komen in het onderzoek.
Materiaal	- o Lijm (4X) - o A2-papier (8X) - o Stiften (kleur) - o Scharen (8X) - o Schilders tape - o Variatie aan knutselspullen
Aandachtspunten	Vraag de deelnemers tijdens deze ronde waarom ze bepaalde keuzes maken. Let erop dat er door de deelnemers over de verschillende onderwerpen nagedacht wordt.

Verloop/instructie (25 min):

- o Leg de deelnemers de opdracht prototyping uit (5min).

Jullie hebben net verschillende schetsen gekregen. Hierin zijn de punten die kenmerkend zijn aan jouw beschreven situatie verwerkt. Dit kunnen jullie als inspiratiebron gebruiken om jullie ideale wachtkamer vorm te geven. Ik wil aan jullie vragen of jullie, met het materiaal dat op de tafel verspreid is, aspecten uit jouw ideale wachtkamer te maken. Jullie kunnen verschillende dingen gaan creëren, enkele voorbeelden:

 - o Moodboard
 - o Maquette voor inrichting
 - o Klein aspect uitgewerkt, bijvoorbeeld soort stoelen.
 - o Gedetailleerde tekening

Alles mag in deze opdracht. Creëer wat voor jou belangrijk is of hoe jij het zou willen zien. Hierbij kun je denken aan hoe de omgeving eruit moet zien, de verhouding tot andere mensen, hoe wil jij informatie ontvangen en hoe is alles ingericht?

Bij het maken van het prototype
- o Wanneer er geen vragen zijn kunnen de deelnemers beginnen met het maken van een prototype (20 min).
- o Loop tijdens het maken van de prototypes langs bij de deelnemers. Vraag waarom zij voor bepaalde dingen kiezen en wat zij gaan maken. Ook kunnen er suggesties gedaan worden zodat de deelnemers over één van de vier onderwerpen gaat nadenken.

Hoe wil je de privacy graag zien in jouw wachtkamer?

Hoe wil je ten opzichte van de rest zitten?

Hoe wil je informatie ontvangen in jouw wachtkamer?

Is het voor jou belangrijk om groen in jouw wachtkamer te hebben?
- o Laat de deelnemers stoppen met het maken van hun prototype.

Na 20 minuten is de tijd voor het maken van een prototype klaar. Wanneer mensen eerder klaar zijn, of juist nog helemaal niet kun je de gegeven tijd aanpassen (nog 5 minuten extra tijd geven).

Nabespreken (15 min):

- o Laat de deelnemers in een minuut pitchen over hun wachtkamer/prototype. Wat zijn de kenmerken van de eigen wachtkamer en waarom moet dit erin?

Afsluiting

Bedank de deelnemers voor hun tijd en input.

- o Deel de uitrijkaarten uit aan deelnemers uit
- o Deel bedankje aan deelnemers uit
- o Beantwoord eventuele vragen

Bijlage | : Vragen tijdens interview

In welke situatie voel jij je het meest op je gemak, ben je het meest ontspannen?

Beschrijf de omgeving,

Wat zie je?

Wie zijn er om je heen?

Wat hoor je?

Welke kleuren zie je?

Ben je binnen of buiten?

Wat maakt het dat jij je er zo op je gemak voelt of tot rust komt?

Welke factoren spelen hierbij een rol?

Kun je je ook nog een andere situatie voorstellen waar jij je op je gemak voelt, ontspannen bent?

Zijn er overeenkomsten tussen deze twee situaties?

In welke situatie voel jij je juist niet op je gemak, maar ontstaat stress?

Wat zorgt ervoor dat jij stress ervaart in deze situatie?

Wat heb je nodig om minder stress te ervaren tijdens deze situatie?

Bijlage | |: Vragen tijdens ronde 2

Inrichting:

- o Hoe vind je het om in van die 'Schiphol' stoeltjes te zitten (stoelen die in een rij vast aan elkaar zitten, daarmee de hele ruimte gevuld)
- o Moet er een grote tafel zijn, verschillende zitjes, hoeveel mensen aan deze zitjes?
- o Zou je liever helemaal vrij willen zijn in waar je mag zitten, of dat in de buurt van de spreekkamer mag gaan zitten? Op deze manier kan de dokter je gemakkelijker ophalen uit de wachtkamer.

Informatievoorziening:

- o Wat vind jij leuk om te lezen terwijl je aan het wachten bent?
- o Wil je informatie over hoelang je waarschijnlijk nog moet wachten, en waar zou je dit willen vinden?

Healing environment:

- o Wat voor belichting vind jij fijn als je ergens bent (fel of juist donkerder)?
- o Zou je het leuk vinden als er bloemdecoraties op de tafels staan?

Privacy (beleving):

- Hoe vind je het dat iedereen elkaar in de gaten kan houden in de wachtkamer?
- Hoe denk je over het omgeroepen worden per naam, iedereen weet meteen wie je bent?
- Wat is voor jou echt belangrijk bij om je privacy beleving zo positief mogelijk te maken?

Bijlage 11: Zorgvuldig omgaan met proefpersonen, respondenten en testkandidaten

formulier

Zorgvuldigheidsmaatregelen onderzoek door studenten Toegepaste Psychologie

Project / vak / studieonderdeel:	Afstuderen
Docent / coach:	Mechteld Wolthuis
Onderwerp:	Privacybeleving van patiënten binnen UMCG
Begin- en eindtijd van het onderzoek:	8-2-2016 tot 6-6-2016
Beschrijving van het onderzoek (kort maar volledig):	Er is gekeken hoe patiënten privacy ervaren. Hierbij is er onderscheid gemaakt tussen psychologische privacy en architectonische privacy. Tijdens het onderzoek worden interviews gehouden met patiënten en is er een workshop met patiënten.

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met in het kader van de opleiding Toegepaste Psychologie uit te voeren onderzoek.

Naam van de student(en):	Handtekening:
Marit van Wijncoop	

Datum:

	Aankruisen indien van toepassing	Beantwoord onderstaande vragen als in de vorige kolom het vakje met → is aangekruist.	Kan hier redelijkerwijs toch nog schade uit ontstaan? (kruis het juiste vakje aan) C
--	----------------------------------	---	--

	A		B		
1 Privacy / anonimiteit				Nee	Ja
1.1 Ken je de naam van proefpersonen? Heb je adresgegevens?	Nee X ↙	Ja → X de naam	Hoe is de anonimiteit gegarandeerd? (Denk aan het niet opnemen van persoonlijke gegevens in een verslag, het veranderen van namen en gegevens enzovoort.) Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als naam van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke toch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?	Alle respondenten hebben een nummer gekregen.	
1.2 Ken je het e-mailadres van de proefpersonen?	Nee X ↙	Ja →	Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt (sent items, contactpersonen, inbox, andere mappen enzovoort), o.a. met het oog op spam / verspreiding van virussen? (Verder als bij 1.1)		
1.3 Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens?	Nee ↙X	Ja →	Zijn deze gegevens nodig? Waarom? (Verder als bij 1.1)		
1.4 Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan?	Nee ↙	Ja →X	Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Wie krijgen dit materiaal te zien / horen? Geven proefpersonen hier nadrukkelijk toestemming voor? (Verder als bij 1.1)		X, Interviews worden opgenomen, alleen onderzoeker hoort het materiaal.
1.5 Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers?	Nee ↙	Ja → X	Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring? Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag? Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen	X Zowel onderzoeker als respondent heeft duidelijk voor ogen in welke rol diegene was tijdens de workshop.	

			en waarom zijn die niet toegepast?	Hierdoor is geen rolverwarring geweest.	
--	--	--	------------------------------------	---	--

2 Informatie en toestemming					
2.1 Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?	Ja X ⬇	Nee →	Waarom niet?		
2.2 Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek / de interventie?	Ja X ⬇	Nee →	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		
2.3 Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft?	Ja X ⬇	Nee →	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		
2.4 Kunnen proefpersonen deelname weigeren?	Ja ⬇ X	Nee →	Waarom niet?		
2.5 Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen / van verdere medewerking afzien?	Ja X ⬇	Nee →	Waarom niet?		
2.6 Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever)	Ja X ⬇	Nee →	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		
2.7 Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten / resultaten?	Ja X ⬇	Nee →	Waarom niet?		
2.8	Nee	Ja	Waarom?		

Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke.?	X ↙	→	Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		
2.9 Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig?	Nee X ↙	Ja →	Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet?		
2.10 Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam?	Nee X ↙	Ja →	Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet?		
2.11 Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht?	Ja →		Voeg het protocol bij.		
		Nee → X	Waarom niet? Dit wordt via een brief gedaan		

3 Mogelijke schadelijke effecten					
3.1 Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersonen?	Nee X ↙	Ja →	Waarom is dit nodig? Wat is de aard van de misleiding? Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)?		
3.2 Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij <i>onder andere</i> aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort.	Nee X ↙	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?		

3.3 Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare groepen / minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden?	Nee X ↙	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?		
3.4 Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er 'slecht' van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek?	Nee X ↙	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte?		
3.5 Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen?	Nee X ↙	Ja →	Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte?		
3.6 Kunnen uitkomsten / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene?	Nee X ↙	Ja →	Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten / uitslagen? Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld?		

4. Afweging voor- en nadelen					
Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kan worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover. Zijn er zulke voordelen?	Ja X	Nee →	Welke voordelen zijn dat? In hoeverre wegen de nadelen op tegen deze voordelen?		